

Лечение тромбоза. В помощь амбулаторно-поликлиническому хирургу

6-ая центральная районная клиническая поликлиника

Значительная часть пациентов с тромбозом поверхностных вен нижних конечностей может лечиться консервативно в амбулаторных условиях. Это относится к больным с локализацией тромботического процесса в подкожных венах голени в бассейне большой подкожной вены. Непосредственной угрозы перехода тромбоза на сафено-феморальное соустье у этой категории больных нет, хотя они должны находиться под динамическим наблюдением хирурга поликлиники.

Лечебные мероприятия в таком случае должны быть направлены на решение следующих задач: предотвращение распространения тромбоза на глубокие вены; быстрое купирование воспаления в стенке вены и окружающих тканях; исключение рецидива заболевания

Режим лечения больных должен быть активным, поскольку деятельность мышечно-венозной помпы голени обеспечивает интенсивный кровоток в глубоких венах, препятствуя развитию в них тромбоза.

Мерой для коррекции нарушений кровотока в поверхностных варикозно-расширенных венах является адекватная эластическая компрессия больной конечности. В первые дни при максимально выраженном воспалительном процессе целесообразно формировать бандаж эластическими бинтами средней степени растяжимости. По мере стихания воспаления для компрессионного лечения может с успехом применяться медицинский трикотаж - гольфы, чулки или колготы 11-111 компрессионных классов. Эффективным способом торможения воспаления является локальная гипотермия, дающая еще и хороший обезболивающий эффект.

Медикаментозная терапия тромбоза поверхностных вен заключается в сочетании лекарственных средств системного и местного применения.

Использование антибактериальных средств неоправданно, поскольку при тромбозе воспалительный процесс, как правило, имеет асептический характер. Кроме того, многие антибиотики способствуют развитию гиперкоагуляции и прогрессированию тромбоза. В исключительных случаях применение антибиотиков может быть оправданно при инфицированном тромбозе. Мазь Вишневского из арсенала лечения тромбоза поверхностных вен также должна быть исключена, так как ее противовоспалительное действие недостаточно, кроме того, она обеспечивает «парниковый эффект», ведущий к прогрессированию тромбоза.

При тромбозе поверхностных вен целесообразно использование следующих фармакологических классов: НПВС; производные рутина; антиагреганты; полиэнзимные смеси; флеботоники растительного происхождения; антикоагулянты. Из группы НПВС наиболее эффективными препаратами являются диклофенак (вольтарен, ортофен, артротек) и кетопрофен (орувель, кетонал, фастум) в виде инъекций, таблеток и мазевых форм. Они обладают мощным противовоспалительным и анальгезирующим действием. Мазь наносят 2-3 раза в день по 3-4 г на пораженный участок конечности и легкими круговыми движениями пальцев втирают в кожу. Быстрый эффект наступает при внутримышечном введении этих препаратов или в свечах.

Производные рутин (венорутон, троксевазин, трок-серутин-лечива), представляющие собой универсальный протектор венозной стенки и оказывающие противовоспалительный эффект. Суточная доза этих препаратов обычно 1200 мг. Существуют также и мазевые формы указанных средств (троксевазиновая мазь, венорутон-гель), однако при их применении возможны кожные аллергические реакции.

Антиагреганты

Внутривенное введение реополиглюкина (400 мл) проводят капельно 1 раз в сутки в течение 3-5 дней. Трентал назначают в суточной дозе 800-1200 мг. Могут быть использованы малые дозы аспирина (125 мг/сут).

Системная энзимотерапия

Препараты этой группы угнетают процесс воспаления, оказывают противоотечное, иммуномодулирующее действие, удаляют фиксированные в тканях иммунные комплексы и активируют фибринолиз. Вобэнзим назначают по 5-10 таблеток, а флогэнзим - по 2 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды, запивают большим количеством воды.

Флеботоники растительного происхождения (диосмин, гинкорт-форт, цикло 3 форт, эндотелон) показаны при ХВН и лимфовенозной недостаточности, в ряде случаев при тромбозе поверхностных вен. Хорошо зарекомендовал себя детралекс в начальной дозировке 3г с последующим снижением до 1 г/сут.

