

УДК 617.577-089.873

***ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ КИСТИ,
ПРОТЕКАВШЕЙ НА ФОНЕ ТРОМБОФИЛИИ.***

Стяжкина С.Н.

*д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии,
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Климентов М.Н.

*к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии,
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Заколюкина Л.С.

*студентка 4 курса педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Хабибуллин Ф.Ф.

*студент 4 курса педиатрического факультета,
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск, Россия*

Аннотация: Данная статья представляет собой анализ клинического случая, посвящённого особенностям диагностики и лечения флегмоны кисти, протекавшей на фоне тромбофилии. Гиперкоагуляция и гнойно-воспалительные заболевания являются одними из актуальных проблем хирургии на сегодняшний день. Своевременное выявление нарушений в системе гемостаза имеет определяющее значение для выбора дальнейшей тактики хирургического лечения флегмоны кисти и обеспечивает в будущем благоприятный прогноз для пациента.

Ключевые слова: флегмона кисти, тромбофилия, антитромбин III.

***FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF HAND PHLEGMON
AGAINST THE BACKGROUND OF THROMBOPHILIA.***

Styazhkina S.N.

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Klimentov M.N.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty
Surgery,*

*Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Zakolyukina L.S.

*4th year student of the Faculty of Pediatrics,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Khabibullin F.F.

*4th year student of the Faculty of Pediatrics,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Abstract: This article is an analysis of a clinical case devoted to the features of diagnostics and treatment of hand phlegmon against the background of thrombophilia. Hypercoagulation and purulent inflammatory diseases are one of the urgent problems of surgery nowadays. Timely detection of disorders in the hemostasis system is crucial for the choice of further surgical treatment tactics of hand phlegmon and provides a favorable prognosis for the patient in the future.

Key words: hand phlegmon, thrombophilia, antithrombin III.

Актуальность: термин «тромбофилия» впервые был введён О. Egeberg в 1965 году для описания тенденции к венозным тромбозам в одной из норвежских семей с дефицитом антитромбина III. Позже этот термин внедрился в клиническую практику и стал объединять множество расстройств, сопровождающихся повышенной предрасположенностью к тромбозам, включая как наследственные, так и приобретённые их формы. Заболевания, так или иначе связанные с тромбозами сосудов различных локализаций, составляют до 65% от всех патологических форм. Так, в США наблюдается 600 тыс. случаев тромбоэмболии легочной артерии в год, при этом в 10% случаев наступает летальный исход [1-3].

Все тромбофилии можно разделить на две основные группы: тромбофилии, связанные в основном с патологиями состава крови и её реологических свойств, и тромбофилии, возникающие в результате первичных патологий в системе гемостаза. К первой группе можно отнести полицитемию, различные эритроцитозы, а также такие заболевания, как болезнь Вальденстрема, миеломную болезнь и криоглобулинемию. Причинами тромбофилий, связанных с первичными патологиями в системе гемостаза, могут являться такие факторы, как резкое увеличение агрегационной функции тромбоцитов, гиперактивность фактора Виллебранда, дефицит физиологических антикоагулянтов (белков C и S, антитромбина III), а также патологии основных структурных компонентов калликреинкининовой и фибринолитической систем [1-3].

Флегмона кисти – это гнойно-воспалительный процесс с локализацией очага в мягких тканях кисти. В качестве этиологического фактора для данного процесса чаще всего выступает гемолитический белый или золотистый стафилококк в монокультуре либо в ассоциации с другими гноеродными

микроорганизмами. Клиническими признаками флегмоны кисти являются следующие факторы: боль, приливы жара, быстро распространяющаяся эритема и отёк. При прогрессировании заболевания может наблюдаться увеличение регионарных лимфатических узлов [4].

Гнойно-воспалительные заболевания кисти и пальцев являются социально значимой проблемой. Своевременное выявление заболевания и его возможных осложнений, а также изыскание и внедрение в практику эффективных методов лечения должно быть прерогативой врачей-хирургов [5].

Цели и задачи: целью нашей работы было проанализировать клинический случай флегмоны кисти, протекавшей на фоне тромбофилии, и выявить особенности диагностики и лечения этого заболевания у данного пациента.

Материалы и методы: приводим клиническое наблюдение, когда флегмона кисти протекала на фоне тромбофилии (а именно, недостаточности антитромбина III). Данное заболевание и его осложнения мы наблюдали впервые за всю историю существования колопроктологического отделения Первой РКБ (с марта 1982 г.). Мы не исключаем, что подобные случаи, возможно, были в клинической практике, но не диагностировались. На сегодняшний день, качественно более высокий уровень лабораторной диагностики позволяет выставить этот сложный диагноз.

Результаты исследования: 24.10.2022 г. в колопроктологическое отделение была экстренно госпитализирована пациентка Ч., 25 лет, с диагнозом: флегмона левой кисти, лимфангит левой верхней конечности, подмышечный лимфаденит слева.

