Тромбоз глубоких вен конечностей

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.2, I82.8, I82.9 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциация флебологов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество»

Тромбоз глубоких вен — это образование тромба в глубокой вене, способное вызвать ее окклюзию. Рекомендация описывает диагностику ТГВ, выбор амбулаторной или стационарной тактики, антикоагулянтное лечение, продление терапии и показания к хирургической или эндоваскулярной дезобструкции.

Главное

- ТГВ делят на проксимальный — с поражением подколенной, бедренной, подвздошных вен или нижней полой вены — и дистальный, ограниченный глубокими венами голени без перехода на подколенную вену. В диагнозе указывают локализацию и распространенность тромба.
- Наиболее типичные признаки: внезапный отек конечности, боль или чувство распирания, цианоз или гиперемия, усиление подкожного венозного рисунка и ограничение движений.
- Шкала Wells помогает оценить клиническую вероятность ТГВ, но не подтверждает и не исключает его самостоятельно; упрощенно ТГВ считают вероятным при сумме ≥2 баллов. Низкая вероятность в сочетании с нормальным Д-димером и/или отрицательным УЗИ может безопасно исключить ТГВ (УДД 1, УУР В).
- Базовое лечение ТГВ — антикоагулянтная терапия и эластичная компрессия.
- Для начальной и длительной терапии при ТГВ предпочтительны ПОАК, если нет критического состояния, тяжелой почечной или печеночной недостаточности, АФС, значимых лекарственных взаимодействий и других ограничений (УДД 3, УУР В).
- Продленную терапию после 3 месяцев продолжают, если ожидаемая польза профилактики рецидива превышает риск большого кровотечения; при таком решении лечение проводят бессрочно с регулярной переоценкой пользы и риска. Для вторичной профилактики предпочтительны ПОАК (УДД 1, УУР В).
- Кава-фильтр не устанавливают рутинно при полноценной антикоагуляции. Его можно рассмотреть при проксимальном ТГВ и абсолютных противопоказаниях к антикоагулянтам либо при индивидуально очень высоком риске фатальной ТЭЛА после оценки пользы и вреда (УДД 1, УУР А; УДД 5, УУР С).

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: оцените отек, боль, цианоз, усиление подкожных вен и ограничение движений; уточните перенесенный ВТЭО, семейный анамнез, операции, травмы и иммобилизацию за последние 3 месяца, онкологическое заболевание, тромбофилию, акушерско-гинекологический анамнез и прием гормональных или противоопухолевых препаратов (УДД 1, УУР А).
2. Осмотрите обе конечности: оцените боль, цвет кожи, отек, разницу окружности симметричных участков и болезненность по ходу сосудисто-нервного пучка; целенаправленно ищите признаки ТЭЛА (УДД 1, УУР А; УДД 3, УУР С).
3. При низкой клинической вероятности ТГВ по шкале Wells можно определить Д-димер: нормальный результат позволяет с высокой вероятностью исключить ТГВ, а повышенный требует УЗ-исследования; лабораторные тесты сами по себе диагноз не подтверждают (УДД 1, УУР В; УДД 2, УУР В).
4. Выполните дуплексное или триплексное сканирование предполагаемого венозного бассейна. Исследование должно определить наличие тромба, его окклюзивность, проксимальную и дистальную границы, а также характер тромба (УДД 1, УУР А).
5. Если клиническая вероятность ТГВ высокая и/или Д-димер повышен, а первичное УЗИ отрицательно, повторите дуплексное или триплексное сканирование через 7 дней (УДД 1, УУР А). При дистальном ТГВ и невозможности антикоагуляции повторное исследование выполняют через 1 неделю или раньше при усилении симптомов.
6. При илиокавальном тромбозе, когда УЗИ не позволяет определить проксимальную границу, используйте КТ с внутривенным контрастированием или МР-венографию. При планируемой хирургической дезобструкции

и/или имплантации кава-фильтра у пациентов с илиокавальным тромбозом выполняют флебографию нижней полой вены для первичной верификации тромбоза (УДД 5, УУР С).

