

Баева Фатима Хасеновна

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ВОСХОДЯЩИМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

14.01.17 Хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Нальчик
2017

Работа выполнена в ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский
государственный университет им. Х.М. Бербекова».

Научный руководитель: **Асланов Ахмед Дзенович**

доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Косенков Александр Николаевич**

доктор медицинских наук, профессор.

Первый московский государственный

медицинский университет им. И.М. Сеченова,

профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

и инвазивной кардиологии

Андряшкин Вячеслав Валентинович

доктор медицинских наук, профессор

кафедры факультетской хирургии, урологии ГБОУ

ВПО "Российский национальный

исследовательский медицинский университет

им. Н.И. Пирогова" МЗ РФ

Ведущая организация: ГБОУ ВО Северо-Осетинская

государственная медицинская академия

Защита диссертации состоится «---»----- 2018 года в 10.00 на заседании диссертационного совета Д. 212.076.10. при ГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» (360004, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова и сайте www.kbsu.ru (360004, г. Нальчик, ул. И. Арманд, 1).

Автореферат разослан «___» _____ 2018 г.

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских диссертаций
Д.212.076.10 кандидат медицинских наук,
доцент

Захохов Руслан Максидович

Общая характеристика работы

Актуальность исследования. Варикозная болезнь нижних конечностей является серьезной медико-социальной проблемой, оставаясь, и по сей день самой распространенной патологией периферических сосудов (Золотухин И.А. и др., 2008; Аскерханов Р.П., 2010; Вахитов М.Ш. и др., 2011).

По данным разных авторов, в общей структуре заболеваемости варикозное расширение вен нижних конечностей составляет 5%, а среди поражений периферического сосудистого русла достигает 30-40%.

Варикозное расширение вен больше распространено в индустриально развитых странах: во Франции – 24%, в Великобритании – 17%, в США – 20%, в Японии – 8,6%, в Танзании – 8%, в Индии – 1,7%.

Эти неутешительные данные остаются стабильными, несмотря на некоторый прогресс в лечении варикозной болезни. В нашей стране различными формами варикозной болезни страдает 25% населения. Различные формы и стадии этого заболевания встречаются у 26-38% женщин и у 10-20% мужчин. Кроме того, ежегодный прирост этого заболевания для обоих полов достигает 4%, отмечена тенденция к омоложению болезни. У 10-15% школьников в возрасте 12-13 лет выявляется поверхностный венозный рефлюкс (Кириенко А.И. и др., 2012; Glovezki P. et al., 2009).

Острый варикотромбофлебит является самым распространенным острым сосудистым заболеванием, одним из главных, наиболее частых и опасных осложнений варикозной болезни вен нижних конечностей. Встречаясь у 30-60% больных с варикозной болезнью, он распространяется на глубокие вены в 9-12%, представляя реальную эмбологенную опасность в 31,55% наблюдений. Возрастающая частота тромботического поражения вен обусловлена увеличением среднего возраста населения; распространенностью онкологических заболеваний, наследственных и приобретенных нарушений системы гемостаза; ростом травматизма, неконтролируемым приемом гормональных средств. Между тем многие

вопросы стратегии и тактики лечения острого варикотромбофлебита не определены. До настоящего времени ведется дискуссия, где и как лечить таких больных: амбулаторно или стационарно, консервативно или оперативно, срочно или в плановом порядке, одномоментно или в несколько этапов (Асамов Р.Э. и др., 2008; Алуханян О.А. и др., 2011; Андрияшкин В.В. и др., 2011).

Распространенность тромботических осложнений, бессимптомное течение более чем у половины пациентов, а также неудовлетворительные результаты профилактики и лечения придают данной, представляющей опасность для жизни пациентов проблеме, большую социальную значимость.

Растущие претензии людей к качеству жизни и динамика современной моды являются стимулом для поиска более эстетичных доступов при варикозной болезни. Довольно высокая травматичность традиционных операций при варикозной болезни вен нижних конечностей, длительный период послеоперационной нетрудоспособности, помноженные на количество ежегодно оперируемых, определяют медицинскую и социальную значимость этой проблемы (Беленцов С.М., 2009; Веселов Б.А. и др., 2011; Богачев В.Ю. и др., 2013).

Широкое распространение варикозной болезни среди населения, значительное количество форм заболевания, ее омоложение, профилактическая направленность современной медицины требуют совершенства методов ее лечения, включающих в себя малотравматичность, достаточную радикальность, позволяющих выполнить вмешательство в наиболее короткие сроки, сократить сроки временной нетрудоспособности больного и, тем самым повысить качество жизни пациента (Крылов А.Ю. и др., 2009; Сапелкин С.В. 2010; Ждановский В.В. и др., 2013).

Остается дискуссионным вопрос о тактике лечения различных вариантов варикотромбофлебита нижних конечностей, что зависит от уровня распространенности тромба и его характера, давности заболевания, распространения тромботических масс на глубокую венозную систему.