При поступлении предъявляла жалобы на боли в левой кисти, повышение температуры до 38 градусов. Около трёх дней назад пациентка ударила левой рукой о дверной косяк. При осмотре: в основании II пальца левой кисти по тыльной поверхности отёк, гиперемия размерами 4,0*3,0 см, в центре которой определялась флюктуация и резкая болезненность. Сразу же после поступления пациентки флегмона левой кисти была вскрыта под внутривенным наркозом.

Выполнены два разреза в области основной фаланги II пальца по тыльной поверхности и один разрез по тыльной поверхности левой кисти, в проекции сухожилия разгибателя II пальца. Получено 2,0 мл густого гноя, который был взят на посев, роста микрофлоры получено не было. К концу первых суток у пациентки развилась гангрена II пальца левой кисти, на вторые сутки – гангрена V пальца левой кисти и ещё через сутки – дистальных фаланг I и IV пальцев, также левой кисти. С целью уменьшения отёка кисти, нами было выполнено вскрытие карпального и лучевого каналов в области предплечья. В анализах крови настораживала повышенная свертываемость крови: время свёртывания крови по Дюке 25 с (при норме 2 мин – 5 мин 30 с), фибриноген 5,55 – 5,59 г/л (при норме 2 – 4 г/л), РФМК 28 мг/100 мл (при норме 3,38 – 4,0 мг/100 мл).

При дифференциально-диагностическом поиске нами был исключён, в первую очередь, синдром Рейно, который являлся проявлением таких системных заболеваний, как склеродермия или системная красная волчанка.

После консилиума врачом-гематологом было рекомендовано продолжить обследование свертывающей системы крови. В анализах крови был выявлен низкий уровень антитромбина III – 49,7% (при норме 75 – 105%). Это позволило нам к концу шестых суток, с момента поступления пациентки в клинику, поставить окончательный диагноз – тромбофилия и начать специфическое лечение.

К концу первых суток, когда развилась гангрена II пальца левой кисти, в лечение были введены препараты, улучшающие реологические свойства крови, дезагреганты, тромболитики, антикоагулянты прямого действия. Существует мнение, что действие антикоагулянтов при недостаточности антитромбина III не оказывает должного действия на течение заболевания. Однако, большая часть клиницистов указывает на то, что в крови у пациентов есть определенный, хотя и низкий, уровень антитромбина III, поэтому, лечение до установки окончательного диагноза обязательно должно включать в себя назначение антикоагулянтов.

После установки диагноза – тромбофилия, нами было начато специфическое лечение, которое включало в себя введение препарата антитромбин III, под контролем его уровня в анализе крови. Следует отметить, что при отсутствии препарата антитромбин III, альтернативой в лечении может являться введение свежезамороженной плазмы до 1000 мл в сутки.

После нормализации уровня антитромбина III в крови, на 7-е сутки, была выполнена ампутация II и V пальцев, ампутация дистальных фаланг I и IV пальцев левой кисти. Уровень антитромбина III постоянно поддерживался в крови не ниже нижней границы нормы, до полного заживления ран.

На 25-е сутки пациентка была выписана на амбулаторное лечение.

Обсуждение: при подозрении у пациентки наличие тромбофилии были правильно назначены диагностические мероприятия, по результатам которых была выявлена конкретная причина нарушений в системе гемостаза – дефицит антитромбина III. Проведение дифференциальной диагностики заболеваний также имело немаловажную роль в постановке окончательного диагноза. После стабилизации уровня антитромбина III было проведено хирургическое вмешательство в виде ампутации тех участков кисти, где уже сформировалась гангрена. На всём протяжении послеоперационного периода также осуществлялся мониторинг уровня антитромбина III.

Выводы: по результатам анализа клинического случая флегмоны кисти, развившейся на фоне тромбофилии, стоит отметить важность своевременной диагностики нарушений свёртывающей системы крови и выбора правильной тактики лечения данного заболевания с целью максимальной сохранности жизни пациентов без инвалидизации и потери трудоспособности.

Также немаловажное значение имеет правильное ведение пациента в послеоперационном периоде во избежание развития послеоперационных осложнений.

Библиографический список.

1. Buller H.R., Sohne M., Middeldorp S. Treatment of venous thromboembolism // J. Thromb. Haem. – 2005. – Vol. 3. – P. 1554–1560.
2. Schellong S.M. Distal DVT: worth diagnosing // J. Thromb. Haemost. – 2007. – Vol. 5 (S1). – P. 51–54.
3. Wells P.S. Integrated strategies for the diagnosis of venous thromboembolism // J. Thromb. Haemost. – 2007. – Vol. 5 (S1). – P. 41–50.
4. Багненко С.Ф., Баткаев Э.А., Белобородов В.Б., Богданец Л.И., Войновский Э.А., Гельфанд Б.Р. и др. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации. – 2015. – с. 42-44.
5. Савельев В.С., Кириенко А.Л. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. 3. – 1008 с.

Оригинальность 89%