



Острый варикотромбофлебит: диагностическая и лечебная тактика

А.Д. Гаибов^{1,2}, Э.С. Джуракулов²

¹ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;

² Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

В работе проанализированы результаты диагностики и лечения 75 больных с острым варикотромбофлебитом (ОВТФ) нижних конечностей. Диагностическая ошибка в распознавании ОВТФ в других лечебных учреждениях достигала 30,7%. Проведение комплексного клинико-инструментального обследования позволило во всех случаях окончательно установить диагноз и выбрать оптимальный метод лечения.

Авторы предпочитают двухэтапное лечение ОВТФ, при этом на первом этапе проводится только профилактическая кроссэктомия с консервативной терапией, и в последующем, после стихания воспалительных процессов, на втором этапе выполняется радикальная флебэктомия.

При сочетании тромбофлебита подкожных и глубоких вен (n=4) пациентам проводился полный курс стандартной консервативной терапии в стационарных условиях в течение 7 – 12 дней. Выбранная тактика лечения позволила в отдалённом периоде достичь хороших результатов у 94,7% больных.

Ключевые слова: варикотромбофлебит, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочной артерии, кроссэктомия, флебэктомия

Актуальность. Варикозная болезнь (ВБ) является самым распространённым сосудистым заболеванием во всём мире [1,2], в том числе и в Республике Таджикистан [3].

Различные осложнения ВБ, составляя от 0,3% до 8% [1,2], чаще всего встречаются у пациентов трудоспособного возраста, что делает эту проблему ещё более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации.

Самым грозным и жизнеугрожающим осложнением ВБ является острый варикотромбофлебит (ОВТФ), частота встречаемости которого составляет до 13,1% [4,5].

Прогрессирование тромботического процесса с переходом в глубокую венозную систему приводит к развитию тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА). Частота развития ТГВ при ОВТФ, по разным данным, составляет от 6% до 44% [4,6,7], при этом вследствие развития тяжёлой формы ХВН, до 40% случаев пациенты становятся глубокими инвалидами [8].

Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии на почве варикотромбофлебита, развиваясь в 2%-31,5% случаев, до 98% заканчивается смертельным исходом [6,8,9].

Клинические наблюдения показывают, что больные с ОВТФ в связи с ошибочной или поздней диагностикой не всегда получают адекватное лечение, что ведёт к снижению качества жизни пациентов, лишению их трудоспособности и даже смерти [6,11].

Несмотря на возросший интерес к этой проблеме, до сих пор нет единого мнения относительно показаний к выбору метода и объёма лечения.

Некоторые авторы являются сторонниками консервативной терапии [10], другие же [4,5,11] подтверждают, что только хирургические операции, приводят к профилактике и минимизации риска развития ТЭЛА. Всё вышесказанное послужило поводом для выполнения данного исследования.

Цель работы: выбор диагностической и лечебной тактики при остром варикотромбофлебите нижних конечностей.

Материал и методы. Работа основана на результатах диагностики и лечения 75 больных с ОВТФ нижних конечностей, находившихся в отделениях хирургии сосудов РНЦССХ в период с 2012 по 2013 гг. Мужчин было 23 (30,7%), женщин – 52 (69,3%). Возраст больных колебался от 20 до 80 лет, в среднем составляя $35,1 \pm 3,5$ года.

Основной причиной заболевания явилось наличие долго существующих варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей. Из общего числа больных правосторонняя локализация варикотромбофлебита наблюдалась у 28 (37,4%) пациентов, левосторонняя – у 43 (57,3%), ещё у 1 (1,3%) – наблюдался двусторонний процесс.

В соответствии с классификацией F. Verrel et al. (1998), все пациенты были, распределены следующим образом:

I тип (n=22) – тромботический процесс не достигал остиальных клапанов большой или малой подкожных вен, при этом распространение тромба на глубокие вены отсутствовало;

II тип (n=49) – проксимальная часть тромбоза находилась на уровне остиальных клапанов;

III тип (n=3) – распространение тромбоза на глубокую венозную систему через сафено-фemorальное и сафено-поплитеальное соустья;

IV тип (n=1) – распространение тромботического процесса на глубокую венозную систему через недостаточные перфорантные вены.

Диагноз устанавливали на основании клинических проявлений заболевания и результатов ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования.

При обследовании больных обратили внимание на анамнез и сроки заболевания, тяжесть его течения, распространённость воспалительного процесса, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний, от которых зависели длительность пребывания больных в стационаре и исход лечения.

