

О.Б. Нузова, Ю.А. Соболев, Ю.Ю. Солодов, А.А. Чегодаева, Ю.С. Баталова

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТАГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Оренбург)

Клинические исследования охватывали 27 прооперированных больных с острым варикотромбофлебитом, пролеченных в сосудистом отделении МБГКБ им. Н.И. Пирогова в 2011–2012 гг. Обосновывается необходимость контрольного ультразвукового исследования вен нижних конечностей при варикотромбофлебите через 1 и 7 суток с момента поступления для диагностики прогрессирования тромбоза независимо от клинических проявлений заболевания. Это позволит своевременно выполнить сафено-фemorальную кроссектомию и предотвратить риск развития тромбоэмболии легочной артерии

Ключевые слова: лечение, варикотромбофлебит, оптимизация

WAYS OF OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS

O.B. Nuzova, Yu.A. Sobolev, Yu.Yu. Solodov, A.A. Chegodaeva, Yu.S. Batalova

Orenburg State Medical Academy, Orenburg

The clinical studies involved 27 operated patients with acute varicothrombophlebitis treated in the department of vascular surgery of Orenburg Municipal Clinical Hospital named after N.I. Pirogov in 2011–2012. We proved the necessity of control ultrasound examination of veins of lower extremities at the varicothrombophlebitis in 1 and 7 days after admission to the hospital to diagnose the thrombosis progress despite of clinical manifestations of the disease. This allows to carry out the sapheno-femoral crossectomy promptly and to prevent the risk of development of pulmonary thromboembolism.

Key words: treatment, varicothrombophlebitis, optimization

Острый варикотромбофлебит — наиболее частое и опасное осложнение варикозной болезни. По данным разных авторов, частота развития данного осложнения у больных варикозной болезнью составляет от 30 до 60 % [2]. Эта патология является самым распространенным острым сосудистым заболеванием, по поводу которого пациенты обращаются в поликлиники и госпитализируются в хирургические стационары [5, 6]. При распространении процесса на глубокие вены конечностей резко ухудшается прогноз и увеличивается угроза эмболии сосудов легкого. Кроме того, переход на глубокие вены нередко является причиной формирования посттромботической болезни, приводящей к инвалидизации 40 % больных [8], а при распространении воспаления на окружающие ткани и развитии перифлебита вены становятся неподвижными, спаиваются с инфильтрированной кожей. В варикозных узлах тромбы не рассасываются длительное время, что способствует частым рецидивам, и, кроме того, патологический процесс в поверхностных венах приводит к спазму не только венозных, но и лимфатических сосудов с последующей облитерацией их и развитием лимфостаза [1].

Для определения лечебной тактики при варикотромбофлебите решающую роль играет ультразвуковая информация о проксимальном уровне тромботического процесса. Цифровой В-режим и цветное доплеровское картирование потоков крови в области створок остиального клапана

является методом выбора в определении распространенности тромба из поверхностной вены в глубокую [7].

При остром варикотромбофлебите необходимо: 1) предотвратить распространение тромбоза на глубокие вены; 2) быстро купировать воспалительные явления в стенках вены и окружающих тканях; 3) исключить рецидив тромбоза варикозно расширенных вен [5].

Но все же, несмотря на успехи, достигнутые флебологией в последние десятилетия, проблема лечения острого варикотромбофлебита до настоящего времени еще далека от разрешения и чрезвычайно актуальна [3, 4].

Цель работы: оптимизация лечения больных с острым варикотромбофлебитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинические исследования охватывали 27 прооперированных больных с острым варикотромбофлебитом, пролеченных в сосудистом отделении МБГКБ им. Н.И. Пирогова в 2011–2012 г. Из них 17 (63 %) женщин и 10 (37 %) мужчин. Из всех пациентов в возрасте до 20 лет был 1 (3,7 %) человек, от 20 до 40 лет — 4 (14,8 %), от 40 до 60 лет — 10 (37 %) больных и старше 60 лет — 12 (44,5 %) пациентов. У исследуемых больных варикотромбофлебитом чаще всего встречалась сопутствующая сердечно-сосудистая патология: артериальная гипертензия — в 10 (37 %) случаях, ишемическая болезнь сердца — в 9 (33,3 %) наблюдениях, хроническая

