

развития хронической сердечной недостаточности // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10, № 2. – С. 231–237.

3. Климчук Д.О., Полунина О.С., Севостьянова И.В., Воронина Л.П., Полунина Е.А., Прокофьева Т. В. Оценка уровня С-концевого тепептида коллагена I типа у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне фибрилляции предсердий и постинфарктного кардиосклероза // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 1 (156). – С. 74–77.

4. Мясоедова Е.И., Полунина О.С., Севостьянова И.В., Воронина Л.П. Продольная систолическая функция миокарда левого желудочка у пациентов с ишемической кардиомиопатией // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 163.

5. Мясоедова Е.И., Полунина О.С., Севостьянова И.В., Воронина Л. П. Содержание антител к коллагену I типа и их ассоциация с клиническими проявлениями заболевания у пациентов с ишемической кардиомиопатией // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23. № 1. – С. 76–79.

6. Полунина Е.А., Тарасочкина Д.С., Севостьянова И.В.,

Полунин И.Н., Перова Н.Ю., Заклякова Л.В. Варианты гипертрофии левого желудочка при сочетании артериальной гипертензии и стенокардии напряжения // Астраханский медицинский журнал. – 2015. – Т. 10. № 2. – С. 79–85.

7. Тепляков А.Т., Андриянова А.В., Пушникова Е.Ю., Суслова Т.Е., Никонова Е.С., Конаков С.Н., Родионова О.А., Кузнецова А.В., Протопопова Н.В. Тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ-1 (TIMP-1) как независимый маркер ишемического ремоделирования миокарда при хронической сердечной недостаточности / А.Т. Тепляков, и др. // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2014. – Т. 29. № 2. – С. 28–34

8. Cavusoglu E., Ruwende C., Chopra V. Tissue inhibitor of metalloproteinase 1 (TIMP1) is an independent predictor of all cause mortality, cardiac and myocardial infarction // Am. Heart J. – 2006. – Vol. 151 (5). – P. 1101–1108.

9. Miner E. C., Miller W. L. A look between the cardiomyocytes: the extracellular matrix in heart failure // Clin. Proc. – 2006. – Vol. 81. – P. 71–76.

Поступила 09.04.2016

**С.А. ГАБРИЭЛЬ, В.М. ДУРЛЕШТЕР, А.Я. ГУЧЕТЛЬ, В.Ю. ДЫНЬКО,
Д.С. МУРАШКО, В.С. КРУШЕЛЬНИЦКИЙ**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*Отделение эндоскопии ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗКК,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6/2.
Тел. 8 (861) 222-00-08. E-mail: dynko.viktor@yandex.ru*

В статье представлен опыт эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у 338 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии с 2009 по 2016 г. В данной работе проанализированы этапы эндоскопического лигирования, количество лигированных узлов у каждого пациента, эффективность лигирования, причины неудач.

Ключевые слова: варикозно расширенные вены пищевода, эндоскопическое лигирование, цирроз печени, портальная гипертензия.

**S.A. GABRIEL, V.M. DURLESHTER, A.Y. GUCHETL, V.Y. DYNKO,
D.S. MURASHKO., V.S. KRUSHELNITSKY**

EFFICACY OF ESOPHAGEAL VARICES ENDOSCOPIC LIGATION

*Endoscopic department SBIH Regional Clinical Hospital № 2.
Russia, 350000, Krasnodar, st. Krasnykh partisan, 6/2.
Tel. 8 (861) 222-00-08. E-mail: dynko.viktor@yandex.ru*

Abstract: The article describes the experience of endoscopic ligation of esophageal varices in 338 patients with liver cirrhosis with portal hypertension from 2009 to 2016. In this paper we analyzed the stages of endoscopic ligation, ligated number of nodes in each patient, the effectiveness of ligation causes of failures.

Key words: Esophageal varicose veins, endoscopic ligation, liver cirrhosis, portal hypertension.