Антикоагулянты в большинстве случаев тромбоза поверхностных вен не показаны, особенно в амбулаторных условиях, так как сегодня амбулаторный контроль за системой гемостаза сложен. Исключение может составлять наличие упорных рецидивирующих тромбозов у больных с патологией свертывающей системы крови.

Топические препараты

Топические формы гепарина заслуженно являются самыми популярными средствами лечения тромбоза поверхностных вен. Гепарин оказывает мощное антитромботическое и противовоспалительное действие и при местном применении не вызывает системных коагулопатических реакций. Хорошо зарекомендовали себя лиотон 1000 гель, а также сочетание перечисленных препаратов: гелевые аппликации проводят 4 раза в день по схеме (гепарин - НПВС - гепарин - НПВС). Схема консервативного лечения тромбоза поверхностных вен представлена в таблице 4.8.

При проведении консервативных мероприятий необходимо помнить о возможности прогрессирования тромбоза и в процессе терапии осуществлять динамический контроль (клинический и ультрасонографический) за течением заболевания.

Неотложная госпитализация в хирургический стационар (желательно в специализированный сосудистый или флебологический центр) требуется при восходящих формах тромбоза стволов большой или малой подкожных вен, поскольку в таких случаях возникает непосредственная угроза перехода тромбоза на глубокие вены. Больные должны быть оперированы в экстренном порядке после выполнения ультразвукового ангиосканирования.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение тромбоза поверхностных вен нижних конечностей может быть паллиативным или радикальным.

Типовая схема консервативного лечения тромбоза поверхностных вен (Савельев

В. С. и др., 2001)

Эластическое. Активный режим, бинтование - 10-14 дней круглосуточно, затем - медицинский компрессионный трикотаж в дневное время. Гипотермия. Местно 5-6 раз в день по 30-40 мин в течение 3 суток.

Системное лечение: 1. Диклофенак или орувель по 3 мл в/м 2 раза в день (3 дня), затем прием этих средств в виде таблеток или свечей.

2. Венорутон или троксерутин-лечива по 300 мг 4 раза в день (10-14 дней) и вобэнзим 10 таблеток 3 раза в день (14 дней).

Местное. Фастум гель или орувель гель 2 раза в день + лиотон 1000 гель или тромбофоб гель 2 раза в день.

Целью паллиативных операций является предотвращение перехода тромбоза на глубокие вены через сафено-фemorальное или сафенопоплитеальное соустье и развитие ТЭЛА. Производят приустьевую перевязку подкожных магистралей (операция Троянова-Тренделенбурга).

При соматически неотягощенном анамнезе радикальная флебэктомия при остром тромбофлебите поверхностных вен является предпочтительным методом выбора. Радикальное хирургическое лечение предусматривает не только устранение угрозы развития флеботромбоза и ТЭЛА, но и излечение как от самого тромбофлебита, так и от ВБ. Такую же операцию выполняют и при восходящем тромбофлебите в экстренном порядке. Первым этапом удаляют флотирующий тромб из бедренной или подколенной вены, затем удаляют все варикозно-расширенные вены (тромбированные и нетромбированные) с обязательной перевязкой перфорантных вен с клапанной недоста-точностью.

Врач амбулаторной практики должен осуществлять профилактику тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей своевременным и адекватным лечением хронических заболеваний вен. Для этого необходимо своевременно выполнять раннее оперативное лечение неосложненных форм ВБ. Если пациент уже перенес тромбофлебит, то задача врача поликлиники заключается в предотвращении его рецидива. Поэтому после стихания острых явлений лечебные мероприятия должны быть направлены на коррекцию ХВН и подготовку к плановой операции. Операции проводят через 3-6 месяцев после перенесенного тромбофлебита, когда купируется воспаление в стенках вены и окружающих тканях, а большинство тромбированных поверхностных вен реканализуется.