сердечная недостаточность наблюдалась у 8 (29,6 %) больных. Всем больным при поступлении наряду с лабораторными методами исследования было выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование на диагностическом аппарате Medison «SonoAse X8» (Южная Корея) датчиками 6 и 10 МГц в режиме серой шкалы (В-режим) и в режиме цветового доплеровского картирования. При ультразвуковом исследовании определяли состоятельность стигмального клапана, состояние стенок и просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба, протяженность тромбоза. В случае его перехода на глубокие определяли, фиксирован ли тромб к стенке глубокой вены или свободно плавает в ее просвете. Всем больным назначалась медикаментозная терапия в виде лекарственных средств системного и локального действия. С этой целью применяли нестероидные противовоспалительные средства, дезагреганты, антикоагулянты, флеботоники, гели, содержащие гепарин, эластическое бинтование нижних конечностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большая часть пациентов поступила через 3 суток от начала заболевания. У наблюдаемых пациентов преобладали местные симптомы заболевания в виде гиперемии кожи по ходу венозного ствола, повышение местной температуры. Общее самочувствие у большинства больных было удовлетворительным. Ценность физикального обследования для точного установления протяженности тромбоза невысокая. У 30 % больных истинная его граница в поверхностных венах расположена на 15–20 см выше клинически определяемых признаков варикотромбофлебита, поэтому для правильного решения вопросов лечебной тактики необходимо применение инструментальных методов исследования [2]. По данным наших исследований, полученным при ультразвуковом сканировании вен, истинная граница тромба в 10 (37 %) случаях находилась проксимальнее, чем по данным клинической картины. Ложноотрицательный результат УЗИ был выявлен в одном случае. Так, при ультразвуковом сканировании было выявлено, что процесс локализован до средней трети бедра, а на операции обнаружено, что проксимальная граница тромба находилась на 1 см дистальнее сафено-фemorального соустья.

В анализах крови наблюдалась умеренная воспалительная реакция: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, увеличение концентрации фибриногена, в коагулограмме был обнаружен сдвиг в сторону гиперкоагуляции (укорочение АЧТВ, МНО, увеличение ПТИ).

Из 27 больных 18 были прооперированы в первые сутки лечения.

У 8 пациентов из 18 по клиническим данным и результатам ультразвукового дуплексного сканирования протяженность варикотромбофлебита была от нижней трети голени до верхней трети бедра, у 6 больных явления тромбофлебита были от средней трети голени до верхней трети бедра, у 1 пациента — от средней трети бедра до верхней

трети бедра, у 1 — от средней трети голени до нижней трети бедра, у 1 — от нижней трети голени до средней трети голени и у 1 — от верхней трети голени до верхней трети бедра.

Всем этим пациентам с целью профилактики возникновения тромбоэмболии легочной артерии была выполнена в экстренном порядке сафено-фemorальная кроссэктомия под местной анестезией из пахового доступа. У соматически неотягощенных пациентов было выполнено радикальное хирургическое вмешательство — комбинированная флебэктомия по Сидориной, Нарату, Коккету, которое направлено не только на ликвидацию угрозы развития венозного тромбоза и легочной эмболии, но и удаление всех варикозно-расширенных вен с обязательной перевязкой несостоятельных перфорантов. У одного пациента операция была выполнена на 13-е сутки с момента госпитализации, у второго больного — на 4-е сутки госпитализации.

9 больных из 27 были прооперированы в среднем через 7,6 суток от момента поступления в стационар. Все эти больные поступили в среднем через 5,3 суток от начала заболевания. Причем, у 2 больных по клиническим признакам протяженность процесса была от нижней трети голени до средней трети голени, у 2 пациентов — от нижней трети голени до верхней трети голени, у 1 больного — от нижней трети бедра до средней трети бедра, у 1 пациента — от средней трети голени до коленного сустава, у 2 больных — от средней трети голени до средней трети бедра, у 1 пациента — от средней трети голени до верхней трети бедра. 4 больным из них операция была выполнена из-за прогрессирования процесса за счет распространения тромба в проксимальном направлении. 2 пациента оперированы из-за флотирования тромба до сафено-фemorального соустья.