Введение

Повышение давления в системе воротной вены – один из важнейших симптомов хронических диф-

фузных заболеваний печени. Частота выявления синдрома портальной гипертензии на доцирротической стадии составляет 50 % наблюдений и

достигает 90 % при сформировавшемся циррозе [1, 2]. Самым частым и наиболее грозным осложнением гипертензии в портальной системе является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка [3, 4].

Риск развития кровотечений в течение первых двух лет после выявления варикозной трансформации подслизистых вен пищевода составляет 30 %. Летальность при первом эпизоде кровотечения превышает 50 %. Если гемостаз достигается без применения эндоскопических или оперативных методов, рецидив геморрагий в течение года развивается у 50–70 % больных, и у 80–90 % при двухлетнем наблюдении. У 30 % пациентов повторные кровотечения рефрактерны к консервативному лечению, а выраженная кровопотеря приводит к резкой декомпенсации функции печени. В целом смертность у больных циррозом печени при кровотечениях из ВРВП и желудка достигает 30–60 % [5, 6, 7, 8, 9].

Одним из современных малоинвазивных методов лечения и профилактики кровотечений из ВРВП при портальной гипертензии является эндоскопическое лигирование. В основе возрастающего интереса к данному способу лечения лежит техническая простота и относительная безопасность метода, что способствует широкому распространению лигирования в специализированных центрах [10, 11, 12, 13, 14].

больных с циррозом печени, которым выполнялось лигирование за период с января 2009 по май 2016 года. В этой группе больных всего было выполнено 511 лигирований. Общее количество лигированных узлов составило 4086. Мужчин было 209 (61,8 %), женщин – 129 (38,2 %).

Возраст пациентов колебался от 17 до 79 лет (в среднем $51,68 \pm 12,8$) (рисунок № 1).

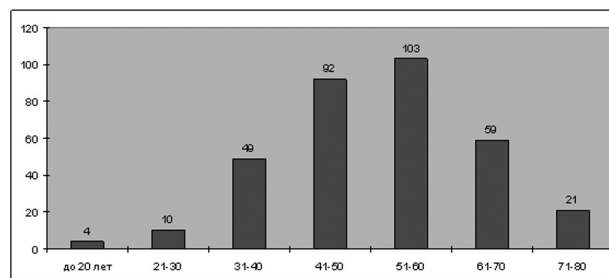


Рис. № 1. Распределение пациентов по возрасту

Из рисунка видно, что основное число наблюдений (57,7 %) приходилось на больных в наиболее активном возрасте – от 41 до 60 лет. 103 пациентам нашей группы мы выполняли лигирование в несколько этапов (от 2 до 8 этапов) за 2–5 лет наблюдений. Поэтому средний возраст этих больных выведен по первой госпитализации.

Нами проанализирована основная патология в данной группе больных (табл. 1).

Из таблицы видно, что наибольшее количество

Таблица 1

Состояние ВРВП (n-511)

Степень ВРВП...	Абс. кол-во
ВРВП 1-й ст.	21
в т.ч. с/п эндоскопического склерозирования.....	2
в т.ч. с/п оперативного вмешательства по поводу ВРВП.....	2
ВРВП 2-й ст.	199
в т.ч. с/п состоявшегося кровотечения.....	23
в т.ч. продолжающееся кровотечение.....	4
в т.ч. с/п эндоскопического склерозирования.....	2
в т.ч. с/п оперативного вмешательства по поводу ВРВП.....	6
ВРВП 3-й ст.	291
в т.ч. с/п состоявшегося кровотечения.....	22
в т.ч. продолжающееся кровотечение.....	11
в т.ч. с/п эндоскопического склерозирования.....	0
в т.ч. с/п оперативного вмешательства по поводу ВРВП.....	4

Целью исследования является показать эффективность эндоскопического лигирования в лечении и профилактике кровотечений из ВРВП у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии различной этиологии.