Известно, что хирургический метод лечения является наиболее оптимальным и позволяет излечиться от варикозной болезни на любой стадии. Однако пациентов все чаще беспокоят эстетический и экономический аспекты лечения. Эстетический аспект вынуждает, учитывая стадию заболевания, минимизировать травматичность вмешательства, не снижая его радикальности. В связи с этим разработано огромное количество способов хирургического лечения варикозной болезни и ее осложнений (Сергеев А.В., 2009; Чернооков А.И. и др., 2013; Шабунин А.В. и др., 2013).

Указанные обстоятельства, на наш взгляд, диктуют необходимость дальнейшего поиска новых методик хирургического лечения варикозной болезни, обеспечивающих снижение риска послеоперационных осложнений за счет малотравматичности и малоинвазивности метода.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с острым восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей, путем разработки новых тактических подходов.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту острого восходящего варикотромбофлебита у больных варикозной болезнью.
2. Разработать и внедрить в практику инновационный способ лечения больных с острым восходящим варикотромбофлебитом.
3. Разработать показания и определить объем оперативного вмешательства у больных с острым восходящим варикотромбофлебитом.
4. Определить частоту тромбоэмболических осложнений у больных с острым варикотромбофлебитом.
5. Дать сравнительную характеристику в отдаленном периоде больных, перенесших острый варикотромбофлебит при различных тактических подходах.

Научная новизна исследования

Впервые в оперативном лечении больных с восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей использовалась методика малоинвазивной хирургии, позволяющая получить хорошие клинические и эстетические результаты.

Впервые проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения при использовании традиционных методов флебэктомий и разработанных малоинвазивных методик на основе принципов миниинвазивной флебохирургии - тромбэктомии из мини-разрезов на бедре и голени.

Разработан дифференцированный подход к выбору объема оперативного вмешательства в зависимости от локализации воспалительного процесса и наличия сопутствующих заболеваний с учетом предложенной тактики хирургического лечения больных с острым восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей.

Практическая значимость работы

Внедрение в клиническую практику результатов настоящего исследования позволит существенно улучшить результаты хирургического лечения варикотромбофлебита, уменьшить число послеоперационных осложнений вследствие малой травматичности предложенного метода – длина кожных разрезов по ходу тромбированной вены составляет 3-5 мм;

улучшить косметический эффект операции при сохранении ее радикальности, значительно снизить выраженность болевого синдрома и обходиться без назначения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде;

сократить длительность пребывания в стационаре и сроки социальной реабилитации пациентов за счет снижения агрессивности самого оперативного вмешательства и тяжести послеоперационного периода, продолжительность стационарного лечения больных составляет 4,5-5 койко-дней.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Частота развития варикотромбофлебита у больных варикозной болезнью составляет 60%.
2. Кроссэктомия в сочетании с удалением тромботических масс из мини-разрезов на бедре и голени может широко использоваться для хирургического лечения острого восходящего варикотромбофлебита и приводит к регрессу ХВН нижних конечностей.
3. При локализации тромботического процесса дистальнее коленного сустава больным показана консервативная терапия, в случаях проксимальной локализации воспалительного процесса показано оперативное лечение - кроссэктомия с тромбэктомией из мини-разрезов на бедре и голени при длительности заболевания менее 14 суток; кроссэктомия с последующей флебэктомией в плановом порядке при длительности заболевания свыше 14 суток.
4. Частота тромбоэмболических осложнений у больных с варикотромбофлебитом, подвергшихся оперативному лечению, составляет 1,5%.
5. Использование миниинвазивных методик ведет к сокращению сроков лечения и нетрудоспособности пациентов, что связано с отсутствием необходимости повторной госпитализации и является экономически оправданным.

Внедрение результатов работы в практику. Основные положения диссертации внедрены в работу клиник госпитальной, факультетской и эндоскопической хирургии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им Х.М. Бербекова» на базе отделения хирургии сосудов и хирургического отделения № 1 ГБУЗ Республиканской клинической больницы г. Нальчика.

Результаты исследований используются на лекциях и практических занятиях со студентами, врачами-интернами, клиническими ординаторами кафедр факультетской и эндоскопической хирургии, общей хирургии,

госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им Х.М. Бербекова».

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на межрегиональной научно-практической конференции "Актуальные проблемы неотложной хирургии" – г. Кавминводы, 2006 г; втором съезде хирургов Южного федерального округа с международным участием – г. Пятигорск, 2009 г; межрегиональной научной конференции "Фундаментальные проблемы морфологии и клинической медицины" – г. Нальчик, 2009г; межрегиональной научно-практической конференции "Малоинвазивная и бескровная хирургия – реальность XXI века" – г. Владикавказ, 2014 г; межрегиональной научно-практической конференции "Актуальные вопросы современной медицины" – г. Нальчик, 2016 г; межрегиональной научно-практической конференции "Анестезиологическое и реанимационное обеспечение концепции быстрого выздоровления в хирургии" – г. Владикавказ, 2017 г.

