

## Клинический случай / Clinical case

# Клинический случай лечения поверхностного тромбофлебита (уникальный по своей неповторимости)

А.Б. Санников, <https://orcid.org/0000-0003-1792-2434>, [aliplast@mail.ru](mailto:aliplast@mail.ru)

Клиника инновационной диагностики «Медика»; 600031, Россия, Владимир, ул. Вокзальная, д. 24

**Резюме**

Среди пациентов с варикозным расширением вен тромбофлебит поверхностных вен встречается у 4–59%. К сожалению, несмотря на большое количество опубликованных официальных источников с рекомендациями по лечению тромбофлебита поверхностных вен, в своей повседневной клинической практике мы продолжаем встречаться не просто с казуистическими случаями, но и по своей абсурдности находящимися за гранью разумного понимания (назначение пиявок, прижигание вен чистотелом, спиртовые компрессы и примочки с димексидом). Данный клинический разбор описывает случай пациента 65 лет, который обратился за медицинской помощью к участковому терапевту в связи с появлением единичного уплотнения и гиперемии в верхней трети голени. На протяжении двух недель пациент пытался самостоятельно купировать воспаление спиртовыми компрессами. Ввиду отсутствия положительного эффекта, участковый терапевт назначил антибиотики и согревающие компрессы с комбинированной мазью нонивамид/никобоксил. Еще через две недели с прогрессированием воспаления и множественными гнойными ранами на фоне очагов некроза на протяжении внутренней поверхности всей нижней конечности пациент обратился в наш медицинский центр. В итоге понадобилось более двух месяцев для купирования воспаления и заживления обширных гнойных ран вторичным натяжением. Лечение тромбофлебита поверхностных вен при варикозной болезни достаточно давно и подробно разработано в деталях. Тактика использования консервативных средств и оперативного пособия зависит от локализации, распространенности, острого или хронического течения заболевания. Целью данной публикации является акцентирование внимания специалистов широкого профиля на конкретном примере из практики по выбору способов лечения тромбофлебита поверхностных вен.

**Ключевые слова:** тромбофлебит поверхностных вен, лечение тромбофлебита, осложнения, флегмона голени, цефтриаксон**Для цитирования:** Санников А.Б. Клинический случай лечения поверхностного тромбофлебита (уникальный по своей неповторимости). *Амбулаторная хирургия*. 2022;19(1):29–33. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-29-33>.**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

## Clinical case of treatment of superficial thrombophlebitis (unique in its originality)

Alexander B. Sannikov, <https://orcid.org/0000-0003-1792-2434>, [aliplast@mail.ru](mailto:aliplast@mail.ru)

Innovation Diagnostic Clinic “MEDICA”; 24, Vokzalnaya St., Vladimir, 1600031, Russia

**Abstract**

Among patients with varicose veins, superficial vein thrombophlebitis occurs in 4–59% of patients. Unfortunately, despite the large number of published official sources with recommendations for the treatment of vein thrombophlebitis in our daily clinical practice, we continue to meet not just with casuistic cases, but because of their absurdity, which are beyond reasonable understanding (the appointment of leeches, c auterization of veins withcelandine, alcohol compresses and lotions with dimexide). This clinical case report describes the case of a 65-year-old patient who initially sought medical help from a local therapist due to the appearance of a single seal and hyperemia in the upper third of the lower leg. For two weeks, the patient tried to independently stop the inflammation with alcohol compresses. Due to the lack of a positive effect, the district therapist prescribed antibiotics and warming compresses with combined nonivamide/nicoboxil ointment. Two weeks later, with the progression of inflammation and multiple purulent wounds on the background of necrosis foci throughout the inner surface of the entire lower limb, the patient turned to our medical center. As a result, it took us more than two months to stop the inflammation and heal extensive purulent wounds with secondary tension. Treatment of vein thrombophlebitis in varicose veins has been developed in detail for a long time and in detail. The tactics of using conservative means and operational benefits depend on the localization, prevalence, acute or chronic course of the disease. The purpose of this publication is to focus the attention of specialists of a wide profile on a specific example from practice on the choice of methods of treatment of vein thrombophlebitis.

