

В качестве анальгетических методов применялось СУФ-облучение в эритемных дозах.

С противовоспалительной целью использовали низкоинтенсивную УВЧ-терапию, инфракрасную лазеротерапию.

В качестве антигипоксических методов применялась гипербарическая оксигенация.

В позднем послеоперационном периоде присоединялись седативные методы, в состав которых входила электросонотерапия.

Применяется сочетанный метод гипербарической оксигенации и КВЧ-терапии в лечении деструктивного панкреатита малоинвазивными технологиями в послеоперационном периоде.

В комплекс лечебных мероприятий у 49 больных также включали низкоэнергетическое лазерное излучение и электрофорез димексида на проекцию поджелудочной железы с целью сочетания противовоспалительного и анальгетического действия.

Применение физиотерапевтических методов лечения приводило к более быстрому улучшению состояния больных в послеоперационном периоде на основе данных температуры тела, количества лейкоцитов и лимфоцитов в крови, анализа мочи, частоты пульса, частоты дыхания, клинической картины панкреатита, начиная с 3-4-й физиотерапевтической процедуры, а также приводило к укорочению длительности госпитализации.

Таким образом, включение в лечебный комплекс больных хроническим панкреатитом физиотерапевтического лечения в послеоперационном периоде улучшает течение заболевания.

ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, МНОГОКОМПОНЕНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Дубровицк О.И., Мармыш Г.Г., Хильмончик И.В., Жук Д.А.,
Казеннов С.С., Баковец Л.С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно*

Посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) нижних конечностей развивается у пациентов, перенесших тромбоз

глубоких вен, и манифестирует симптомами развившейся постоянно прогрессирующей хронической венозной недостаточности. Встречается в 0,1-0,3% случаев в молодом возрасте, в 2,1-3,2% в старшем возрасте и особенно часто в период от 55 до 64 лет (В.М. Кошкин и соавт., 2000). Это потенциально опасное для жизни и здоровья заболевание. Тромбоз магистральных вен бедра и таза может иметь первичную локализацию в глубоких венах голени, преимущественно в суральных, или подвздошно-бедренных венах. В первые 3-4 дня тромб слабо фиксирован к стенке сосуда, возможен отрыв тромба или эмбола и в 80-90% случаев развивается тромбоз легочной артерии. Через 5-6 дней присоединяется воспаление интимы сосудов и тромб фиксируется к стенке – развивается тромбофлебит глубоких вен. Этиологическими факторами являются: длительный постельный режим при хирургических, терапевтических, неврологических заболеваниях, физических травмах, бактериальной инфекции, чрезмерном физическом напряжении, послеродовой период, прием противозачаточных средств, онкологические заболевания, (особенно рак легких, желудка, поджелудочной железы), ДВС-синдром. Флеботромбозы и тромбэмболии являются наиболее опасными и трудно прогнозируемыми осложнениями операционной травмы. Одной из главных причин развития послеоперационных тромбэмболических осложнений является расстройство регионарного кровотока в нижних конечностях во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Имеет значение активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, угнетение фибринолиза, ухудшение реологических свойств крови, травматизация тканей и сосудов, воздействие лекарственных веществ и аллергические реакции. В 50% случаев глубокий венозный тромбоз проявляется классическими клиническими симптомами, а в 50% случаев подтверждается флебографией, но не сопровождается клиническими проявлениями. У больных, перенесших распространенный флеботромбоз голени, ПТФБ нижних конечностей развивается в 25% случаев, при флеботромбозе голени и бедра в 46% случаев и у 90-98% после илеофemorального тромбоза. Через 10 лет после развития ПТФБ нижних конечностей трофические язвы появляются у 75% больных, а в основе развития трофических нарушений при ПТФБ лежит хроническая венозная недостаточность (ХВН), так

называемая динамическая флебогипертензия, которая при ходьбе приводит к резкому повышению давления в недостаточных перфорантных венах. Принято считать, что ХВН при этом развивается в связи с обратным током крови (рефлюкс) в магистральных венах, в связи с чем развивается венозная гипертензия и каскад патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях. Поэтому трофические нарушения первоначально развиваются в зоне локализации прямых перфорантных вен.