Материал и методы

Нами проведён ретроспективный анализ 338

пациентов, которым мы выполняли лигирование, имели 2-ю и 3-ю ст. (95,9 %) ВРВП.

Этиология портальной гипертензии в нашей группе больных распределилась следующим образом: алиментарной этиологии – 86 пациентов (25,4 %); вирусной этиологии – 183 пациента (54,1%); цирроз смешанной этиологии – 33 пациента (9,8 %); первичный билиарный цирроз печени – 14

пациентов (4,1 %); токсический цирроз – 9 пациентов (2,7 %); аутоиммунный цирроз – 5 пациентов (1,5 %); цирроз неясной этиологии – 8 пациентов (2,4 %).

Мы проанализировали характер сопутствующей патологии у пациентов нашей группы (табл. 2).

Из таблицы видно, что наиболее частой сопутствующей патологией являлись портальная га-

стропатия (34,3 %) и эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (39,2 %).

Для лигирования ВРВП мы использовали многозарядные лигаторы производства компаний Cook Medical, Ezy Shoot и Boston Scientific (рисунок № 2).

Несмотря на широкий ассортимент лигирующих устройств, принцип действия у всех одинаков.

Таблица 2

Характер сопутствующей патологии (n-166)

Вид патологии	Абс. кол-во	В %
Портальная гастропатия	57	34,3
ЯБ желудка и ДПК	34	20,5
Эрозии желудка	26	15,7
Грыжа ПОД	17	10,2
Полипы желудка	22	13,3
Язва н/з пищевода	5	3,0
Подслизистое образование желудка	2	1,2
Полипы ЛДПК	1	0,6
С/п резекции желудка по Б1	1	0,6
С-м Маллори–Вейсса	1	0,6
ВСЕГО	166	100

