

УДК 616.147.3-005.6-089

М.В. ЛАРИОНОВ^{1,2}, Р.Х. ХАФИЗЬЯНОВА², О.В. ЧУЕНКОВ¹, Д.Р. ИБРАГИМОВ³

¹Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

²Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

³Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36

Оценка эффективности комплексного лечения больных, перенесших операцию — пликацию поверхностной бедренной вены по поводу острого тромбоза глубоких вен с флотацией с применением микронизированной очищенной фракции флавоноидов (МОФФ)

Ларионов Михаил Викторович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии № 1, врач отделения сосудистой хирургии № 2, тел.: (843) 237-34-82, +7-917-257-02-05, e-mail: larionov358@yandex.ru^{1,2}

Хафизьянова Рофия Хафизьяновна — доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии, тел. +7-917-296-04-11, e-mail: rofija_kh@mail.ru²

Чуенков Олег Вячеславович — заведующий отделением сосудистой хирургии № 2, тел. (843) 237-34-82, e-mail: rkbsho2@yandex.ru¹

Ибрагимов Денис Радикович — ординатор кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, тел. +7-987-268-07-28, e-mail: ezikk@icloud.com³

Данная статья посвящена актуальной проблеме современной медицины — тактике лечения больных с острым тромбозом глубоких вен с флотацией в поверхностной бедренной вене. Представлены сравнительные результаты применения микронизированной очищенной флавоноидной фракции в комплексном реабилитационном лечении больных перенесших операцию — пликацию поверхностной бедренной вены по поводу острого тромбоза глубоких вен.

Ключевые слова: острые венозные тромбозы, микронизированная очищенная флавоноидная фракция, пликация поверхностной бедренной вены.

M.V. LARIONOV^{1,2}, R.Kh. KHAFIZIANOVA², O.V. CHUYENKOV¹, D.R. IBRAGIMOV³

¹Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064

²Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

³Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Evaluating the effectiveness of complex treatment of patients undergoing surgery — plication of the superficial femoral vein for acute deep vein thrombosis with flotation using micronized purified flavonoid fraction (MPFF)

Larionov M.V. — Cand. Med. Sc., Assistant Lecturer of the Surgery Department № 1, doctor of the Vascular Surgery Department № 2, tel. (843) 237-34-82, +7-917-257-02-05, e-mail: larionov358@yandex.ru^{1,2}

Khafizianova R.K. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Pharmacology, tel. +7-917-296-04-11, e-mail: rofija_kh@mail.ru²

Chuyenkov O.V. — Head of the Vascular Surgery Department № 2, tel. (843) 237-34-82, e-mail: rkbsho2@yandex.ru¹

Ibragimov D.R. — resident doctor of the Department of Cardiology, Endovascular and Cardiovascular Surgery, tel. +7-987-268-07-28, e-mail: ezikk@icloud.com³

The article is devoted to the topical problem of modern medicine - treatment strategy of patients with acute deep vein thrombosis with flotation in the superficial femoral vein. The comparative results of the application of micronized purified flavonoid fraction in complex rehabilitation treatment of patients, undergoing surgery — plication of the superficial femoral vein for acute deep vein thrombosis, are presented.

Key words: acute venous thrombosis, micronized purified flavonoid fraction, plication of the superficial femoral vein.

Актуальность и социальная значимость какого-либо заболевания определяется двумя основными факторами — распространенностью среди населения и степенью опасности патологического состояния для жизни и здоровья человека. Необходимость продолжения изучения проблемы продиктована стремлением улучшить результаты лечения и реабилитации пациентов.

В современной флебологической практике проблема венозных тромбозов и тромбоемболизма занимает лидирующее положение в силу следующих аргументов. Частота тромбозов глубоких вен нижних конечностей в общей популяции ежегодно составляет приблизительно 160 на 100 000 человек, около 30% из них погибает в ближайший месяц, еще у 20% больных в течение последующих двух лет развивается рецидив заболевания [1]. Частота фатальной тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) составляет 60 на 100 000 населения, что превышает суммарное значение показателей смертности от рака молочной железы, синдрома иммунодефицита и дорожно-транспортных происшествий. Результаты аутопсий показывают, что около 80% случаев глубоких венозных тромбозов и легочной тромбоэмболии остаются не диагностированными даже в том случае, если непосредственно являются причиной смерти пациента. Из этого следует, что истинная распространенность в популяции значительно выше приводимых цифр [2, 3].