**Keywords:** superficial vein thrombophlebitis, treatment of thrombophlebitis, complications, leg phlegmon, ceftriaxone**For citation:** Sannikov A.B. Clinical case of treatment of superficial thrombophlebitis (unique in its originality). *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2022;19(1):29–33. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-29-33>.**Conflict of interest:** the author declare no conflict of interest

## ВВЕДЕНИЕ

Тромбофлебит поверхностных вен (ТФПВ) в общей популяции регистрируется с частотой 0,3–0,6 случая на 1000 человек, достигая уровня 0,7–1,5 случая на 1000 человек у лиц старшего возраста [1, 2]. В США ежегодно регистрируется 125 случаев ТФПВ [3]. Средний возраст больных с ТФПВ колеблется от 54 до 65 лет, при этом заболевание чаще поражает женщин [4]. Самым частым фактором риска ТФПВ служит наличие варикозно расширенных вен нижних конечностей. Трансформацию поверхностных вен у пациентов с ТФПВ выявляют с частотой от 4 до 59 [5, 6]. В России, по данным проспективного обсервационного исследования «СПЕКТР», частота развития ТФПВ у пациентов с хроническими заболеваниями вен составляет 7% [7].

В случаях острого развития ТФПВ консервативное лечение направлено на купирование острой воспалительной реакции вены и паравазальных тканей, профилактику распространения ТФПВ в глубокие вены и развития ТЭЛА. С этой целью в острой стадии заболевания назначаются: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), антитромботические средства, преимущество среди которых отдается низкомолекулярным гепаринам (Фраксипарин) или прямым оральным антикоагулянтам (Ксарелто, Эликвис). Среди топических средств в виде гелей и мазей используются средства на основе гепарина (Гепариновая мазь), НПВС (Диклофенак) или комбинированные препараты (Долобене гель) [8, 9]. Воспалительная реакция при ТФПВ носит асептический характер и не требует целенаправленного назначения антибактериальных препаратов [10]. Непременным условием лечения ТФПВ является использование эластического компрессионного трикотажа [11].

В данном клиническом наблюдении мы представляем случай пациента с ТФПВ, в лечении которого ни один из вышепредставленных базовых моментов не был использован. Сложно сказать, по какой причине это произошло: может, участковый терапевт просто забыл о существовании такого заболевания. Но то, с чем пришлось столкнуться, остается фактом из нашей сегодняшней жизни.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка 65 лет, обратилась в медицинский центр «Медика» с жалобами на сильную боль в левой нижней конечности, связанную с выраженными воспалительными изменениями и наличием множественных гнойных ран, чувством озноба и повышением температуры до 39 °С.

Ниже для полноты картины мне бы хотелось отойти от установленного формата опубликования подобного материала и описать данный клинический случай,

используя литературный слог, который, с моей точки зрения, во всех красках позволит понять не только абсурдность предпринятого лечения, но и весь трагизм конкретной клинической ситуации.

Был обычный трудовой день, мало чем отличающийся от остальных. Шел консультативный прием. Обычные больные с варикозным расширением вен нижних конечностей, различной степенью выраженности хронической венозной недостаточности или лимфостазом. Проведение ультразвукового сканирования, отбор пациентов для оперативного лечения или прописывание назначений рекомендательного и профилактического характера в случаях нежелания пациентов радикально избавиться от варикоза. В кабинет вошла аккуратно одетая женщина, возраст около 60 лет, немного прихрамывая при опоре на левую ногу. Ну вот, очередной артроз, подумал я. Всем хорошо известный запах мази Вишневского наполнил весь кабинет. Значит, нечто иное. Женщина оказалась жителем сельской местности. Но не из глубокой деревни, а достаточно крупного населенного пункта всего в 20 км от г. Владимира, имеющего, как ни странно, даже свою районную больницу, такие еще остались.

Жалобы на воспаление ноги. Все началось около трех недель назад с небольшого покраснения на внутренней поверхности голени и болевых ощущений. Пациентка сообщила, что такое бывало и раньше. При появлении боли применяла водочный компресс, так поступила и на этот раз. Компрессы делала неделю. Покраснение не только не прошло, но и заполнило всю голень. Хотела обратиться к хирургу районной больницы, но за отсутствием такового пошла на прием к участковому терапевту. По его рекомендации начала использовать мазь, но от нее становилось еще хуже. А пять дней назад еще и температура повысилась до 39 °С. Однако пациентка не могла вспомнить названия мази.