Диссертационная работа апробирована на объединенной научно-практической конференции кафедр госпитальной хирургии, общей хирургии, факультетской и эндоскопической хирургии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова».

Публикации результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 4 – в журналах, рекомендуемых ВАК РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 133 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Диссертация иллюстрирована 5 фотографиями, 8 рисунками, 10 таблицами, 6 клиническими примерами. Библиографический указатель содержит 145 отечественных и 100 иностранных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В основу данной работы положены результаты хирургического лечения 406 больных с острым восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей, оперированных в клинике кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» на базе ГБУЗ РКБ КБР за период с 2012 по 2016 гг. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 - распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы					Всего	%
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70		
Мужчины	10	25	40	56	31	162	39,9%
Женщины	26	54	102	27	35	244	60,1%
Всего	36	79	142	83	66	406	100%

Распределение больных по клиническим стадиям хронической венозной недостаточности представлено в таблице 2.

Таблица 2 - распределение больных по стадиям хронической венозной недостаточности (ХВН) по системе CEAP

Стадия ХВН	Количество больных	%
C ₂	115	28
C ₃	232	56
C ₄	17	4
C ₅	13	5
C ₆	29	7
Всего	406	100

Таким образом, на долю больных с 4-6 стадией ХВН пришлось 16% из числа всех обратившихся по поводу хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Распределение больных по стадиям хронической венозной недостаточности представлено на рисунке 1.

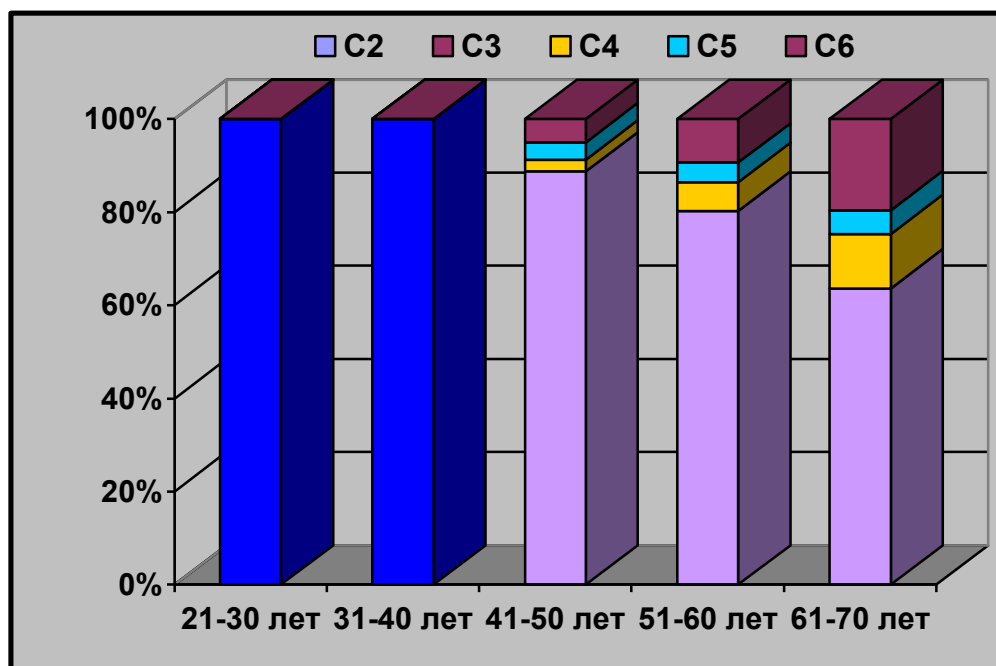


Рис.1. Распределение больных по стадиям хронической венозной недостаточности в возрастных группах

Как видно из указанного рисунка, распределение больных по стадиям хронической венозной недостаточности в возрастных группах было следующим: в группе больных от 21 до 40 лет имела место C₂ стадия ХВН - 28,4%. В возрастных группах от 41 до 60 лет C₃ стадия хронической венозной недостаточности составляла 54%, C₄ –C₆ стадии ХВН составляли 9,12%. В возрастной группе от 60 до 70 лет C₄ –C₆ стадии ХВН составляли 5,43%.

В течение нескольких лет наша клиника придерживается тактики: оперативному лечению подвергаются больные с высокой проксимальной границей тромбоза – локализация тромботического процесса проксимальнее коленного сустава. Больным с низкой проксимальной границей – локализация тромботического процесса дистальнее коленного сустава, проводим только консервативную терапию. Учитывая этот фактор, в наше

исследование включены больные только с высокой проксимальной границей тромбоза.

Распределение больных по уровню локализации варикотромбофлебита представлено на рисунке 2.

