

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сушков С. А., Небылицин Ю. С.,
Смолянец Н. А., Кондратьева В. И.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»
Витебск, Беларусь*

Введение. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) является самой распространенной патологией в структуре сосудистых заболеваний. По оценкам независимых экспертов ВОЗ, данная патология наблюдается у 15-50% взрослого населения большинства стран мира [1, 2]. Чрезвычайная распространённость хронических заболеваний вен, вызываемое ими снижение трудоспособности и качества жизни позволяет рассматривать проблему лечения хронической венозной недостаточности не только как чисто медицинскую, но и как важную социально-экономическую проблему [1-3]. Одной из наиболее тяжёлых и распространённых форм ХВН нижних конечностей, составляя около 28% всех поражений венозной системы, неизбежно приводящих к развитию трофических нарушений мягких тканей, является посттромбофлебитическая, или как чаще сейчас называют данную патологию, – посттромботический синдром (ПТС) [3, 4].

Задачами лечения ПТС является: недопущение повторного тромбоза и создание условий для наиболее полной реканализации вены. Несомненно, чтобы получить стабильный удовлетворительный результат, необходимо применение комплексного лечения [1, 3, 4]. Раннее консервативное лечение является первостепенным методом лечения пациентов с ПТС, как и любого из ХЗВ. Однако если среди всех пациентов с ХЗВ не менее 10% пациентов остаются рефрактерными к консервативной терапии и нуждаются в хирургическом лечении, то среди пациентов с ПТС этот процент значительно выше. Поэтому, по мнению ряда авторов, на сегодняшний день у пациентов с ПТС хирургический метод лечения является приоритетным [5]. Но в то же время, учитывая сложность и многообразие патоморфологических изменений, происходящих в венах нижних конечностей после перенесенного венозного тромбоза, не существует стандартизированной «операции выбора», выполнение которой можно было бы рекомендовать всем подобным пациентам. Выбор метода оперативного лечения при ПТС всегда должен быть индивидуален и базироваться на данных физикальных и инструментальных методов диагностики.

Цель: оптимизировать лечение пациентов с посттромботическим синдромом нижних конечностей путем применения комплексного подхода.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 160 пациентов (мужчин – 82, женщин – 58), которые находились на лече-

нии в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» с 2012 по 2016 гг. с диагнозом ПТБ. Средний возраст пациентов составлял $52,4 \pm 12,2$ года ($M \pm \sigma$). Распределение пациентов по клинической классификации CEAP было следующим: класс C2 – у 47 пациентов, класс C3 – у 23, класс C4b – у 48, класс C5 – у 17, класс C6 – у 25. Пациентам проводились традиционные этапы клинического обследования, включающего сбор и анализ жалоб, сбор анамнеза заболевания и жизни, клинический осмотр. Выяснялись начало и длительность заболевания, характер его течения, вид и результаты ранее проводимого лечения. При физикальном обследовании проводился осмотр нижних конечностей, оценивались окраска и температура кожного покрова, выявлялись болезненные зоны при пальпации. Уделяли внимание дифференцировке предъявляемых жалоб. Регистрировались следующие признаки: болевой синдром, отеки, изменение окраски кожных покровов, тяжесть, дискомфорт, парестезии, локальное повышение кожной температуры. Применялись лабораторные и инструментальные (ультразвуковое триплексное ангиосканирование) методы исследования. Референтным методом исследования, на основании которого устанавливался диагноз ПТС, являлось триплексное ультразвуковое ангиосканирование.

Статистический анализ цифрового материала проводили с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. При окклюзии глубоких вен с реканализацией менее 50% отток венозной крови осуществлялся в основном за счет большой подкожной вены. В таких случаях применялось консервативное лечение. Схема консервативного лечения включала: применение эластической компрессии (эластические бинты средней степени растяжимости, компрессионный трикотаж II и III класса), пневмокомпрессию; медикаментозное воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию, лимфатический отток.

Объем оперативного вмешательства зависел от клинического класса, проходимости сосудистого русла (наличия и характера реканализации), степени сохранности клапана аппарата. Выбор операций был дифференцированным и включал: стентирование, локальную флебэктомию, эндоскопическую диссекцию перфорантных вен, Shave-therapie, аутодермопластику, кроссэктомию, стриппинг, эндовенозную лазерную облитерацию, лазерный дебридмент и флебосклерозирование.

Комплексное лечение при наличии трофических язв включало использование влажно-высыхающих марлевых повязок с мазями на гидрофильной основе (левосин, левомеколь) и растворами антисептиков (хлоргексидин, фурациллин), а также применение раневых покрытий (покрытие D₂ антимикробное – сорбент микробных тел, а после полного очищения язвы и при наличии хороших грануляций использовали гидрогелевое перевязочное средство – ВАП-гель).

Проведенная оценка результатов показала, что у большинства паци-

ентов с ПТС отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома, отека нижней конечности, ощущения тяжести, дискомфорта и зоны трофических расстройств ($p < 0,05$). У пациентов с клиническим классом С6 наблюдалось уменьшение в размерах трофической язвы ($p < 0,05$). В послеоперационном периоде были отмечены осложнения: краевой некроз кожного лоскута в одном случае, частичный лизис лоскута – 2, гематома – 1, неврит – 1.

Эффективных результатов лечения пациентов с ПТС можно добиться только при применении патогенетически обоснованных методов с устранением причин рефлюкса. В настоящее время в лечении ПТС должно внимание уделяется изысканию возможности коррекции патологического венозного кровотока по глубоким, подкожным и перфорантным венам. Проведенные исследования показали, что лечение пациентов с ПТС должно быть: индивидуальным и комплексным; направленным на коррекцию имеющихся гемодинамических нарушений; восстановление функции «мышечно-венозной» помпы; купирование клинических симптомов и трофических нарушений.

Выводы:

1. У пациентов с посттромботическим синдромом с высокой степенью реканализации возможно выполнение оперативных вмешательств в системе подкожных и перфорантных вен.

2. Комплексный дифференцированный подход при посттромботическом синдроме позволяет достигнуть высоких клинических результатов и способствует ускорению медицинской реабилитации пациентов.

Литература:

1. Диагностика и лечение посттромботической болезни / А.В. Покровский [и др.] : учебное пособие. – М., 2011. – 94 с.

2. Сушков С.А. Комплексное лечение пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей / С.А. Сушков, Ю.С. Небылицин, И.В. Самсонова, Н.А. Смолянец // Российский медико- биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – № 1. – С. 75-85

3. Ю.Л. Шевченко. Основы клинической флебологии. – М.: ЗАО «Шико», 2013. – 336 с.

4. Калинин Р.Е. Влияние генетических факторов на течение посттромботического синдрома нижних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, И.Н. Рудакова, А.А. Никифоров // Новости хирургии, 2016. – № 2. – С. 125-130.

5. Opie, J.C. Monocusp-novel common femoral vein monocusp surgery uncorrectable chronic venous insufficiency with aplastic/dysplastic valves / J.C. Opie // Phlebology. – 2008. Vol. 23. – P. 158-71.