В отношении диагностики тромбоза глубоких вен нет трудностей, нередко первым проявлением болезни может быть тромбэмболия в сосуды легочной артерии. Классические клинические проявления глубокого флеботромбоза сопровождаются выраженным стойким отеком голени или всей нижней конечности, чувством тяжести в ногах, кожа становится блестящей с четко выступающим рисунком подкожных вен (симптом Пратта), но к сожалению это только у 50% пациентов. Подтверждается диагноз тромбоза глубоких вен при помощи следующих исследований:

- флебография (дистальная восходящая) самый точный диагностический метод;
- УЗ-доплерография – подтверждает тромбоз глубоких вен выше уровня колена с точностью до 80-90% (признаками тромбоза являются изменение тока крови в бедренной вене при дыхании, сохранение нормальной скорости кровотока в бедренной и передних большеберцовых венах, различия между ультразвуковыми данными на пораженной и здоровой конечностях);
- импедансная плетизмография, проба позволяет диагностировать глубокий венозный тромбоз выше уровня колена с точностью 90%;
- сканирование с использованием радиоактивного фибриногена, метод наиболее эффективен для диагностики тромбоза вен голени.

Вышеизложенное обосновывает необходимость проведения поиска и разработки возможных лечебных подходов к профилактике ПТФБ, так как, несмотря на совершенствование и внедрение в хирургическую практику современных методов диагностики и лечения ПТФБ, результаты не удовлетворяют хирургов, потому что болезнь существенно снижает все аспекты

качества жизни этих больных. Нередко болезнь является причиной длительной нетрудоспособности и приводит к инвалидизации людей трудоспособного возраста. Учитывая патогенетические механизмы развития ПТФБ нижних конечностей и причины, вызывающие постоянное и неуклонное прогрессирование ее, профилактика, лечение и реабилитация должны базироваться на комплексной многокомпонентной консервативной терапии, так как хирургическое лечение невозможно у подавляющего большинства больных.

Цель исследования: представляло интерес оценить результаты профилактики, лечения и реабилитации пациентов с ПТФБ нижних конечностей при применении разработанного и применяющегося в клинике комплексного консервативного и оперативного лечения.

Материал и методы: проведен анализ результатов лечения 794 больных с ПТФБ нижних конечностей, госпитализированных во 2-е хирургическое отделение клиники общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4, г. Гродно» с 2003 по 2011 гг. Женщин было 637 (80,2%), мужчин – 157 (21%), в возрасте от 32 до 90 лет. С I-ой и II-ой клинической стадией ПТФБ и субкомпенсированной степенью венозной недостаточности госпитализировано 246 (31%) больных. С III-й клинической стадией болезни и декомпенсированной степенью венозной недостаточности – 548 (69%) больных. Длительность заболевания была от 6 месяцев до 17 лет. Повторно (два и более раз) госпитализированы с рецидивами и/или практически не заживающими трофическими язвами 398 (50,1%) пациентов. Причинами развития ПТФБ у 313 (39,4%) больных были оперативные вмешательства на органах малого таза, легких, гепатобилиарной системе, у 298 (37,5%) после операций на позвоночнике, трансплантации суставов и металлостеосинтезе бедра и голени и 183 (23%) больных не могли указать причину развития болезни.

Результаты. У всех пациентов проводились определение динамики развития болезни, оценка анамнестических данных и клинических симптомов, физикальное обследование, УЗИ с доплерографией вен и артерий нижних конечностей, реовазография, микробиологическое исследование качественного состава микрофлоры, вегетирующей на поверхности язвенных дефектов, и по показаниям – цитологические отпечатки с краев и

гранулирующих участков язв.

Алгоритм лечения, разработанный в клинике независимо от причины развития ПТФБ, включает: эластическую компрессию (бинты, медицинский трикотаж, повязки Унна), системную и местную фармакотерапию, основанную на применении флебопротекторов (венотоников), противовоспалительных, антигистаминных, антиагрегантных препаратов. Коррекция реологии крови, микроциркуляции, лимфооттока и применение препаратов, стимулирующих репаративные процессы. Физические методы включали: лазерную и магнитно-лазерную терапию, светодиодную фотодинамическую терапию, УФО, внутрисосудистое лазерное облучение крови, ГБО. Оперативному лечению подвергнуто 298 больных, одномоментно и/или поэтапно выполнялись некрэктомии. У 2 больных выполнены ампутации конечности на уровне бедра. После лечения заживление трофических язв наступило у 217 (39,6%) больных, у 331 (60,4%) язвы не закрылись, больные выписаны на амбулаторное лечение с рекомендацией повторных курсов лечения в стационаре.