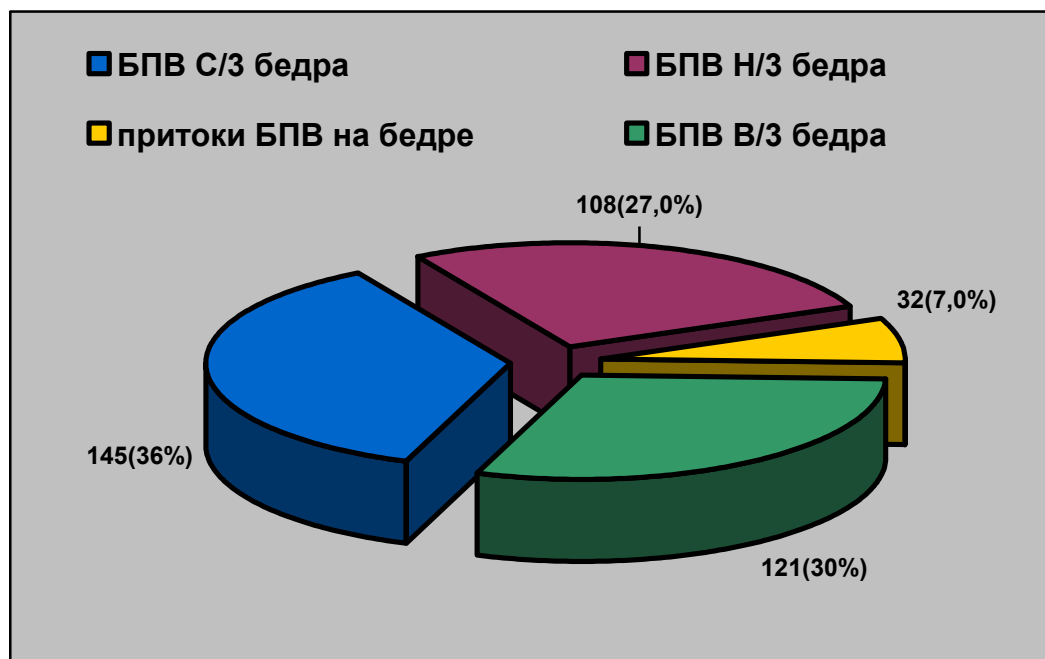


Рис.2. Распределение больных по уровню локализации тромбофлебита

Как видно из представленной диаграммы, чаще всего уровень локализации тромбофлебита приходился на БПВ средней трети бедра – у 145 (36%) больных. Верхняя треть бедра поражалась в 121 (30%) случаях, нижняя треть бедра была поражена у 108 (27%) больных. Имело место также поражение притоков большой подкожной вены на бедре – у 32 (7%) больных.

Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, включавшее доплерографию и дуплексное сканирование. УЗИ венозной системы проводили на сканерах "Acuson CV 70" и "Antares" (Siemens AG, Германия) по общепринятой методике в положении лежа и стоя при использовании линейного датчика с частотами 5-10 МГц. Применялись режимы серошкального сканирования, цветового и энергетического доплеровского картирования, импульсно-волновой доплерографии и их различные

комбинации. Визуализировали гемодинамически значимые глубокие вены – от наружной подвздошной до стопных, подкожные магистрали и коммуникантные вены с определением не только их локализации, но и компетентности.

Учитывая необходимость использования элементов эстетической флебологии, мы решили использовать принципы миниинвазивной флебохирургии и сравнить результаты традиционных методов флебэктомий и миниинвазивных методик.

Характеристика выполненных оперативных вмешательств представлена в таблице 3.

Таблица 3 - виды проведенных оперативных вмешательств

Кроссэктомия, тромбэктомия, радикальная флебэктомия	Кроссэктомия, тромбэктомия, удаление тромботических масс из мини-разрезов на бедре и голени	Всего оперировано больных
196 (48,3%)	210 (51,7%)	406 (100%)

В 1 группу (контрольную) вошли 196 больных – оперативное пособие у них ограничивалось кроссэктомией, которая при необходимости сочеталась с тромбэктомией из сафенофemorального соустья. В последующем рекомендовалось плановое оперативное лечение через 3-4 месяца.

Радикальная флебэктомия в срочном порядке произведена 86 больным из этой группы, при этом учитывался срок от начала заболевания, который не должен был превышать 14 суток. В более поздние сроки, при наличии плотного воспалительного инфильтрата в зоне варикотромбофлебита удаление подкожных вен было травматичным. В подобных случаях проведение радикального вмешательства откладывали до полного купирования воспалительных явлений (4-6 месяцев).

Во 2 (основную) группу были включены 210 больных. В обязательном порядке данной группе больных выполнялась кроссэктомия

сафеномерального соустья, для которой был выбран наиболее косметичный надпаховый доступ, представленный на фото 1.



