

Большюсов И.А., Холупко О.Е.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Вартамян В.Ф.

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Восходящий тромбофлебит нижних конечностей является едва ли не самым распространенным ургентным заболеванием в современной флебологии, с которым приходится иметь дело не только сосудистым хирургам, но и врачам общей практики. В 97% случаев восходящий тромбофлебит (ВТ) является результатом варикозно расширенных вен нижних конечностей. 3% случаев связывают с онкозаболеваниями. Среди возможных факторов риска ВТ называют возраст, ожирение, курение, беременность и др. Опасность данной патологии связывают: с наличием быстрого роста тромба (до 20 см в сутки), возможностью перехода тромба на сафено-фemorальное соустье (СФС), а затем глубокие вены бедра, риском отрыва тромба и возникновением ТЭЛА.

Цель: Представить результаты лечения ВТ БПВ на основе ретроспективного анализа медицинских карт 112 пациентов с данной патологией, лечившихся в Республиканском центре медицинской реабилитации и бальнеолечения, ООО МЦ «Экомедсервис» и МЦ «Кривира» в период с 2010 по 2023 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 112 медицинских карт пациентов, лечившихся в указанных выше лечебных учреждениях в период с 2010 по 2023 гг. Среди них 101 (90%) женщины и 11 (10%) мужчины. Средний возраст пациентов составил 45,8 лет. Длительность заболевания составила от 1 до 27 суток (среднее 7,5 суток). Для обследования пациентов применялись физикальные методы (перкуссия и пальпация), а также УЗ-сканирование вен нижних конечностей. 83 пациентам (74%) было проведено только консервативное лечение, тактика которого зависела от степени распространенности тромботического процесса: при тромбозах локализованных в голени и нижней трети бедра - назначали: НПВС (диклоберл, нимесил и др.); местно - Лиотон-1000 гель; компрессионный трикотаж; неограниченная двигательная активность больного. Динамику тромботического процесса в БПВ контролировали с помощью УЗИ через 3 - 5 дней. При тромбозах, распространяющихся на среднюю и верхнюю трети бедра, а также - СФС - назначали также прямой ингибитор тромбина - ксарелто 20 мг в сутки. УЗИ контроль через 1- 3 дня

Оперативное вмешательство было выполнено 29 пациентам (26%). Среди них кроссэктомия (операция Троянова) - 13 пациентов (44,9%); кроссэктомия + удаление тромбированной БПВ - 6 пациентов (20,1%); тромбэктомия из СФС + кроссэктомия - 5 пациентов (17,2%); тромбэктомия + удаление БПВ - 5 пациентов (17,2%). Операции назначали при высокой степени тромбоза или перехода его на СФС. Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах «Microsoft Office Excel» 2013 и «Statistica» 10.0. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики.

Результаты и их обсуждение. Сроки купирования болевого и воспалительного синдрома составили 2 - 6 суток. Нагноение послеоперационной раны среди оперированных наблюдали лишь в 4 случаях. Ни у одного из пациентов клинических признаков ТЭЛА не выявлено. Средняя продолжительность нахождения на Б/Л - 5,6 суток.

Выводы. Диагностика ВТ БПВ должна строиться на раннем применении УЗИ, позволяющего абсолютно точно установить распространенность патологического процесса, вид тромба и его приблизительный возраст. Дифференцированная тактика, основанная на учете распространенности и вида тромба в БПВ, позволяет проводить лечение пациентов с этой патологией в амбулаторных условиях.