Лечение

- Всем пациентам с ТГВ, которым показана терапия антикоагулянтами, рекомендуется проводить лечение на протяжении 3 месяцев (УДД 3, УУР В).
- Для начальной и длительной терапии предпочтительны ПОАК. Апиксабан назначают по 10 мг 2 раза в сутки 7 дней, затем по 5 мг 2 раза в сутки; лечение начинают без предварительного парентерального антикоагулянта. Ривароксабан назначают по 15 мг 2 раза в сутки 3 недели, затем по 20 мг 1 раз в сутки; предварительная парентеральная терапия также не нужна.
- При выборе дабигатрана этексилата или эдоксабана сначала проводят лечение НФГ или НМГ не менее 5 дней. При ТЭЛА высокого риска смерти с нестабильной гемодинамикой и планируемой реперфузией используют внутривенную инфузию НФГ в дозе, подобранной по массе тела.
- При применении НФГ внутривенно используют начальный болюс 80 ЕД/кг и инфузию 18 ЕД/кг/ч с подбором по АЧТВ; целевой уровень АЧТВ — в 1,5–2,3 раза выше верхней границы нормы. НФГ требует многократного контроля АЧТВ и тромбоцитов.
- У лечебных доз НМГ возможны следующие режимы: эноксапарин 1 мг/кг 2 раза в сутки или 1,5 мг/кг 1 раз в сутки; далтепарин 100 МЕ/кг 2 раза в сутки или 200 МЕ/кг 1 раз в сутки; надропарин 86 анти-Ха МЕ/кг 2 раза в сутки или 171 анти-Ха МЕ/кг 1 раз в сутки. При очень низкой или высокой массе тела, беременности и выраженном нарушении функции почек целесообразен контроль анти-Ха активности.
- Фондапаринукс вводят подкожно 1 раз в сутки: 5 мг при массе тела <50 кг, 7,5 мг при массе 50–100 кг и 10 мг при массе >100 кг. Препарат не применяют при клиренсе креатинина <30 мл/мин.
- Если после 3 месяцев сохраняется высокий риск рецидива и польза превышает риск кровотечения, продленную терапию проводят бессрочно. После 6 месяцев возможны редуцированные режимы: апиксабан 2,5 мг 2 раза в сутки или ривароксабан 10 мг 1 раз в сутки; также описаны полные режимы ривароксабана 20 мг 1 раз в сутки и дабигатрана этексилата 150 мг 2 раза в сутки.
- Ранняя дезобструкция — не замена антикоагуляции. Ее рассматривают при подвздошно-бедренном ТГВ с давностью симптомов до 28 дней, особенно при протяженном поражении, высоком риске ПТБ и низком риске кровотечения (УДД 1, УУР А); при бедренно-подколенном и дистальном ТГВ дезобструкция не рекомендуется (УДД 2, УУР В).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте пациентов с высоким риском осложнений или показаниями к хирургическому лечению. К дополнительным основаниям относятся рецидив ТГВ, наличие или высокая вероятность ТЭЛА, беременность, противопоказания к антикоагулянтам, тяжелые сопутствующие заболевания, невозможность динамического наблюдения и неблагоприятные социальные условия (УДД 4, УУР С).
- Пациентов с низким риском осложнений и без необходимости хирургического лечения можно лечить амбулаторно (УДД 1, УУР А).
- При высокой вероятности ТЭЛА и нестабильной гемодинамике, если КТ-ангиопульмонография недоступна немедленно, выполняют экстренную эхокардиографию.
- У пациентов с синей флегмазией и ишемическими расстройствами конечности при наличии технических условий и квалифицированного персонала рекомендуется рассмотреть хирургическую или эндоваскулярную дезобструкцию (УДД 1, УУР А).

Частые вопросы

Можно ли исключить ТГВ только по нормальному Д-димеру?

Нет. Д-димер используют преимущественно при низкой клинической вероятности ТГВ или когда УЗИ невозможно. Нормальный результат в такой ситуации позволяет с высокой вероятностью исключить ТГВ, а повышенный требует ультразвукового исследования.

Что делать, если первое УЗИ отрицательное, но подозрение на ТГВ сохраняется?

При высокой клинической вероятности и/или повышенном Д-димере повторить дуплексное или триплексное сканирование через 7 дней. При дистальном ТГВ и невозможности антикоагуляции повторное исследование проводят через 1 неделю или раньше при усилении симптомов.

Как долго лечить ТГВ антикоагулянтами?

Минимальная базовая продолжительность лечения — 3 месяца. После этого необходимость продолжения оценивают по балансу риска рецидива и большого кровотечения; при выборе продленной терапии ее проводят бессрочно с регулярной переоценкой.

Когда при ТГВ нужна тромбэктомия или катетерный тромболизис?

Раннюю дезобструкцию рассматривают главным образом при подвздошно-бедренном ТГВ с симптомами до 28 дней, высоким риском тяжелой ПТБ и низким риском кровотечения. При бедренно-подколенном и дистальном ТГВ хирургическая или эндоваскулярная дезобструкция не рекомендуется.

Нужно ли устанавливать кава-фильтр при флотирующем тромбе?

Само наличие флотации, независимо от длины верхушки, не является показанием к кава-фильтру. Фильтр рассматривают индивидуально при абсолютных противопоказаниях к антикоагуляции или очень высоком риске фатальной ТЭЛА; при полноценной антикоагуляции рутинная установка не рекомендуется.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/960-tromboz-glubokih-ven-konechnostej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/960_1