Для оценки состояния кровотока по магистральным венам нижних конечностей, определения уровня тромботического процесса, характера тромба, его локализации и протяжённости в просвете подкожных вен и состояния глубокой венозной системы, всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС).

УЗДАС выполнялось с применением стационарного аппарата «Mindray» (Китай), с преобразователями ультразвуковых колебаний с частотой 5-10 МГц.

С целью выявления признаков ТЭЛА всем пациентам была выполнена рентгенография грудной клетки.

Все полученные данные в ходе исследования подвергали обработке на ПК в программе MS Excel 2007 с применением методов вариационной статистики. Рассчитывались показатели параметрической описательной статистики (M - среднее, m - стандартная ошибка, σ - отклонение).

Результаты и их обсуждение. Длительность заболевания ВВ варьировала от 3 до 25 лет, в среднем составляя $9,7 \pm 2,3$ года. В связи с низкой интенсивностью болевых ощущений и менее выраженными клиническими проявлениями ВВ, пациенты долгое время не обращались за медицинской помощью, или же не выполняли рекомендации данные врачами.

При изучении анамнеза жизни пациентов выяснилось, что 62 (82,7%) из них живут в сельской местности и выполняют тяжёлые физические работы, которые способствовали развитию ВВ и ОВТФ.

Сроки поступления пациентов от начала клинических признаков варикотромбофлебита варьировались от 1 до 17 суток, в среднем составляя $4,1 \pm 0,9$ суток (диаграмма).

Как видно из данных представленной диаграммы, большинство больных (60%) поступали в стационар на 4 сутки и более от начала заболевания, и лишь 24% из них – были госпитализированы в сроки до 3-х суток.

23 пациента первоначально обратились и лечились в непрофильных лечебных учреждениях с таким же диагнозом, т.е. диагностическая и тактическая ошибка в распознавании и лечения ОВТФ составила 30,7%.

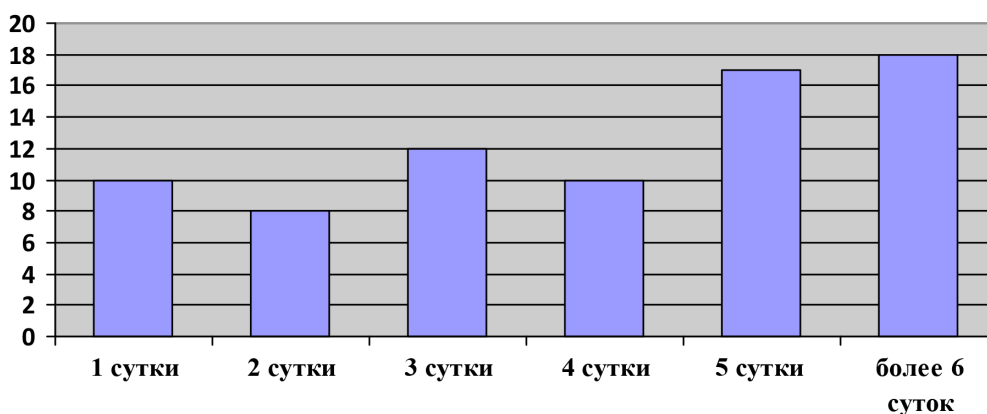


ДИАГРАММА. СРОКИ ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТ НАЧАЛА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ



РИС. 1. ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И ТРОМБИРОВАННЫЕ РАСШИРЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ ВЕНЫ МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ (НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ПРОЦЕССА)



РИС. 2. ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ С ТРОМБИРОВАННЫМИ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ (НА 17 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ПРОЦЕССА)

Диагностика варикотромбофлебита особых затруднений не вызывала и базировалась на клинических признаках.

При осмотре поражённой конечности, обратили внимание на локализацию, распространение и выраженность местных воспалительных симптомов в зоне тромбированных варикозно-расширенных вен. Наиболее значимыми признаками заболевания явились уплотнения и инфильтрация по ходу большой или малой подкожных вен, гиперемия и повышение температуры кожи над поражёнными участками, болезненность при пальпации тромбированных вен (рис. 1, 2).

Как показали результаты УЗДАС, уровень гиперемии кожи и пальпаторно определяемого тяжа обычно не соответствовали уровню тромбоза. Верхушка тромба, при дуплексном сканировании, располагалась выше, на расстоянии от 7 до 10 см от места пальпируемого плотного инфильтрата (тромботического процесса).