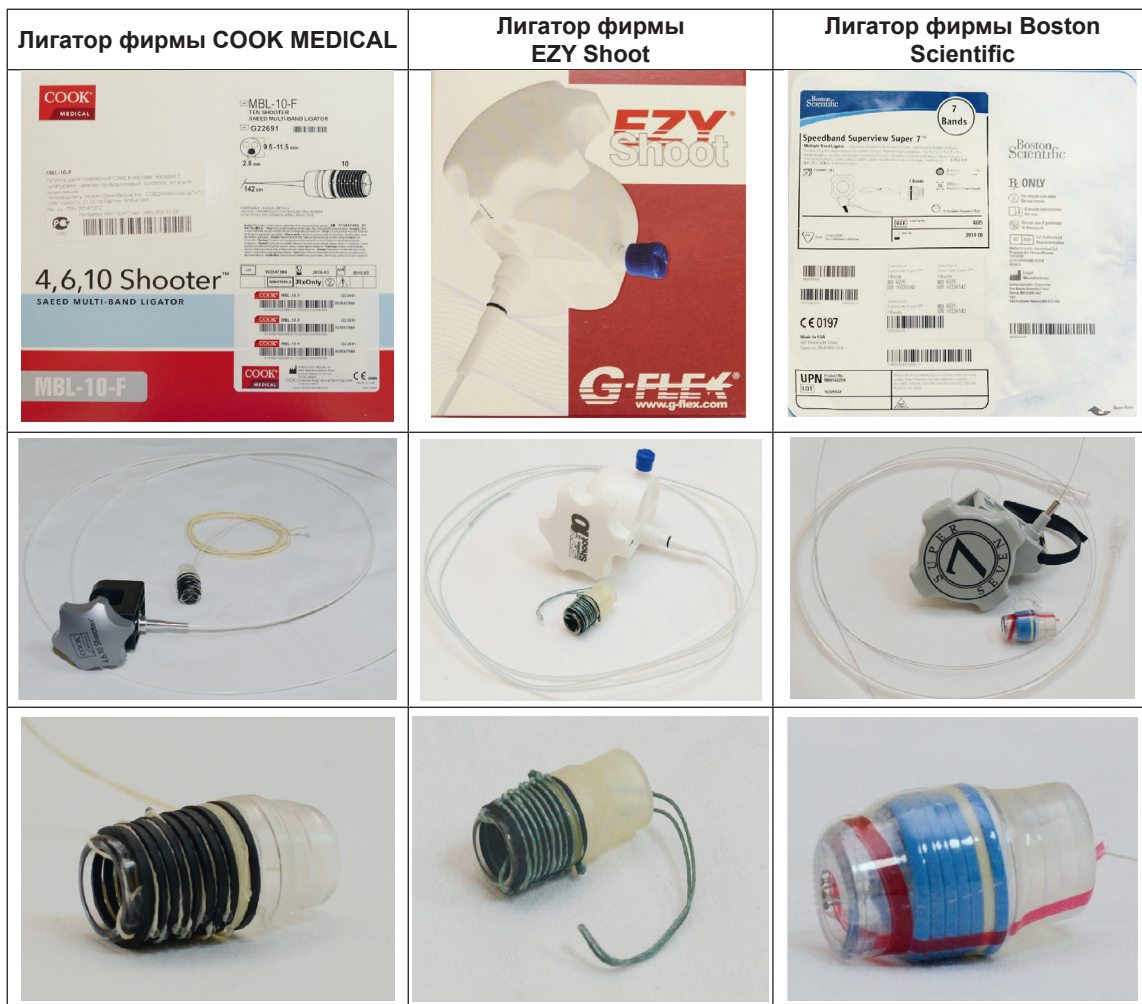


Рис. № 2. Виды лигаторов.

Лигатор представляет собой пластиковый цилиндр с предзаряженными на нём эластичными кольцами, который одевается на дистальный конец эндоскопа (рис. 3-1). Посредством нити цилиндр соединяется через биопсийный канал эндоскопа с рукояткой тракционного механизма, вращением которого осуществляли поочередное высвобождение

поля зрения в «красное пятно» (рис. 3-3). Путём вращения тракционного механизма (рис. 3-4) растянутое латексное кольцо снимается с насадки на основание аспирированной вены, перетягивая её в виде удавки. В итоге в просвете пищевода образуется лигированный венозный узел («венозный шарик» с лигатурой у основания) (рис. 3-5).