Фото 1. Надпаховый доступ при кроссэктомии

При наличии тромба в устье большой подкожной вены выполнялась тромбэктомия с использованием катетера Фогарти на фоне пробы Вальсальвы до появления адекватного ретроградного кровотока из центрального отрезка вены (фото 2,3). Тромбэктомия из ствола большой подкожной вены была выполнена 41 больному.



Фото 2. Тромботические массы в области сафенофemorального соустья



Фото 3. Извлеченные тромботические массы

Первый этап лечения (прерывание распространения тромботического процесса) на этом заканчивался, и мы приступали к выполнению второго

этапа – удаления тромботических масс. Для этого под местной анестезией 0,25% раствором новокаина производили тромбэктомию из воспаленных вен. После установления границ и протяженности тромбофлебита по ходу тромбированной вены кончиком скальпеля производили разрезы длиной 3-5 мм вдоль кожных линий. Без излишнего давления щадящими движениями по ходу вен освобождали ее от тромботических масс через мини-разрезы. Тромбы поступали достаточно свободно, если находились в состоянии геля. При необходимости их удаляли анатомическим пинцетом (фото 4).

Об эффективности выполненной тромбэктомии судили по появлению гемолизированной крови из флеботомического отверстия. Швы на раны не накладывали.

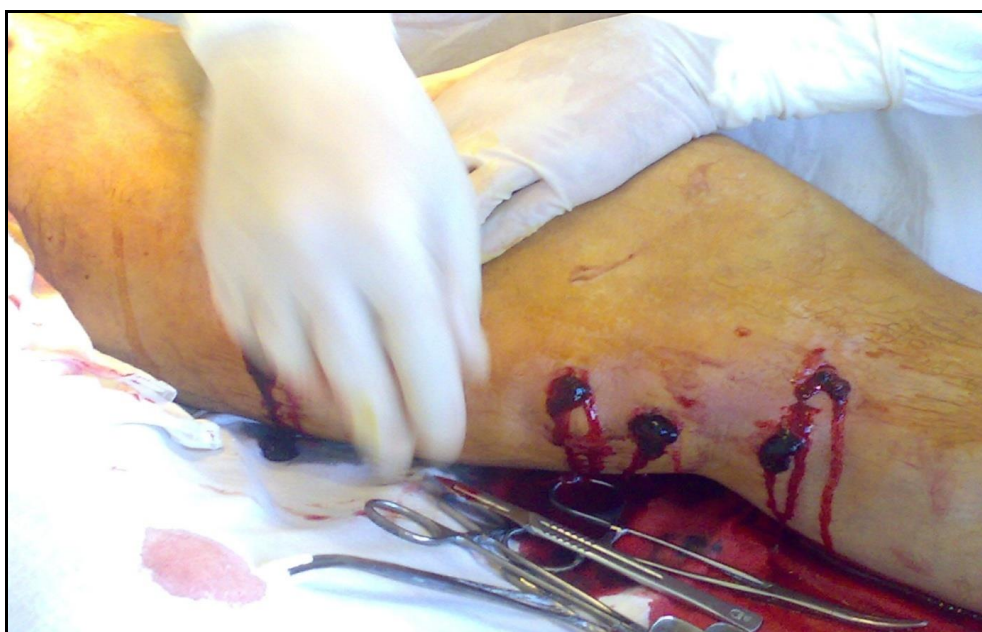


Фото 4. Удаление тромботических масс из мини разрезов на бедре и голени

В послеоперационном периоде больные получали флеботонические препараты, антикоагулянтную и антиагрегантную, антибактериальную терапию, эластичное бинтование нижних конечностей.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценивая результаты оперативного лечения больных 1-й группы, мы получили данные, представленные в таблице 4.

**Таблица 4 - непосредственные результаты оперативного лечения
больных 1 группы**

Результат	Виды проведенных операций		Общее количество
	Кроссэктомия, тромбэктомия, плановая флебэктомия	Радикальная флебэктомия в срочном порядке	
+ 3 (отл)	15 (13,64%)	6 (6,98%)	21 (10,71)
+ 2 (хор)	65 (59,09%)	50 (58,14%)	115(58,67%)
+ 1 (удов)	15 (13,64%)	21 (24,43%)	36 (18,37%)
0	10 (9,09%)	0	10 (5,10%)
- 1 (неудов)	5 (4,55%)	9 (10,47%)	14 (7,14%)
Всего	110 (100%)	86 (100%)	196 (100%)

Как видно из представленной таблицы, в первой группе больных полное отсутствие жалоб после операции, т.е. полное выздоровление наступило у 21 больного, что составило 10,71%. У 115 (58,67%) пациентов результат лечения оценили как "хороший". Лучшие результаты 59,09% наблюдались у больных после кроссэктомии с последующей радикальной флебэктомией в плановом порядке. У 4 больных после комбинированной флебэктомии в срочном порядке наблюдались ненапряженные подкожные гематомы после флебэкстракции с участками кожной гипо- и парестезии.