Так, УЗДАС показало распространение тромботического процесса до сафено-бедренного соустья с переходом в общую бедренную вену – у 19 (25,3%) больных (рис. 3). Одновременный тромбоз поверхностных и глубоких вен на УЗДАС был выявлен у 4 (5,3%) пациентов, при этом тромб в глубоких венах имел окклюзионную форму и не угрожал восходящим течением. Вертикальный рефлюкс по большой или малой подкожным венам, при локализации тромботического процесса в голени, отмечался у 22

(29,3%) больных, а горизонтальный рефлюкс через систему несостоятельных перфорантных вен при варикотромбофлебите большой подкожной вены на бедре – у 5 (6,7%) пациентов.

Необходимо отметить, что у 9 (12%) больных отмечался тотальный тромбоз всех расширенных подкожных вен, включая задние и латеральные венозные узлы (рис. 4).

УЗДАС позволило во всех случаях, уточнить локализацию и протяжённость тромботического процесса, что явилось главным в выборе метода лечения и объёма хирургического вмешательства.

Большинство пациентов (94,7%) были прооперированы в экстренном порядке с использованием местной анестезии (n=65) и спинального обезболивания (n=6).

Пациентам, у которых проксимальная граница тромботического процесса находилась на уровне верхней трети бедра (n=38), была выполнена профилактическая кроссэктомия в области сафено-бедренного соустья, с последующей консервативной терапией. В 5 (6,7%) случаях при наличии гнойного парафлебита им одновременно было произведено вскрытие гнойника.

Кроссэктомия и аспирационная тромбэктомия из общей бедренной вены были выполнены 19 (25,3%) пациентам при распространении тромба в общую бедренную вену.

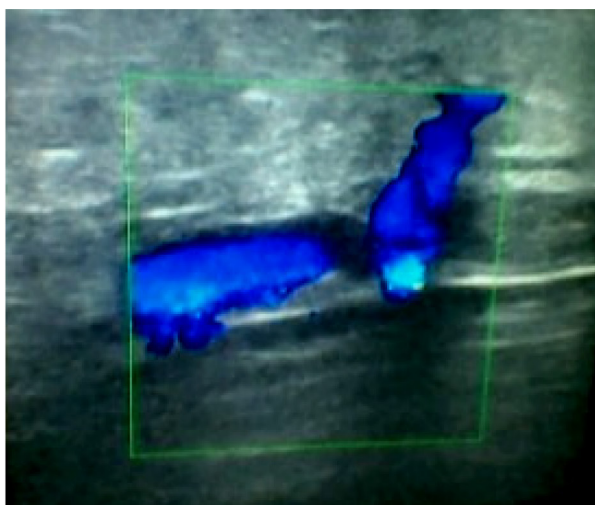


РИС. 3. УЗДАС. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТРОМБА
ДО САФЕНО-БЕДРЕННОГО СОУСЬЯ



РИС. 4. ТОТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ
ВЕН МЕДИАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

У пациентов с ОВТФ системы малой подкожной вены (n=6) в экстренном порядке произвели перевязку устья малой подкожной вены, с последующей консервативной терапией.

У 8 (9,41%) пациентов со стихшим воспалительным процессом, поздно обратившихся в стационар, кроссэктомию сочетали с радикальным иссечением тромбированных венозных стволов и конгломератов (радикальная флебэктомия).

При сочетании тромбоза подкожных и глубоких вен (n=4), пациентам проводился полный курс стандартной консервативной терапии в стационарных условиях в течение 7 – 12 дней.

Всем пациентам, независимо от места локализации процесса и объёма операции, проводились курсы стандартной консервативной терапии с применением антикоагулянтов («Гепарин», «Клексан»), антиагрегантов («Трентал», «Плавикс»), антибиотиков («Цефтриаксон», «Ципрофлоксацин») и нестероидных противовоспалительных препаратов («Диклофенак натрия», «Кетопрофен»).

Для купирования воспалительных явлений в стенках вен и окружающих тканях, всем пациентам местно назначались мазевые повязки, содержащие гепарин («Гепариновая мазь», «Лиотон 1000») и нестероидные противовоспалительные мази («Индометацин»).

Обязательным компонентом послеоперационной терапии явилась компрессионная терапия, которая продолжалась в течение 10 - 15 дней круглосуточно, эластичным бинтом, с последующей его заменой на компрессионный трикотаж 2 класса.

Для профилактики развития тромбоза глубоких вен все пациенты в послеоперационном периоде были рано активированы.

После кроссэктомии больные на 2-3 сутки выписывались на амбулаторное лечение. Следующий этап операции выполнили в плановом порядке после стихания воспалительного процесса, как правило, спустя 1-3 месяца.