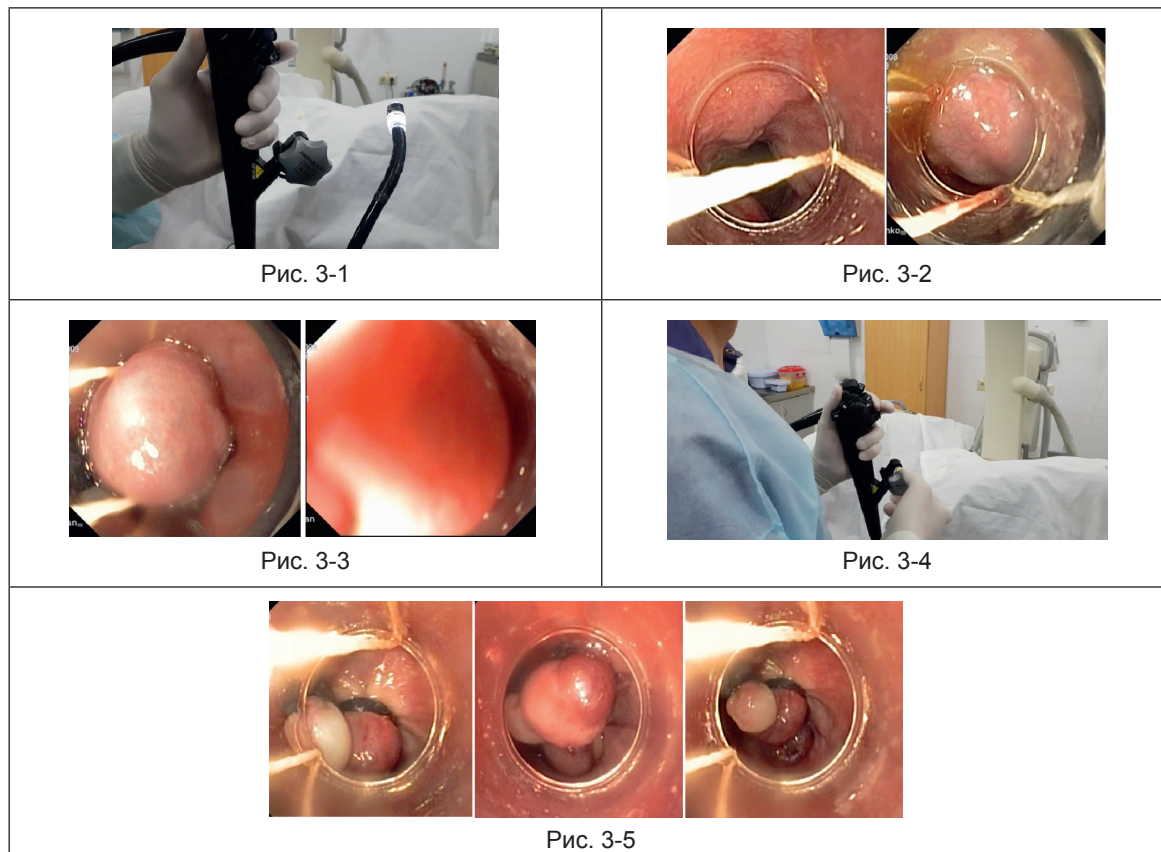


Рис. № 3. Этапы проведения лигирования ВРВП.

ние предзаряженных колец. Эндоскоп с лигирующим устройством вводится в пищевод, далее подводится к наиболее проблемному участку варикозно изменённой вены (рис. № 3-2). С помощью аспиратора создаётся отрицательное давление в полости колпачка, при этом вена вместе с прилегающей к ней слизистой засасывается в него. Всасывание должно проводиться до превраще-

Результаты исследования

Всего в нашей группе у 338 больных выполнено 511 эпизодов лигирования ВРВП.

Нами проанализирована этапность лигирования ВРВП у каждого пациента (табл. 3).

Как видно из таблицы, наибольшему количеству пациентов лигирование выполнялось в 1, 2 и 3 этапа (95,8 %). В 4, 5, 6 и 8 этапов лигирование

Таблица 3

Этапность выполнения лигирования ВРВП (n-338)

Кол-во этапов лигирования	Кол-во пациентов	В %
В 1 этап	224	66,2
В 2 этапа	77	22,8
В 3 этапа	23	6,8
В 4 этапа	10	2,9
В 5 этапов	1	0,3
В 6 этапов	2	0,6
В 7 этапов	-	-
В 8 этапов	1	0,3
ВСЕГО	338	100

выполнялось у 4,2 % пациентов.

За один сеанс выполняли лигирование от 1 до 14 узлов (табл. 4). Всего было залигировано 4086 узлов. После процедуры пациент находился в стационаре от 3 до 7 суток. При отсутствии осложнений через 3–4 недели делали контрольную эзофагогастроскопию и определяли адекватность предыдущего сеанса. В случае необходимости второго этапа лигирование выполняли через 1–1,5 мес.

Из таблицы видно, что чаще всего за 1 этап выполнялись лигирования 6, 8 и 10 узлов (91,08 %). В 3 случаях (0,89 %) было выполнено лигирование

В 9 случаях (1,8 %) эндоскопическое лигирование было неэффективным и закончилось постановкой зонда Блэкмора (табл. 5).

Из данной таблицы видно, что основной причиной неудач явилось активное кровотечение из ВРВП, развившееся до или во время лигирования.