У 10 (9,09%) больных после кроссэктомии клинических изменений в послеоперационном периоде не наблюдалось, поскольку данным этапом хирургического лечения лишь предотвращали развитие ТЭЛА, воспаленные тромбированные вены и варикозная болезнь сохранялись после выписки из стационара. В 14 случаях (15,02%) проведенные операции оказались неэффективными. При этом 9 больным была произведена радикальная флебэктомия в срочном порядке, 5 больным - кроссэктомия с плановой флебэктомией. У 3 больных, подвергшихся радикальной флебэктомии в

отсроченном порядке наблюдалась сегментарная ТЭЛА с развитием постинфарктной пневмонии. После проведенной антикоагулянтной, антибактериальной, симптоматической терапии их состояние стабилизировалось. У 7 больных были выявлены болезненные уплотнения, гиперпигментация кожных покровов по ходу тромбированных вен. У 9 больных сохранялись симптомы хронической венозной недостаточности, трофические расстройства кожи, пациенты отмечали неудовлетворение косметическим видом оперированной нижней конечности.

Непосредственные результаты выполненных - кроссэктомий в сочетании с мини-флебэктомией у больных с варикотромбофлебитом нижних конечностей представлены в таблице 5.

Таблица 5 - непосредственные результаты оперативного лечения больных 2 группы

Результат	Кроссэктомия, тромбэктомия, удаление тромботических масс из мини-разрезов на бедре и голени.
+ 3 (отл)	115 (54,76%)
+ 2 (хор)	71 (33,81%)
+ 1 (удов)	13 (6,19%)
0	0
- 1 (неуд)	11 (5,24%)
Всего	210 (100%)

Как видно из представленной таблицы, общее количество положительных результатов кроссэктомий в сочетании с удалением тромботических масс из мини-разрезов на бедре и голени составило 94,7%. При объективном исследовании у 13 (6,19%) больных отмечено уменьшение отека конечности, частичное заживление трофических расстройств. Операции были неэффективными в 5,24% случаях. Больные отмечали сохранение болевого и отека синдромов, отсутствие тенденции к

заживлению язв. На рисунке 3 продемонстрированы непосредственные результаты проведенных оперативных вмешательств в обеих группах.

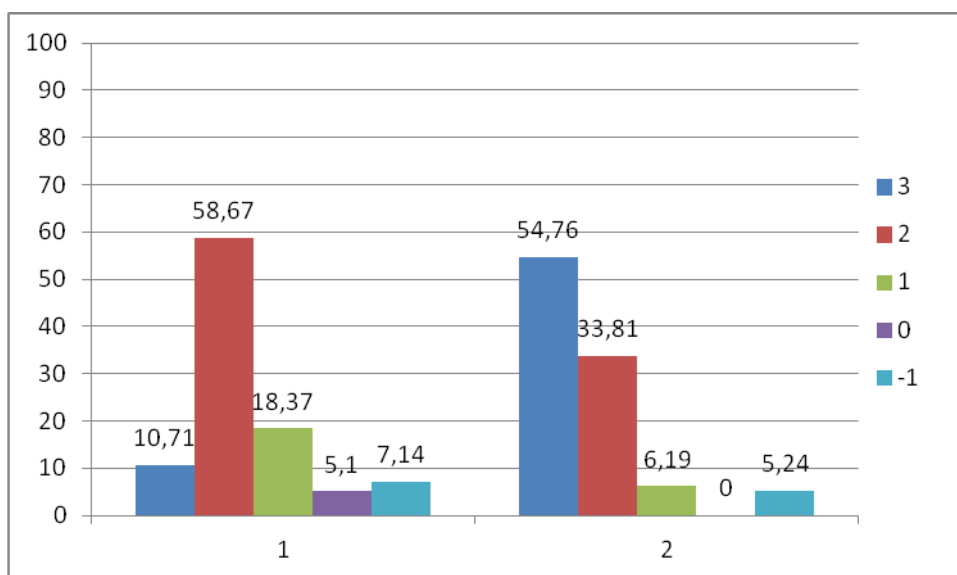


Рис. 3. Непосредственные результаты проведенных оперативных вмешательств в первой и второй клинических группах

На рисунке 4 представлены соотношения полученных положительных результатов при исходно тяжелых формах венозной недостаточности - С₄-С₆ стадиях.