В послеоперационном периоде раневые осложнения (лимфорейя, нагноение) отмечались у 8 (10,7%) пациентов, что не влияло на результаты госпитализации. Тромбоземболических осложнений и летальных исходов среди оперированных больных не отмечали.

Отдалённые результаты изучены у всех больных в сроках от 3 до 36 месяцев. Хороший результат с полным регрессом симптоматики заболеваний отмечен у 71 (94,7%) пациента; удовлетворительный (при сочетании тромбоза поверхностных и глубоких вен) – у 3 (4%); и неудовлетворительный результат с развитием варикозного расширения малой подкожной вены до 36 месяцев после удаления большой подкожной вены и её притоков – у 1 (1,3%) пациента.

Несмотря на достигнутые успехи в области сосудистой хирургии, некоторые вопросы диагностики и лечения пациентов с ОВТФ остаются дискуссионными.

Во-первых, частота развития ОВТФ остаётся на высоком уровне, и по некоторым данным встречается в 13,1% случаев [4,5]. Такие жизнеугрожающие состояния, как ТЭЛА (симптомная и бессимптомная) и ТГВ на фоне ОВТФ, встречаются довольно часто, при этом инвалидность и смертность вследствие их развития остаются достаточно на высоком уровне [4,6-8].



Во-вторых, диагностическая ошибка при распознавании ОВТФ нижних конечностей, по разным данным, составляет до 9,6% [6,11,12]. Причиной диагностических ошибок являются: низкая информативность врачей некоторых профессий и самих пациентов об осложнениях ВБ, ограниченная доступность к современной диагностической аппаратуре для диагностики сосудистых заболеваний в лечебных учреждениях. В наших же исследованиях частота диагностических и тактических ошибок в распознавании и лечении ОВТФ составила 30,7%.

Так, по мнению О.Б. Нузовой и соавт. (2012), для своевременного выявления распространения тромботического процесса необходимо проведение контрольного ультразвукового исследования поражённой тромбозом вены при поступлении, на 2-й, 7-й день лечения, независимо от клинических проявлений заболевания [13].

В-третьих, в литературе не однозначно обсуждается вопрос о выборе метода лечения больных с ОВТФ. Некоторые авторы являются сторонниками активной хирургической тактики, считая такой подход наилучшим, так как при этом снижается частота ТЭЛА и ТГВ [4,5,9,11].

Вместе с тем, при низкой локализации тромботического процесса, некоторые авторы являются сторонниками выжидательной тактики, рекомендуя сначала провести консервативную терапию, потом радикальную хирургическую операцию, при которой частота осложнений составляет от 0,57% до 1,3% [8,12].

Так, Пешков А.С. и соавт. (2006), анализируя результаты лечения пациентов с ОВТФ, наименьшую частоту осложнений с лучшими косметическими результатами достигали благодаря двухэтапному хирургическому лечению [12].

Такое же мнение поддерживают и Макарова Н.П. с соавт. (2009), которые на основании изучения морфологических изменений в стенках тромбированных вен рекомендуют необходимость выполнения радикального оперативного вмешательства в отсроченном порядке, после стихания воспалительных процессов [14].

Анализ литературы и результаты наших работ доказывают, что в остром периоде ОВТФ необходимо произвести только профилактическую кроссэктомии с консервативной терапией. Радикальную коррекцию варикотромбофлебита следует производить после полного стихания воспалительных процессов, спустя 1-2 месяца от начала заболевания, о чём свидетельствуют также данные других авторов [12,14].

В литературе очень часто обсуждаются непосредственные результаты лечения ОВТФ, а вопросы, касающиеся отдалённого периода лечения, являются малоизученными.

По данным некоторых авторов, в отдалённом периоде, вследствие развития ХВН на фоне ТГВ, до 40% больных становятся инвалидами [7,8]. Такая высокая частота инвалидности диктует поиск новых путей решения этой проблемы. В наших же исследованиях, несмотря на позднее поступления пациентов, частота развития тяжёлой формы ХВН составила всего лишь 4%.

Таким образом, проблема своевременной диагностики и выбор методов лечения ОВТФ на сегодняшний день остаются нерешёнными, что требует продолжения исследования в этом направлении.