В нашей группе у 145 (42,9 %) больных в анамнезе были эпизоды кровотечения из ВРВП. В рекомендациях согласительной конференции по портальной гипертензии Бавено-V говорится, что лигирование латексными кольцами представляет собой рекомендуемую разновидность эндоскопического лечения острого кровотечения из ВРВП. В

Таблица 4

Количество лигированных узлов (n=4086)

Кол-во узлов, лигированных за 1 раз	Кол-во лигирований	Общее кол-во лигированных узлов	В %
1 узел	7	7	0,17
2 узла	8	16	0,39
3 узла	5	15	0,36
4 узла	11	44	1,07
5 узлов	15	75	1,83
6 узлов	128	768	18,79
7 узлов	23	161	3,94
8 узлов	73	584	14,29
9 узлов	1	1	0,02
10 узлов	237	2370	58,00
11 узлов	1	11	0,26
12 узлов	1	12	0,29
13 узлов	-	-	-
14 узлов	1	14	0,34
ВСЕГО		4086	100

11, 12 и 14 узлов, т.е. использовались 2 набора лигаторов.

Под эффективностью эндоскопического лигирования мы понимаем успешно выполненное лигирование, не потребовавшее во время лигирования или в раннем послеоперационном периоде постановки зонда Блэкмора. Эффективным, в нашей группе, лигирование было в 502 случаях (98,2 %).

нашей группе с признаками состоявшегося кровотечения из ВРВП лигирование выполнено в 45 случаях (8,8 %). Лигирование на высоте кровотечения из ВРВП выполнено у 11 пациентов (2,2 %). Ещё у троих пациентов (0,6 %) кровотечение развилось на фоне проведения лигирования, из них в одном случае удалось лигировать источник кровотечения, в двух других случаях был установлен зонд

Таблица 5

Причины неудач эндоскопического лигирования (n=9)

Причина неудач	Кол-во
ВРВП 3-й ст., с-м Маллори–Вейсса по верхушке ВРВ, продолжающееся кровотечение из дефекта слизистой. Установка зонда Блэкмора.	1
ВРВП 2-й ст., кровотечение развилось во время проведения лигирования. Установка зонда Блэкмора.	1
ВРВП 3-й ст., продолжающееся кровотечение. Установка зонда Блэкмора.	4
ВРВП 2-й ст., продолжающееся кровотечение. Установка зонда Блэкмора.	2
ВРВП 2-й ст., с признаками состоявшегося кровотечения. Кровотечение развилось на фоне проведения лигирования. Установка зонда Блэкмора.	1

Блэкмора. У оставшегося 31 пациента в просвете желудочно-кишечного тракта были признаки состоявшегося кровотечения в виде гематина и сгустков, активного кровотечения на момент лигирования не было.

Эффективным эндоскопическое лигирование ВРВП на высоте кровотечения было в 5 случаях (0,9 %). У других 6 больных (1,2 %) применение лигирования с целью эндоскопического гемостаза оказалось безуспешным. Основными причинами малоэффективности применения эндоскопического лигирования на высоте кровотечения считаем сложности аспирации в колпачок спавшейся крово-

летальный исход. Во втором случае пациент так же поступил с развившимся кровотечением из ВРВП и установленным зондом Блэкмора. При попытке лигирования возникло рецидивное кровотечение, установлен зонд Блэкмора. В связи с общим тяжёлым состоянием больного и прогрессированием печёночной недостаточности пациент через сутки умер.

Общая эффективность выполненных нами лигирований у больных с ВРВП представлена в табл. 6.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Таблица 6

Эффективность лигирования ВРВП (n-511)

Эффективные лигирования	502	98,2 %
Неэффективные	9	1,9 %
Осложнения	3	0,6 %
Летальный исход	2	0,4 %

точащей вены и нарушенная визуализация. Этим больным была произведена установка зонда Блэкмора. На 2-е сутки, после достижения гемостаза и стабилизации состояния больного выполняем повторную попытку эндоскопического лигирования. В двух случаях из этой группы больных при выполнении повторного лигирования у нас имели место повторные кровотечения, что явилось причиной повторной установки зонда Блэкмора. Одна из этих пациенток погибла в результате общего тяжёлого состояния и прогрессирующей полиорганной недостаточности на фоне достигнутого гемостаза зондом Блэкмора. В другом случае третий этап лигирования был эффективным.