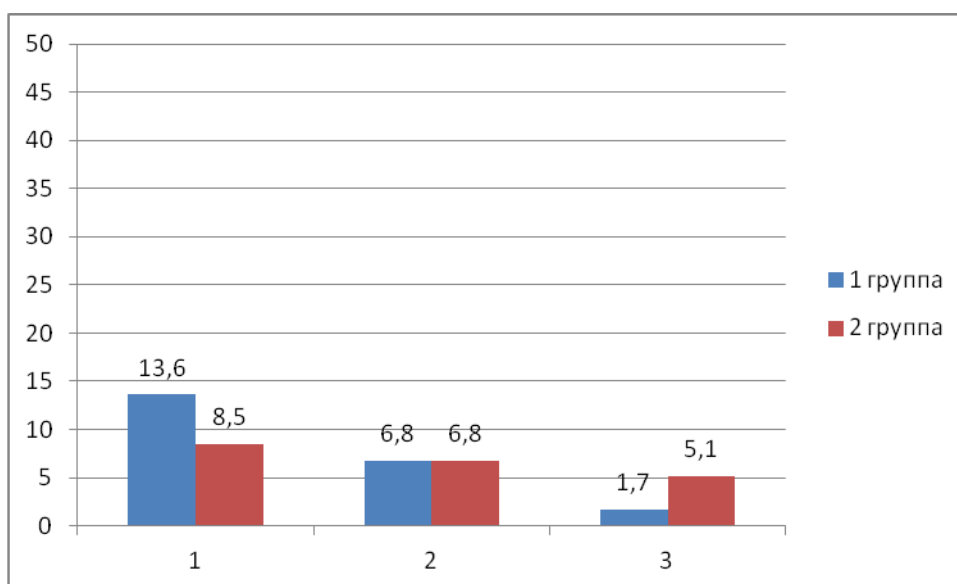


Рис. 4. Положительные результаты операций в первой и второй клинических группах при тяжелых формах венозной недостаточности

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей нами изучены у 230 больных в сроки от 1 года до 5 лет. На основании проведенных осмотров и обследования 230 больных отдаленные результаты лечения у 78 больных (34%) признаны отличными, у 106 больных (46%) - хорошими, у 33 (24,3%) больных - удовлетворительными. У 13 (5,7%) больных сохранялись симптомы хронической венозной недостаточности, трофические расстройства кожи, отмечали неудовлетворение косметическим видом оперированной нижней конечности.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей представлены в таблице № 6.

Из осложнений, которые мы наблюдали в отдаленном периоде у первой группы больных следует отметить болезненные уплотнения в области прежней локализации вен, болевой синдром в области голени, усиливающиеся при ходьбе, чувство онемения в стопе. Наиболее частой причиной этих осложнений явилось повреждение п. saphenus во время тракции вены на зонде. У 7 (10%) выявлена гиперпигментация кожных покровов медиальной поверхности голени.

В отдаленном периоде во второй группе – у 2,18% больных выявлялась гиперпигментация кожных покровов по ходу варикозно расширенных вен и сохранение трофических изменений кожи с явлениями индуративного целлюлита в области голени.

Таблица 6 - отдаленные результаты оперативного лечения больных с восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей

Результат	Виды проведенных оперативных вмешательств			Общее количество
	Кроссэктомия, тромбэктомия, плановая флебэктомия	Радикальная флебэктомия в срочном порядке	Кроссэктомия, тромбэктомия, удаление тромботических масс из мини-разрезов	
+3 (отл)	21 (28%)	18 (25,71%)	39 (45,88%)	78 (34%)
+2 (хор)	30 (40%)	40 (57,14%)	36 (42,35%)	106 (46%)
+1 (удов)	13 (17,3%)	11 (5,71%)	9 (10,59%)	33 (14,3%)
0	8 (10,7%)	0	0	8 (3,5%)
-1 (неуд)	3 (4%)	1 (1,43%)	1 (2,18%)	5 (2,2%)
Всего	75 (100%)	70 (100%)	85 (100%)	230(100%)

Разработанная нами методика лечения больных с восходящим варикотромбофлебитом позволяет с высокими косметическими результатами и с минимальной травматизацией паравазальных тканей купировать очаг воспаления и приводит к регрессу клинических проявлений хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Выводы

1. Выявлена частота развития острого восходящего варикотромбофлебита у больных варикозной болезнью, по нашим данным она равна 60%.

2. Разработанный инновационный способ лечения острого восходящего варикотромбофлебита может широко использоваться для хирургического лечения данной патологии и приводит к регрессу ХВН нижних конечностей,

обеспечивает косметическую приемлемость последствий хирургического вмешательства в условиях растущих требований к качеству жизни.

3. При локализации тромботического процесса дистальнее коленного сустава больным показана консервативная терапия, в случаях проксимальной локализации воспалительного процесса показано оперативное лечение - кроссэктомия с тромбэктомией из мини-разрезов на бедре и голени при длительности заболевания менее 14 суток; кроссэктомия с последующей флебэктомией в плановом порядке при длительности заболевания свыше 14 суток.

4. При выполнении кроссэктомии и удалении тромботических масс из мини-разрезов тромбоэмболических осложнений не встречалось. Среди больных, подвергшихся комбинированной флебэктомии, у 3 (1,5%) в послеоперационном периоде развилась сегментарная ТЭЛА с развитием постинфарктной пневмонии.