Преимуществом двухэтапного лечения ОВТФ, является то, что при проведении профилактической кроссэктомии с консервативной терапией уменьшаются продолжительность пребывания больных в стационаре и связанные с ней материальные расходы. Проведение радикальной флебэктомии после стихания воспалительных процессов позволяет в отдалённом периоде достичь хороших результатов в большинстве случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hamdan A. Management of varicose veins and venous insufficiency / A.Hamdan // JAMA. – 2012. – V. 308. – P. 2612-2621.
2. Покровский А.В. Клиническая ангиология. Руководство для врачей / А.В.Покровский. – М.: Медицина. – 2004. – Т. 2. – С. 788-809.
3. Факторы риска развития варикозной болезни у сельских жителей южного региона Таджикистана / Д.Д.Султанов [и др.] // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, № 4. – С. 23-28.
4. Гемодинамический механизм развития острого варикотромбофлебита голени в бассейне большой подкожной вены / А.В.Шаталов [и др.] // Флебология. – 2010. – № 3. – С. 34-38.
5. Пустовойт А.А. Тактика лечения острого восходящего тромбофлебита / А.А.Пустовойт, С.Г.Гаврилов, И.А.Золотухин // Флебология. – 2011. – № 3. – С. 46-52.
6. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review / I.M.Wichers [et al.] // Haematologica. – 2005. – V. 90, N 5. – P. 672-677.
7. The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs / G.O.Jorgensen [et al.] // J. Vasc. Surg. – 1993. – V. 18. – P. 70-73.



8. Vernato F. An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh / F.Vernato, P.Zucchenato, P.Prandoni // *Vasc.* – 1999. – V. 30, N 6. – P. 113-115.
9. Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis / A.P.Murgia [et al.] // *Int. Angiol.* – 1999. – V. 18, N 4. – P. 343-47.
10. Titon J.P. Therapeutic management of superficial venous thrombosis with calcium nadroparin / J.P.Titon, D.Auger // *Ann. Cardiol.* – 1994. – V. 32. – P. 397-401.
11. Булдышкин В.В. Проблемы варикотромбофлебита нижних конечностей / В.В.Булдышкин, В.В.Ганжий, А.В.Капшитарь // *Таврический медико-биологический вестник.* – 2012. – Т. 15, № 2. Ч. 3 (58). – С. 47-49.
12. Пешков А.С. Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей / А.В.Пешков, С.А.Чукин, С.В.Корелин // *УРМЖ.* – 2006. – № 9. – С. 64 – 66.
13. Пути оптимизации диагностики и лечения острого варикотромбофлебита / О.Б.Нузова [и др.] // *Бюллетень ВШЦ СО РАМН.* – 2012. – № 4 (86), Часть 2. – С. 89-91.
14. Макарова Н.П. Оценка морфофункционального состояния стенки вены при поверхностном тромбофлебите в динамике / Н.П.Макарова, А.В.Пешков, Н.Б.Крохина // *Вестник Уральской медицинской академической науки.* – 2009. – № 3. – С. 29-33.
15. Швальб П.Г. Флебоцентез – миниинвазивный способ лечения острого тромбофлебита подкожных вен / П.Г.Швальб, А.Е.Качинский, М.В.Нарижный // *Флебология.* – 2009. – № 3. – С. 23-25.
16. Шаталов А.В. Отдалённые результаты хирургического лечения острого варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены (количественный и качественный анализы) / А.В.Шаталов // *Вестник ВолГМУ.* – 2006. – № 1 (17). – С. 32-38.

Summary

Acute varicothrombophlebitis: diagnostic and treatment tactics

A.D. Gaibov^{1,2}, E.S. Jurakulov²

¹ *Avicenna Tajik State Medical University;*

² *Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery*

The results of the diagnosis and treatment 75 patients with acute varicothrombophlebitis (AVTF) of lower extremities were analyzed in article. Diagnostic mistake in AVTF recognizing in other hospitals reached 30,7%. Conducting a comprehensive clinical and instrumental examination allowed finally establish the diagnosis in all cases and choose the best method of treatment.

Authors prefer a two-stage treatment of AVTF, in first stage- the only preventive crosssection with conservative therapy, and subsequently, after inflammatory processes decreasing, in second stage - radical phlebectomy is performed.

For patients with combined subcutaneous and deep vein thrombophlebitis (n=4) a full course of standard conservative treatment in hospital for 7 - 12 days was conducted. The chosen treatment strategy enabled to achieve good results in 94,7% of patients in a remote period.

Key words: varicothrombophlebitis, deep vein thrombosis, pulmonary embolism, crosssection, phlebectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гаиров Алиджон Джураевич – профессор кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ; Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139. E-mail: gaibov_a.d@mail.ru