

Комплексное лечение пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей

Смолянец Наталья Андреевна, Бабенко Денис

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Небылицин Юрий Станиславович, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск

Введение

Медицина на данный момент не располагает универсальными схемами консервативного и оперативного лечения, которые были бы эффективны у пациентов с посттромботической болезнью (ПТБ) нижних конечностей. Это оправдывает усилия, направленные на поиск новых эффективных методов лечения.

Цель исследования

Оптимизировать лечение пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей путем дифференцированного подхода.

Материалы и методы

В исследование включено 137 пациентов, которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» с 2012 по 2015 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 – 43 пациентов, класс C3 – 23, класс C4b – 33, класс C5 – 14, класс C6 – 24. У всех пациентов диагноз был подтвержден при проведении дуплексного ангиосканирования.

Результаты

При окклюзии глубоких вен с реканализацией менее 50% отток венозной крови осуществлялся в основном за счет большой подкожной вены. В таких случаях проводилось консервативное лечение, которое включало: применение эластической компрессии (эластические бинты средней степени растяжимости, компрессионный трикотаж II и III класса), пневмокомпрессии; медикаментозное воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию, лимфатический отток. При наличии трофических язв проводилось комплексное лечение, которое 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). Выбор оперативных вмешательств был дифференцированным: локальная флебэктомия, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, Shave-therapie, аутодермопластика, кроссэктомия, стриппинг, лазерный дебридмент, локальная флебэктомия. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение в размерах трофических язв, зоны трофических расстройств, отека и болевых ощущений.

Выводы

1. У пациентов с ПТБ с высокой степенью реканализации возможно выполнение оперативных вмешательств в системе подкожных и перфорантных вен. 2. Комплексный дифференцированный подход при ПТБ позволяет достигнуть высоких клинических результатов и способствует ускорению медицинской реабилитации пациентов.