У 5 больных выполнена сафено-фemorальная кроссэктомия с тромбэктомией из устья большой подкожной вены, у 1 больного — сафено-поплитеальная кроссэктомия. У 3 пациентов с целью радикального лечения выполнена комбинированная флебэктомия по Троянову — Тренделенбургу, Сидориной, Нарату, Коккету. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Клинические данные не могут достоверно определить верхнюю границу распространения тромбоза, это возможно определить только при ультразвуковом исследовании, что позволит выявить прогрессирование процесса и выполнить своевременно операцию. Выполнение ультразвукового исследования вен необходимо проводить при поступлении, на 2-й, 7-й день лечения, даже несмотря на отсутствие клинических признаков проксимального распространения тромбоза, так как в эти сроки мы чаще всего наблюдали прогрессирование процесса по результатам ультразвукового исследования.

Также следует отметить, что выполнение радикальной флебэктомии является оправданным при данной патологии. Так как распространение

тромба может в некоторых случаях переходить на глубокие вены через несостоятельные перфорантные вены, а операция Коккета является методом выбора, позволяющая предотвратить это состояние, а также предотвращает риск рецидива тромбофлебита.

ВЫВОДЫ

1. Хирургическая тактика при восходящих и флотирующих тромбозах большой и малой подкожных вен должна быть активной (перевязка большой или малой подкожной вены у устья; при необходимости — тромбэктомия) с обязательным назначением консервативного лечения.

2. Своевременно выявить восходящий или флотирующий характер тромбоза и выполнить экстренную сафено-фemorальную кроссэктомию позволяет проведение контрольного ультразвукового исследования пораженной тромбозом вены при поступлении, на 2-й, 7-й день лечения, независимо от клинических проявлений заболевания.

3. У лиц молодого и среднего возраста без тяжелых сопутствующих заболеваний необходимо проводить радикальную операцию в объеме комбинированной флебэктомии, что позволяет предотвратить риск перехода тромбоза на глубокие вены не только через сафено-фemorальное соустье, но и через перфорантные вены, а также ускорить реабилитацию пациентов и снизить риск развития рецидива варикотромбофлебита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин Ю.И. Анатомо-экспериментальное исследование лимфатических путей и вен в нормальных условиях гемодинамики и при венозном застое: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Новосибирск, 1969. — 27 с.
2. Борсов М.Х., Васильев Г.А., Кожушко В.А. Лечение острого тромбофлебита варикозно расширенных вен нижних конечностей // Матер. 3-й конф. Ассоциации флебологов России. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 202.
3. Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. Острый тромбофлебит // Серия «Опыт клинической практики». — М.: Литтерра, 2006. — 108 с.
4. Нузов Б.Г. Стимуляция репаративной регенерации тканей. — М.: Медицина 2005. — 165 с.
5. Савельев В.С. Флебология: руководство для врачей — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
6. Соколович А.Г. Сосудистая хирургия и ангиология: учебное пособие — Ростов-на-Дону: Феникс — Красноярск: Издательские проекты, 2006. — 176 с.
7. Харченко В.П., Зубарев А.Р., Котляров П.М. Ультразвуковая флебология — М.: ЗАО «Эники», 2005. — 176 с.
8. Vernato F., Zucchenato P., Prandoni P. An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh // Vasc. — 1999. — Vol. 30, N 6. — P. 113—115.

Сведения об авторах

Нузова Ольга Борисовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6; тел.: 8 (3532) 57-63-62; e-mail: nuzova_27@mail.ru)

Соболев Юрий Анатольевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: y_sobolev@mail.ru)

Солодов Юрий Юрьевич — клинический ординатор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: solodov_yurij@mail.ru)

Чегодаева Алена Алексеевна — клинический ординатор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: alenaa-med@mail.ru)

Баталова Юлия Сергеевна — клинический ординатор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: yusb@mail.ru)