При осмотре: вся нога была замотана марлевым бинтом, через который выступали гнойно-кровянистые пятна, чередующиеся с мазью Вишневского. После того как срезали марлевый бинт и сняли еще одну повязку в паху, увидели, что вся нога с разлитой гиперемией и выраженной инфильтрацией мягких тканей. На медиальной поверхности в верхней трети бедра и на голени открытые глубокие раны с гнойным отделяемым. Сомнения не было — это некротические изменения кожи и подкожной клетчатки с локальными абсцессами и явной тенденцией уже формирования флегмоны на голени (рис.). Из рассказа больной изначально было не понятно, что могло стать инициирующим фактором такого воспаления, но сразу обратил внимания факт, что все эти гнойно-некротические очаги на бедре и голени

располагались строго в проекции большой подкожной вены. При проведении ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) установили, что в промежутках между гнойными ранами на фоне инфильтрации мягких тканей визуализировался тромбированный ствол большой подкожной вены (БПВ) с притоками. Аналогичная картина присутствовала и на бедре на протяжении 15–20 см от сафено-фemorального соустья. Глубокие вены были проходими на всех уровнях.

Сомнения не оставалось – тромбофлебит, но откуда такие очаги некроза мягких тканей? Все специалисты, как и я, в своей повседневной практике имеют дело с тромбофлебитом поверхностных вен, но картина течения заболевания, увиденная мною в данном случае, была первой за почти 30-летнюю мою практику.

Для выяснения, какую мазь применяла пациентка, связались с ее дочерью по телефону и попросил уточнить. Оказалось, что мазь Вишневского больная стала применять после совета того же самого терапевта только несколько последних дней, когда образовались на коже гнойные раны. А до этого больше недели пациентка упорно втирала в кожу по медиальной поверхности бедра и голени «очень эффективную в таких случаях» мазь Финалгон, нанося ее на участки наибольшего покраснения толстым слоем.

При этом пациентка отметила, что мазь очень жгла. Первые несколько дней буквально не могла спать, но терпела, считая, что мазь «очень эффективная». Потом привыкла, а еще через несколько дней на месте водяных пузырей участки кожи почернели и образовались дыры в ноге.

**РИСУНОК.** Состояние левой нижней конечности на момент обращения пациента в медицинское учреждение (а) и спустя 3 мес. от начала лечения (б)  
**FIGURE.** The condition of the left lower limb at the time of the patient's visit to a medical institution (a) and 3 months after the start of treatment (b)



Ситуация прояснилась.

Пациентка в этот же день была направлена в отделение гнойной хирургии, где провела на лечении почти три недели. Наряду с ежедневными перевязками, во время которых раны промывались водным раствором хлоргексидина с наложением повязок с жидким раствором Бетадина, а затем и мазью Бетадин, на голени из дополнительных разрезов была вскрыта флегмона с дренированием ран и ведением их по обычным канонам гнойной хирургии. Курс антибиотикотерапии с использованием Цефтриаксона по 1 г в/м два раза в сутки на протяжении 10 дней. В паховой области на протяжении 20 см на участок тромбированной БПВ накладывали влажно-высыхающий компресс, состоящий из диоксида, дексаметазона и лидокаина в пропорции ампул 1:2:2.

По мере стихания воспалительных изменений и появления грануляций больная была выписана домой, где уже проводила перевязки самостоятельно под моим личным контролем. Спустя 2 мес. раны полностью зажили вторичным натяжением (рис.).

На сегодняшний момент воспалительных изменений мягких тканей на левой нижней конечности не наблюдается. Дистального отека, который следовало бы ожидать, нет или пока нет, т. к. больная носит постоянно эластический чулок 2-й степени компрессии. Препарат Ксарелто в суточной дозе 20 мг больная принимает с первого дня обращения ко мне, т. е. на протяжении почти 3 мес. Последнее УЗИ показало, что весь припухлый отдел БПВ на протяжении 20 см тромбирован без пролабирования хвоста в сторону общей бедренной вены. На голени магистрального ствола БПВ не наблюдается, он просто «сгорел» под воздействием мази Финалгон, «очень эффективной», но, как оказалось, к удивлению участкового терапевта, в других, но не в случаях лечения поверхностного тромбофлебита.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Как было отмечено выше, консервативное лечение ТФПВ самым подробным образом представлено на сегодня в разработанных рекомендациях по лечению данного заболевания. Относительно спорными и не до конца решенными остаются вопросы, связанные с выбором хирургической тактики и времени вмешательства при прогрессирующих формах ТФПВ с распространением тромбоза в зону сафенофemorального соустья или рецидивирующих варикотромбофлебитах [8, 9].