5. При применении кроссэктомии с удалением тромботических масс из мини-разрезов на бедре и голени продолжительность лечения больных составляет 4,5-5 койко-дней. При проведении комбинированной флебэктомии продолжительность госпитализации составляет 7,5-8,2 койко-дней. Разница между койко-днями у пациентов оперированных одномоментно и в два этапа составляет 33,7 с учетом повторных госпитализаций и общих сроков выздоровления.

Практические рекомендации

1. Все больные с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей должны быть госпитализированы в стационар независимо от уровня локализации воспалительного процесса.
2. Всем больным с подозрением или диагностированным острым варикотромбофлебитом нижних конечностей абсолютно показано проведение доплерографии и цветного ангиосканирования.

3. При развитии острого варикотромбофлебита больным показано общеклиническое и специальное обследование для исключения онкологического процесса как причины тромбофлебита.
4. При локализации воспалительного процесса на бедре рекомендуем применять разработанную нами тактику лечения, включающую кроссэктомии и тромбэктомии из мини-доступов.
5. Оперативное лечение следует дополнять системной фармакотерапией с назначением флеботоников.
6. Всем больным с восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей рекомендуем эластическую компрессию II класса, обеспечивающую давление на уровне лодыжек 23-32 мм рт. ст.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Асланов А.Д., Тхакахова Ф.А., Баева Ф.Х., Нагоева А.К., Шогенова С.Р. Лечение больных с острым варикотромбофлебитом // Материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Владикавказ. - 2008. – С.11-12.
2. Асланов А.Д., Логвина О.Е., Исхак Л.Н., Тхакахова Ф.А., Баева Ф.Х., Нагоева А.К. Тактика хирургического лечения больных с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. - № 2. - С. 31-34.
3. Асланов А.Д., Логвина О.Е., Баева Ф.Х., Билимихов А.И., Казиев Р.М. Частота венозной патологии нижних конечностей у беременных // Материалы II съезда хирургов Южного федерального округа с международным участием. - Пятигорск. - 2009. - С.226-227.
4. Асланов А.Д., Логвина О.Е., Баева Ф.Х. Хирургическое лечение острого варикотромбофлебита // Материалы 21-й международной конференции российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Роль сосудистой хирургии в снижении смертности в России». – Самара. - 2009. - С.27.

5. Асланов А.Д., Логвина О.Е., Исхак Л.Н., Баева Ф.Х., Билимихов А.И. Восходящий варикотромбофлебит нижних конечностей, новые подходы в лечении // Материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Владикавказ, 2014. – С.9-10.
6. Асланов А.Д., Жириков А.В., Логвина О.Е., Баева Ф.Х., Ойтов Т.Х., Атмурзаев М.Х. Хирургическое лечение больных с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей // Материалы международной научно-практической конференции. – Нальчик, 2016. – С.3.
7. Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Тлупова Л.М., Карачаева И.А., Баева Ф.Х., Мамаева Л.А. Симультантные операции в хирургии аневризм аорты // Материалы международной научно-практической конференции. – Нальчик, 2016. – С.6-7.
8. Асланов А.Д., Жириков А.В., Сахтуева Л.М., Логвина О.Е., Баева Ф.Х., Ойтов Т.Х., Атмурзаев М.Х., Хапцев А.Х. Тактика хирургического лечения острого варикотромбофлебита нижних конечностей // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Владикавказ, 2017. – С. 17-18.
9. Асланов А.Д., Куготов А.Г., Баева Ф.Х., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Маремов А.С., Билимихов А.И., Тлупова Л.М. Синдром диабетической стопы, современные способы лечения // Современные проблемы науки и образования. – 2018.- Т.1.-№1.- С.74-79.
10. Асланов А.Д., Сахтуева Л.М., Логвина О.Е., Баева Ф.Х., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Билимихов А.И. Применение миостимуляции венозного оттока у больных с трофическими венозными язвами после хирургической коррекции патологических

рефлюксов // Современные проблемы науки и образования. – 2018.- Т.Ш.- №11.- С.32-38.

11. Мизаушев Б.А., Асланов А.Д., Тхакахова Ф.А., Баева Ф.Х. Хирургическое лечение варикозной болезни вен на фоне синдрома венозного полнокровия малого таза // Вестник РУДН «Медицина». – 2008. - №2. - С. 85-89.
12. Мизаушев Б.А., Асланов А.Д., Логвина О.Е., Тхакахова Ф.А., Баева Ф.Х. Комплексное лечение синдрома венозного полнокровия малого таза // Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Владикавказ. - 2008. – С.63-65.
13. Мизаушев Б.А., Асланов А.Д., Тхакахова Ф.А., Баева Ф.Х. Тактика хирургического лечения больных с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей // Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием. – Нальчик. - 2009. - С.149-152.
14. Мизаушев Б.А., Асланов А.Д., Логвина О.Е., Баева Ф.Х. Острый варикотромбофлебит // Методические рекомендации по изучению темы для специальности 060101 – лечебное дело. – Нальчик. - 2010.- 28 с.