При отказе пациента от операции или противопоказаниях (пожилой возраст, тяжелые сопутствующие заболевания, а также при ПТФБ) хирург поликлиники осуществляет диспансерное наблюдение и систематически проводит курсы лечения ХВН. Пациенты должны постоянно использовать компрессионный трикотаж или бинты и 2-3 раза в год проходить курсы консервативного лечения флеботониками, топическими средствами и физиотерапией. Диета - ограничение животных жиров, шире использовать растительные масла, употреблять больше овощей, ягод, богатых аскорбиновой кислотой и рутином. Большое значение имеет просветительская работа среди населения, направленная на разъяснение целесообразности лечения ВБ с целью профилактики тромбофлебита по-верхностных вен нижних конечностей.

Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей (флеботромбоз)

Тромбофлебит глубоких вен (thrombophlebitis profundum) нижних конечностей -- острое заболевание вен, характеризующееся формированием одного или нескольких тромбов в пределах глубоких вен нижних конечностей или таза с воспалением

сосудистой стенки и реактивным спазмом. Большинство флебологов для обозначения и при их выборе нужно отдавать предпочтение поливалентным средствам.

Медикаментозное лечение особенно показано тем пациентам, которые по каким-либо причинам не могут применять эластическую компрессию. Обычно это бывает при наличии сопутствующих заболеваний - периферическом атеросклерозе, диабетической полинейропатии и ангиопатии.

При лечении тяжелых форм ХВН должна предусматриваться возможность госпитализации на 2-3 нед. 2 раза в год с целью проведения более интенсивного лечения с использованием внутривенных инфузий, внутримышечных инъекций, физиотерапии и других стационарных процедур.

Больным ХВН целесообразно назначать санаторно-курортное лечение по сердечно-сосудистому профилю.

Крайне важно, чтобы пациенты с ХВН были хорошо осведомлены о сути своего заболевания и отрицательных последствиях нарушения регламента, предписанного врачом. Поэтому большое значение имеет санитарно-просветительная работа, в том числе по рациональной организации труда и отдыха. Особое внимание пациенты должны уделять гигиеническому уходу за ногами. Кроме обычных санитарно-гигиенических процедур, в которые входят ежедневный душ, тщательный уход за ногтями и кожей стоп, следует устранять повышенную сухость кожи голени. Для этого кожу смазывают жирными кремами, стерилизованным оливковым маслом, а при микротравмах обрабатывают 3% спиртовым раствором борной кислоты.

Не менее важны рациональная организация и культура питания. Особенно это актуально для пациентов с повышенной массой тела. Таким больным следует ограничить прием жирной и соленой пищи для уменьшения задержки жидкости в организме и развития отечного синдрома, не переедать, особенно перед сном. Последний прием пищи не должен быть позже 19-20 часов вечера.

Реализация такой программы, базирующейся на сотрудничестве врача и пациента, позволяет надежно предотвратить развитие тяжелых форм ХВН.

Литература

1. Аликперова, Т. В. Ультразвуковая флебография: опыт применения в современной флебологической практике / Т. В. Аликперова // *Ангиология сегодня*. 2000. № 5. С. 2-9.
2. Богачев, В. Ю. Современные принципы инъекционного лечения варикозной болезни / В. Ю. Богачев // *Флеболимфология*. 1998. № 9. С. 17-20.
3. Богданец Л. И., Богачев В. Ю. Фармакотерапия хронической венозной недостаточности // *Флеболимфология*. 1998. № 9. С. 9-12.
4. Васютков, В. Я. Трофические язвы стопы и голени / В. Я. Васютков, Н. В. Проценко. М.: Медицина, 1993. 159 с.
5. Веденский, А. Н. Пластические и реконструктивные операции на магистральных венах / А. Н. Веденский. Л.: Медицина, 1979. 223 с.
6. Веденский, А. Н. Варикозная болезнь / А. Н. Веденский. Л., 1983. 464 с.
7. Веденский, А. Н. Посттромботическая болезнь / А. Н. Веденский. Л.: Медицина. 1986. 238 с.
8. Вилянский, М. П. Рецидив варикозной болезни / М. П. Вилянский [и др.]. М.: Медицина. 1988. 176 с.

9. Гавриленко, А. В. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / А. В. Гавриленко. М., 1999. 152 с.