

ВОСХОДЯЩИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Баешко А.А., Попченко А.Л., Маркауцан П.В.,
Ковалевич К.М., Красимов Л.С*

*Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения
Белорусский государственный медицинский университет,
Медицинский центр «Экомедсервис», г. Минск*

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей – сосудистая патология с которой сталкиваются врачи– хирурги амбулаторного звена здравоохранения. Одним из опасных и частых осложнений этой болезни является острый тромбофлебит (ОТ). Распространение тромба на магистральную подкожную вену в проксимальном направлении угрожает развитием тромбоза сафено–фemorального соустья (СФС), бедренной вены и тромбоемболии легочной артерии. Общепринятым методом лечения пациентов с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены (ВТБПВ), считается кроссэктомия (операция Троянова–Тренделенбурга), выполняемая в сосудистых либо общехирургических стационарах.

Внедрение в клиническую практику ультразвуковых методов диагностики сосудистой патологии и современных атитромботических средств (НМГ, прямые ингибиторы фактора Ха и др.) расширило возможности консервативного лечения пациентов с ВТБПВ в амбулаторных условиях.

Цель работы. Показать возможность нехирургического лечения больных с тромбозом БПВ, распространившимся на СФС и бедренную вену.

Материалы и методы. В основу работы положен 11 летний (2012 -2022 гг.) опыт лечения 36 пациентов (26 женщины, 10 мужчин), в возрасте от 31 до 83 лет (ср. 49,7 лет) с изолированным (без поражения глубоких вен) ВТБПВ. Обследование пациентов, лечение и динамический ультразвуковой контроль проводили амбулаторно (Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, медицинский центр «Экомедсервис»). Причиной ОТ в 87,5% случаев явилась варикозная болезнь. Симптоматика заболевания складывалась из гиперемии, отека голени (голени и бедра), болезненности и пальпируемого уплотнения по ходу ствола либо притоков БПВ. Клинически в 8 наблюдениях патологический процесс локализовался в области голени, в 24 – голени и бедра и в 4 случаях – бедра. В течение первых 10 дней от начала заболевания обратилось 24 человека, позже –12. Диагноз и топика патологического процесса подтверждены с помощью дуплексного сканирования (ДС). В подавляющем большинстве наблюдений (33 случая) проксимальная граница тромба (в остром периоде — головка тромба) простиралась до терминального клапана, либо обрывалась на расстоянии 1-2 см от него. В 3 случаях тромботические массы проникали через СФС в бедренную вену, суживая ее на 10 -20%.

В день обращения назначали НМГ в лечебной дозе (до 7-14 суток), после – варфарин. В последние 3 года применяли ксарелто в дозе 15 мг 2 раза в день, с последующим переходом на однократный прием препарата – 20 мг в сутки. Общая продолжительность антикоагулянтной терапии – 2-3 месяца. Обязательным условием эффективного лечения считали также применение компрессионного трикотажа. При выраженном воспалении кожи назначали НПС, местно – гели. Двигательную активность больного не ограничивали. Динамику тромботического процесса в БПВ, СФС и бедренной вене контролировали с помощью ДС, производимого на 2-7, 14-21, 30-е сутки, через 2 и 3 месяца от начала лечения.

Результаты и обсуждение. Проведение антитромботической терапии позволяло быстро купировать болевой и воспалительный синдромы и ограничить распространение тромба на бедренную вену. Осуществление ультразвукового контроля в указанные сроки подтверждало эффективность проводимого лечения. В течение всего периода наблюдения за пациентами эпизодов эмболии легочной артерии, либо тромбоза глубоких вен не зарегистрировано. В 4 случаях развились легкие геморрагические осложнения, купированные отменой антикоагулянта, либо снижением его дозы. Средняя продолжительность периода нетрудоспособности среди работающих составила 19,2 дня.

Выводы. Активная терапевтическая тактика, основанная на применении современных антикоагулянтных средств, медицинского компрессионного трикотажа и контроле за динамикой тромботического процесса в БПВ с помощью УЗИ, позволяет проводить лечение пациентов с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены в амбулаторных условиях.