Данный клинический случай был незамедлительно разобран на врачебной конференции в нашем медицинском центре, во время которого пришлось самым

подробным образом остановиться на моментах, связанных с клинической картиной, диагностикой и консервативным лечением ТФПВ.

К своему удивлению, мне был задан вопрос: «А как Вы относитесь к использованию мази Финалгон при лечении облитерирующего атеросклероза нижних конечностей для снятия симптома похолодания стоп?». Пришлось идти в аптеку и извлечь из упаковки инструкцию.

Мазь Финалгон занесена в «Регистр лекарственных средств России» в реестр местнораздражающих и сосудорасширяющих средств, содержащих в своем составе нонивамид и никобоксил. В официальной инструкции по применению мази Финалгон, имеющейся в упаковке, отмечено, что показаниями для использования мази являются: болевой синдром, связанный с хроническими заболеваниями мышц и суставов (миалгия, артралгия); острая неспецифическая боль в нижней части спины; разогревающая симптоматическая терапия при ревматической боли в суставах и мышцах, мышечной боли, вызванной чрезмерной физической нагрузкой; для предварительного разогрева мышц перед физическими упражнениями; *в составе комплексной сосудорасширяющей терапии при нарушениях периферического кровообращения*<sup>1</sup>.

С моей точки зрения, последняя рекомендация вызывает как минимум недоумение. По мнению разработчиков инструкции, данная мазь может быть использована у пациентов с похолоданием стоп на фоне облитерирующего атеросклероза или диабетической ангиопатии. Но именно в этих случаях при сопутствующей невропатии со сниженной кожной чувствительностью вероятность развития контактного дерматита и химического ожога возрастает.

С моей точки зрения, ни в коем случае нельзя использовать данную мазь под компресс, т. к. испарение и накопление под пленкой, например, бутоксиэтилового эфира никотиновой кислоты, входящего в состав никобоксила, может вызвать местный токсический эффект, на что капиллярная внутрикожная сеть неминуемо отреагирует артериальным спазмом на фоне застойного полнокровия венозной части капилляра. Этот парадоксальный эффект и может привести к местным микроциркуляторным расстройствам. Предвестниками этих местных нарушений является появление на фоне локальной гиперемии буллезных высыпаний, что, по сути, соответствует 2-й степени контактного химического ожога.

В случае развития подобных явлений, например, при нанесении чрезмерного количества мази, ни в коем случае нельзя пытаться смыть мазь Финалгон водой, ко-

<sup>1</sup> Инструкция по применению мази Финалгон. П N015513/01; переоформлено 2019-10-08.

торая, вступая в контакт с химическими агентами мази, только усугубит местные явления и вызовет еще большие ощущения жжения. Нейтрализовать активность химических агентов мази в этом случае и полностью устранить чувство жжения может только любая жировая основа, например растительное масло.

Также, с моей точки зрения, не следует применять мазь Финалгон с целью купирования болевого синдрома в острую стадию миозита или артрита, т. к. сосудорасширяющий эффект может дать дополнительный отек. Для этих случаев есть гелевые составы (Диклофенак, Кетопрофен, Вольтарен, Долобене гель и др.).

## ● ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В качестве заключения хотелось бы еще раз отметить, что лечение поверхностного варикотромбофле-

бита подробно представлено в разработанных и принятых медицинским сообществом в России и за рубежом рекомендациях, знать и настоятельно ознакомиться с которыми необходимо не только хирургам, урологам, онкологам и гинекологам, но и, как показывает данный случай из практики, участковым терапевтам [3, 8, 9]. Конечно, незнание данных основополагающих моментов – беда поправимая. Но давайте представим, как бы могла развиваться ситуация в юридическом контексте, если у больной на фоне предпринятого участковым терапевтом лечения возникала бы тромбоэмболия легочной артерии с летальным исходом...

