

*Н. А. Смолянец, Д.В. Бабенко*  
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ю.С. Небылицин*

*Кафедра общей хирургии*

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,  
г. Витебск*

**Резюме.** Проведенные исследования показали, что лечение пациентов с ПТБ должно быть: индивидуальным и комплексным, направленным на коррекцию имеющихся гемодинамических нарушений; восстановление функции «мышечно-венозной» помпы; купирование клинических симптомов и трофических нарушений.

**Ключевые слова:** посттромботическая болезнь нижних конечностей.

**Resume.** The performed studies have shown that the treatment of PTD patients should be individual and comprehensive; aimed to correct existing hemodynamic disturbances; restoration of the “muscular-venous” pump function; relief of clinical symptoms and trophic disorders.

**Keywords:** postthrombotic disease of the lower extremities.

**Актуальность.** 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, вызываемые ими снижение трудоспособности и качества жизни, позволяют рассматривать проблему лечения хронической венозной недостаточности не только как чисто медицинскую, но и как важную социально - экономическую проблему [1,2,3]. 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, посттромботическая болезнь (ПТБ) [4-6].

Задачами лечения ПТБ является: недопущение повторного тромбоза и создание условий для наиболее полной реканализации вены. Несомненно, чтобы получить стабильный удовлетворительный результат необходимо применение комплексного лечения [4,9]. Ранее консервативное лечение является первостепенным методом лечения пациентов с ПТБ, 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 ПТБ этот процент значительно выше. Поэтому, по мнению ряда авторов на сегодняшний день у пациентов с ПТБ хирургический метод лечения является приоритетным [7,8]. 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 ПТБ всегда должен быть индивидуален и базироваться на данных физикальных и инструментальных методов диагностики.

**Цель:** оптимизировать лечение пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей путем дифференцированного подхода.

**Задачи:**

1. Проанализировать ближайшие и отдаленные результаты консервативного лечения пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей.

2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей.

**Материал и методы.** В исследование включено 152 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 СЕАР было следующим: класс С2 – 48 пациентов, класс С3 – 26, класс С4b – 36, класс С5 – 16, класс С6 – 26.

Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (ультразвуковое триплексное ангиосканирование) методы исследования. Референтным методом исследования, на основании которого устанавливался диагноз – ПТБ, являлось триплексное ультразвуковое ангиосканирование.

**Таблица 1.** Распределение пациентов с ПТБ в зависимости от сегмента поражения

Проксимальная граница тромба	Возраст, лет					Всего
	14-25	26-35	36-45	46-60	Свыше 60	

	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Подвздошная вена	2	–	3	3	10	8	15	13	5	3	35	28
Бедренная вена	1	–	2	3	11	10	16	10	5	2	35	25
Подколенная вена	–	–	1	1	7	3	12	4	1	–	21	8
Итого	3	–	11	10	35	26	47	33	11	6	91	61

Математико-статистический анализ цифрового материала проводили с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica – 10.0 для биологических исследований.

**Результаты и их обсуждения.** При выявлении у пациентов ( по данным триплексного ангиосканирования) окклюзии глубоких вен с реканализацией менее 50% отток венозной крови осуществлялся в основном за счет большой подкожной вены. В таких случаях применялось консервативное лечение в виде эластической компрессии (III класса), пневмокомпрессии, венотоников ( II поколения), а также воздействие на микроциркуляцию и лимфатический отток.

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).

**Таблица 2.** Состояние язв в процессе лечения в исследуемых группах

Состояние язв		Группа 1 (n=14)	Группа 2 (n=11)
Заживление язв	Полное	3 (21,4%)	3 (27,3%)
	В том числе в течение 1 месяца	1 (7,2%)	2 (18,2%)
Сокращение площади > 50%		2 (14,3%)	3 (27,3%)
Сокращение площади = 50%		2 (14,3%)	1 (9,1%)
Сокращение площади < 50%		6 (42,8%)	2 (18,1%)

Объем оперативного вмешательства зависел от клинического класса, проходимости сосудистого русла (наличия и характера реканализации), состоятельности клапанного аппарата. Выбор операций был дифференцированным и включал: локальную флебэктомия, эндоскопическую диссекцию перфорантных вен, Shave-therapie, аутодермопластику, кроссэктомия, стриппинг, эндовенозную лазерную облитерацию, лазерный дебридмент, флебосклерозирование и ангиостентирование вен.

Оценка клинической эффективности проведенного лечения проводилась по выраженности субъективных ощущений: отека и болевого синдромов, тяжести, дискомфорта, при этом эффективность применения раневых покрытий оценивали также сами больные. С этой целью пациенты самостоятельно заполняли опросники,

в которых отмечали динамику субъективных показателей: болевой синдром, чувство тяжести, дискомфорт. Для этого использовалась бальная клиническая шкала, визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Баллы подсчитывали следующим образом: 0 – отсутствие симптома, 2 – умеренная степень выраженности симптома, 4 – значительная степень выраженности симптома (не влияющая на обычную активность и сон), 6 – выраженное проявление симптома (влияющее на активность и сон).

В ходе проведения оценки результатов было установлено, что у большинства пациентов с ПТБ отмечались 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 размеров трофической язвы ( $p < 0,05$ ). В послеоперационном периоде были выявлены следующие осложнения: краевой некроз кожного лоскута в одном случае, частичный лизис лоскута – 1, гематома – 1, неврит – 1.

Эффективных результатов лечения пациентов с ПТБ можно добиться только при применении патогенетически обоснованных методов с устранением причин рефлюкса. В настоящее время в лечении ПТБ отводится изысканию возможности коррекции патологического венозного кровотока по глубоким, подкожным и перфорантным венам. Проведенные исследования показали, что лечение пациентов с ПТБ 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 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.

*N. A. Smolyanets, D. V. Babenko*

### **COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH LOWER EXTREMITY POSTTROMBOTIC DISEASE**

*Tutors: ass. professor Yu.S. Nebylitsin*

*Department of General Surgery,  
Vitebsk State Medical University, Vitebsk*

#### **Литература**

1. Введение в ангиологию и сосудистую хирургию / Е.Л. Бурлева [и др.]; под ред. Е.Л. Бурлева. – Екатеринбург: Баско, 2015. – С.51-70.

2. Диагностика и лечение посттромботической болезни / А.В. Покровский, Е.Г. Градусов, И.М. Игнатъев, Р.А. Бредихин; под ред. А.В. Покровский : Учебное пособие. – М., 2011. – 94 с.

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

2013. – 336 с.

4.Савельев, В.С. Национальное руководство. Краткое издание / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 464 с.

5.Косинец, А.Н. Варикозная болезнь / А.Н. Косинец, С.А. Сушков. – Витебск: ВГМУ, 2009. – 415 с.

6.Хрыщанович, В.Я. Посттромботическая болезнь: диагностика, лечение, профилактика / В.Я. Хрыщанович // Новости хирургии. – 2013. – № 3. – С. 120-128.

7.Comerota A.J. Deep venous thrombosis and postthrombotic syndrome : invasive management / Comerota A.J. // Phlebology – 2015, March. – P. 59-66.

8.Plebology / A. –A. Ramelet [et al.]. – Elsevier Masson SAS – All rights reserved, – 2008. – 570 p.

9.Perrin M. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease Rationale: Results and Unanswered Questions / M. Perrin, A. A. Ramelet // Eur J Vasc Surg. – 2011 Jan. – № 41. – P. 117–25.

10.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.