Считаем, что основной целью консервативного лечения, независимо от конкретных причин развития ПТФБ, должно быть устранение факторов, вызывающих прогрессирование болезни. Многокомпонентная система лечения должна быть направлена на устранение следующих патологических факторов: увеличение емкости венозного русла по возможности и рефлюксов в различных отделах венозного русла, лейкоцитарной агрессии и воспаления, микроциркуляторных расстройств, нарушение лимфатического дренажа. Полностью ликвидировать этот синдром, как сформировавшуюся патологическую систему, крайне трудно, если вообще возможно. Лечение должно проводиться постоянно, быть стандартным, многокомпонентным, с чередованием различных методов и курсов лечения, проводимых в стационаре и амбулаторно. Следует отдавать предпочтение физическим и немедикаментозным факторам лечения в поликлинике, они общеизвестны и общедоступны. Применение комплексного консервативного и оперативного лечения ПТФБ нижних конечностей позволяет значительно улучшить трофику тканей нижних конечностей, добиться эпителизации трофических язв, снизить продолжительность лечения с 15,1 до 11,4 койко-дней.

Закключение: следует отметить, что в клинической практике диагностика ПТФБ нижних конечностей не представляет трудностей, т.к. в 50% случаев болезнь проявляется классическими клиническими признаками. В случаях отсутствия указаний в анамнезе на перенесенный тромбофлебит глубоких вен следует определять характерные общеизвестные симптомы: Пратта, Пайра, Хоманса и Ловенберга. Клинические проявления зависят от стадии заболевания: первая стадия проявляется болями, умеренным отеком, повышенной утомляемостью в ногах, нередко расширением поверхностных вен, рецидивирующими тромбозами вен. Больные отмечают, что отеки могут проходить после сна, при возвышенном положении конечностей. Вторая – характеризуется стойкими интенсивными болями в ногах, появлением прогрессирующего болезненного уплотнения подкожной клетчатки голени, гиперпигментацией кожи, локализующейся преимущественно на внутренней поверхности голени, обусловленные кровоизлияниями и отложением гемосидерина. Третья - проявляется целлюлитом, тромбозом поверхностных вен, застойным дерматитом и рецидивирующими, длительно не заживающими язвами. Стандартное лечение проводится в зависимости от стадии. В первой стадии режим, включающий применение эластического трикотажа, и рациональные физические нагрузки. Медикаментозное лечение должно включать: антикоагулянты непрямого действия, дезагреганты (трентал, реополиглюкин) и препараты, повышающие фибринолитическую активность крови. При второй стадии медикаментозное лечение обычно не применяется, необходимы рациональный режим труда и отдыха, постоянное ношение эластичного трикотажа, снижение избыточного веса, нормализация деятельности кишечника, ограничение физических нагрузок. В третьей стадии патогенетически обосновано устранение венозной гипертензии, так как это основная причина образования язв, а местное лечение язв различными мазями приводит к тяжелым дерматитам, а трофические язвы не заживают годами. Тактика консервативного лечения ПТФБ нижних конечностей не оправдала надежд многих поколений хирургов, поскольку ограничивается только методами, направленными на заживление трофических язв, но не устраняющими причины их образования. На современном этапе развития флебологии в основу лечения ПТФБ положена

хирургическая коррекция нарушения кровотока в глубоких магистральных венах системы нижней поллой вены. Наиболее широко применяют оперативные вмешательства на перфорантных венах, т.к. основная задача восстановительной хирургии ПТФБ состоит в восстановлении функции клапанов в реканализированных венах путем их коррекции, свободной пересадки или реконструктивных оперативных вмешательств по созданию условий тока крови через крупные вены, содержащие полноценные клапаны (операции Пальма, Введенского, Уоррена и др.).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ

***Кабаева Е.Н., Змачинский В.А., Масло В.Н., Хамко К.М.,
Грицевич Н.М.***

*Белорусская медицинская Академия последипломного образования, Минск
Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации
«Аксаковщина», Минск*

Основным клиническим проявлением гемофилии является наличие острого кровотечения (кровоизлияния) в суставы, мышцы, центральную нервную систему, почечные кровотечения. Помимо острых кровотечений, которые требуют незамедлительного заместительного лечения препаратами факторов свертывания крови и активной гемостатической терапии, у больных гемофилией формируется одно из самых частых осложнений – гемофилическая артропатия, ведущая к потере трудоспособности и инвалидизации больных по опорно-двигательному аппарату. Практически все пациенты с гемофилией тяжелой и средней степенью тяжести являются инвалидами 1-2 группы по опорно-двигательному аппарату. По частоте поражения суставы у пациентов с гемофилией распределяются следующим образом: коленный сустав поражается в 44% , локтевые суставы - 25%, голеностопные суставы - 14%, плечевые суставы - 8%, бедренные суставы - 8%, мелкие суставы - 3.5% [10].

Данные литературы показывают, что заместительная