Поступила / Received 25.10.2021

Поступила после рецензирования / Revised 20.12.2021

Принята в печать / Accepted 10.01.2022

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Frappe P., Buchmuller-Cordier A., Bertoletti L., Bonithon-Kopp C., Couzan S., Lafond P. et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost.* 2014;12(6):831–838. <https://doi.org/10.1111/jth.12575>.
2. Coon W.W., Willis P.W., Keller J.B. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh community health study. *Circulation.* 1973;48(4):839–846. <https://doi.org/10.1161/01.cir.48.4.839>.
3. Gloviczki P. Development and anatomy of the venous system. In: Gloviczki P., Dalsing M.C., Eklöf B., Lurie F., Wakefield T.W., Gloviczki M.L. (eds.). *Handbook of Venous and Lymphatic Disorders*. 4th ed. CRC Press; 2017. 12 p. <https://doi.org/10.1201/9781315382449-2>.
4. Decousus H., Quéré I., Presles E., Becker F., Barrellier M.-T., Chanut M. et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med.* 2010;152(4):218–224. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00006>.
5. Meissner M.H., Wakefield T.W., Ascher E., Caprini J.A., Comerota A.J., Eklof B. et al. Acute venous disease: venous thrombosis and venous trauma. *J Vasc Surg.* 2007;46(Suppl.):25S–53S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2007.08.037>.
6. Blättler W., Schwarzenbach B., Largiadèr J. Superficial vein thrombophlebitis – serious concern or much ado about little? *Vasa.* 2008;37(1):31–38. <https://doi.org/10.1024/0301-1526.37.1.31>.
7. Савельев В.С., Кириенко А.И., Золотухин И.А., Селиверстов Е.И. Проспективное обсервационное исследование СПЕКТР: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей. *Флебология.* 2012;6(1):4–9. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/flebologiya/2012/1/031997-6976201211>.
8. Савельев В.С., Кириенко А.И., Золотухин И.А., Селиверстов Е.И. Prospective observational study SPECTRUM: the registry of patients with chronic venous diseases. *Flebologiya.* 2012;6(1):4–9. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/flebologiya/2012/1/031997-6976201211>.
9. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Илюхин Е.А., Лобастов К.В., Чаббаров Р.Г., Париков М.А. и др. Диагностика и лечение тромбофлебита поверхностных вен конечностей. Рекомендации Ассоциации флебологов России. *Флебология.* 2019;13(2):78–97. <https://doi.org/10.17116/flebo20191302178>.
10. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Илюхин Е.А., Лобастов К.В., Чаббаров Р.Г., Париков М.А. Diagnostics and Treatment of Superficial Trombophlebitis. Guidelines of the Russian Phlebological Association. *Flebologiya.* 2019;13(2):78–97. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/flebo20191302178>.
11. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Затевахин И.И., Покровский А.В., Карпенко А.А., Золотухин И.А. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология.* 2018;12(3):2–96. <https://doi.org/10.17116/flebo20187031146>.
12. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Затевахин И.И., Покровский А.В., Карпенко А.А., Золотухин И.А. et al. Diagnostics and Treatment of Chronic Venous Disease: Guidelines of the Russian Phlebological Association. *Flebologiya.* 2018;12(3):2–96. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/flebo20187031146>.
13. Leu H., Leu A. Phlebosclerosis, phlebothrombosis, and thrombophlebitis: A current perspective. *Cardiovascular Pathology.* 1996;5(4):183–192. [https://doi.org/10.1016/1054-8807\(96\)00026-9](https://doi.org/10.1016/1054-8807(96)00026-9).
14. Kalodiki E., Stvrtinova V., Allegra C., Andreozzi G., Antignani P.L., Avram R. et al. Superficial vein thrombosis: a consensus statement. *Int Angiol.* 2012;31(3):203–216. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22634973>.

## Информация об авторе:

Санников Александр Борисович, к.м.н., сосудистый хирург, клиника инновационной диагностики «Медика»; 600031, Россия, Владимир, ул. Вокзальная, д. 24; [aliplast@mail.ru](mailto:aliplast@mail.ru)

## Information about the author:

Alexander B. Sannikov, Can. Sci. (Med.), Vascular Surgeon, Clinic of Innovative Diagnostics "Medika"; 24, Vokzalnaya St., Vladimir, 600031, Russia; [aliplast@mail.ru](mailto:aliplast@mail.ru)