Осложнениями в нашей группе можно считать 3 случая возникновения кровотечения при попытке лигирования. В одном случае кровотечение возникло при попытке лигирования у пациента без признаков состоявшегося кровотечения. И в двух случаях был рецидив кровотечения при лигировании у пациентов с признаками уже состоявшегося кровотечения.

Госпитальная летальность составила 0,5 % (2 пациента). В одном случае пациент поступил с развившимся кровотечением из ВРВП и установленным зондом Блэкмора. При выполнении лигирования возникло рецидивное кровотечение из ВРВП. Была произведена повторная установка зонда Блэкмора. Через сутки выполнена успешная попытка лигирования ВРВП. Однако в связи с тяжёлым общим состоянием больного и прогрессированием печёночной недостаточности наступил

1. Эндоскопическое лигирование ВРВП является высокоэффективным (с экономической и медицинской точки зрения) методом лечения и профилактики кровотечения из ВРВП у больных с циррозом печени.

2. Наибольшую эффективность данный метод имеет для профилактики развития кровотечений из ВРВП, не на высоте кровотечения. Эффективность лигирования на высоте кровотечения в нашей группе составила лишь 45 %.

3. При возникновении кровотечения во время лигирования или при поступлении больного с кровотечением из ВРВП целесообразным считается постановку зонда Блэкмора, с последующим лигированием в отсроченном порядке (через сутки) после стабилизации состояния больного.

4. Все больные с циррозом печени нуждаются в последующем постоянном динамическом эндоскопическом наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лесовик В.С., Дибиров М.Д., Васильченко М.И. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Врач скорой помощи. – 2013. – № 4. – С. 65–67.
2. Пути компенсации осложнённого цирроза печени посредством применения комбинации малоинвазивных технологий/ Тезисы докладов 17-го международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные вопросы хирургической гепатологии». – 2010. – Уфа. – С. 157–158.
3. De Gottardi A. Oesophageal and fundic variceal bleeding / A. De Gottardi, J. F. Dufour // Ther. Umsch. – 2006. – Vol. 63. – P. 295–299.
4. Wolff M. Surgical treatment of portal hypertension / M. Wolff, A. Hirner // Zentralbl. Chir. – 2005. – Vol. 130. – P. 238–245.

5. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени / Дзизава И.И., Котив Б.Н., Белевич В.Л., Смородский А.В. // Новости хирургии. – 2009. – Том 17. – № 4. – С. 9–15.

6. A randomized controlled trial comparing ligation and sclerotherapy as emergency endoscopic treatment added to somatostatin in acute variceal bleeding / Villanueva C., Piqueras M., Aracil C., Gómez C., López-Balaguer J.M., Gonzalez B., Gallego A., Torras X., Soriano G., Sáinz S. et al. // J Hepatol. – 2006. – vol. 45. – № 4. – P. 560–567.

7. Endoscopic hemostasis for bleeding gastric varices treated by combination of variceal ligation and sclerotherapy with N-butyl-2-cyanocrylate / Sugimoto N., Watanabe K., Watanabe K., Ogata S., Shimod R., Sakata H., Eguchi Y., Mizuta T., Tsunads S., Iwakari R., Nojiri J., Mizuguchi M., Kudo S., Migazaki K., Fujimoto K. // J.Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42. № 7. – P. 528–532.

8. Gastro-esophageal Devascularization and Esophageal Transection for Bleeding Esophageal Varices after Failed Injection Sclerotherapy: Long-Term Follow-Up Report / Qazi S.A., Khalid K., Majeed A., Hameed A., Al-Wahabi K., Galul R., Al-Salamah S.M. Transabdominal // World J Surg. – 2006. – Vol. 30. – №7. – P. 1329–1337.

9. Clinical significance of variceal hemorrhage in recent years in patients with liver cirrhosis and esophageal varices / D. K. Park [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2004. – Vol. 19. – P. 1024–1051.

10. Lo GH/ The role of endoscopy in secondary prophylaxis of esophageal vrices//Clin Liver Dis. 2010. – Vol. 14. – № 2. – P. 307–323

11. Complication of liver cirrhosis: oesophageal varices, ascites and hepatocellular capcinoma / F. X. Troillet [et al.] // Rev. med. Suisse. – 2005. – Vol. 1. – P. 249–255.

12. Emergency endoscopic variceal ligation versus somatostatin for acute esophageal variceal bleeding / W. C. Chen [et al.] // J. Chin. Med. Assoc. – 2006. – Vol. 69. – P. 55–57.

13. Холматов П.К. Эндоскопические методы профилактики и лечения пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза / П.К. Холматов, Т.Е. Еулмурадов, Х.Х. Курбанов // Анн. хир. гепатол. – 2005. – Т. 10. – С. 92.

14. Embolization combined with endoscopic variceal ligation for the treatment of esophagogastric variceal bleeding in patients with cirrhosis / L. Y. Huang [et al.] // Chin. Med. J. (Engl). – 2007. – Vol. 120. – P. 36–40.

Поступила 09.06.2016

**Н.И. ГЛУШКОВ, М.А. ИВАНОВ, М.С. ХВОСТОВА, А.А. МИЩЕНКО,
П.Б. БОНДАРЕНКО, С.А. ВИННИЧУК, Ж.М. ПИХАНОВА**

ФАТАЛЬНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ И АРТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ – ДВЕ ГРАНИ ОДНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ?

*Кафедра общей хирургии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, 195067, Пискаревский проспект, 47/17. Тел. 8-921-325-98-14.*

E-mail: zhanna.pikhanova@yandex.ru

Есть сторонники и противники теории общности артериальных и венозных тромбозов. Для выяснения взаимосвязи между неблагоприятными кардиоваскулярными событиями и венозным тромбоэмболизмом изучены протоколы вскрытия у 1316 умерших с 2009 по 2014 г. Артериальные тромботические события выявлены у 375 человек. Общее количество умерших от венозных тромбоэмболий (ВТЭ) составило 178 пациентов, при этом у лиц с артериальными тромбозами частота ВТЭ составила 10 %. Больные с коронарными, брахиоцефальными и периферическими артериальными тромбозами имели повышенную вероятность ВТЭ (OR соответственно 3,2; 1,9; 1,4). Отдельно анализировались анамнестические тромботические события – среди них частота ВТЭ также была выше. Среди факторов риска ВТЭ у обследованных можно назвать компоненты метаболического синдрома.

Ключевые слова: венозный тромбоэмболизм, метаболический синдром, артериальный тромбоз, атеросклероз.

**N.I. SGLUSHKOV, M.A. IVANOV, M.S. KHVOSTOVA, A.A. MISHCHENKO,
P.B. BONDARENKO, S.A. VINNYCHUK, ZH.M. PIKHANOVA**

**IF FATAL PULMONARY EMBOLISM AND ARTERIAL THROMBOTIC EVENTS ARE TWO FACES OF THE
ONE DISEASE?**

*Department of General surgery St. Petersburg 195067, Piskarevsky prospect, 47/17, North-Western state
medical University named after I.I. Mechnikov.*

Tel. 8-921-325-98-14. E-mail: zhanna.pikhanova@yandex.ru

There are proponents and opponents the theory of relation arterial and venous thrombosis. To clarify the relationship between adverse cardiovascular events and venous thromboembolism 1316 died persons autopsy reports were studied from 2009 to 2014. Arterial thrombotic were found in 375 people. The total number of deaths from venous thromboembolism (VTE) amounted to 178 patients, and the patients with arterial thrombosis frequency of VTE was 10 %. Patients with