Важно также помнить, что по данным разных авторов, в 33-87% случаев результатом перенесенного острого венозного тромбоза в системе нижней полой вены является развитие посттромбофлебической болезни — трудно поддающегося лечению, инвалидизирующего заболевания. Технические возможности хирургического лечения пациентов с посттромботической болезнью в настоящее время позволяют решить проблему только горизонтального рефлюкса в системе перфорантных вен, при этом основной причиной флеботазы и венозной гипертензии является вертикальный рефлюкс, возможности коррекция которого представлены лишь в отдельных работах. Основной акцент при лечении данной группы пациентов делается на нехирургическое лечение, включающее в себя фармакотерапию и применение медицинского компрессионного трикотажа [4].

Приведенные данные убедительно демонстрируют высокую значимость и актуальность венозных тромбозов и посттромботической болезни, а также свидетельствуют о том, что данная пробле-

ма должна являться объектом внимания не только сосудистых хирургов, но и всей медицинской общественности [5].

Цель исследования — определить эффективность комплексного реабилитационного лечения больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей, перенесших пликацию поверхностной бедренной вены, при включении в его состав микроинвазивной очищенной флавоноидной фракции (МОФФ).

Материал и методы

В исследование было включено 66 пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей с флотирующей головкой длиной не менее 4 см дистальнее общей бедренной вены, которым было проведено оперативное вмешательство — пликация поверхностной бедренной вены. Пликация выполнялась рассасывающейся нитью Polisorb-0 сразу под местом соединения поверхностной и глубокой бедренных вен. В послеоперационном периоде проводилось контрольное ультразвуковое исследование венозного русла (УЗДС) на предмет проходимости проксимальнее места пликации. Исследование выполнялось на аппарате PHILIPS HD15. В ближайший послеоперационный период назначались прямые антикоагулянты — гепарин подкожно, доза корректировалась по показателю ассоциированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). С 3-5 дня назначался непрямой антикоагулянт — варфарин, подбор дозы проводился по показателю международного нормализованного отношения (МНО). При достижении целевого значения МНО гепарин отменялся, и пациенты амбулаторно продолжали принимать варфарин, контролируя значение МНО один раз в 7-10 дней. При выписке больные были разделены на две группы. В группу контроля вошло 34 пациента, у которых для реабилитации применялся только компрессионный трикотаж третьего компрессионного класса. В исследуемую группу были включены 32 пациента, у которых использовался компрессионный трикотаж в комбинации с МОФФ в дозе 1000 мг/день двумя курсами. Первый курс начал сразу же при выписке из стационара, второй через 6 месяцев амбулаторного лечения. Продолжительность каждого курса составила 10 недель. Пациенты основной и контрольной группы были сопоставимы по возрасту, полу, социальному статусу и сопутствующей патологии (табл. 1).

Таблица 1.
Распределение больных по основным клиническим показателям

Распределение больных по половому признаку			Возрастные характеристики пациентов исследуемых групп		
Пол пациентов	Контрольная группа	Исследуемая группа	Возраст пациентов	Контрольная группа	Исследуемая группа
Женщины	15 (44,1%)	17 (53,1%)	40-49 лет	22 (64,7%)	21 (65,6%)
Мужчины	19 (55,9%)	15 (46,9%)	50-59 лет	12 (35,3%)	11 (34,4%)
Распределение больных по локализации верхушки тромба			Распределение больных в соответствии с окружностью голени		
Локализация верхушки тромба	Контрольная группа	Исследуемая группа	Разница окружности ног (стартовая)	Контрольная группа	Исследуемая группа
Берцовые	11 (32,4%)	9 (28,1%)	Менее 1 см	5 (14,7%)	6 (18,8%)
Подколенная	10 (29,4%)	11 (34,4%)	1-2 см	11 (32,4%)	10 (31,2%)
Поверхностная бедренная	13 (38,2%)	12 (37,5%)	Более 2 см	18 (52,9%)	16 (50%)
Распределение больных по уровню распределения первичного значения VCSS					
Стартовое значение VCSS	Контрольная группа		Опытная группа		
	4,5±1,6		4,6±1,4		

Таблица 2.
Степень реканализации венозного просвета у пациентов на контрольных этапах исследования

Степени реканализации	Контрольная группа		Исследуемая группа	
	3 месяца	12 месяцев	3 месяца	12 месяцев
Менее 50%	23 (67,7%)	15 (44,1%)	17 (53,1%)	9 (28,1%)
Более 50%	11 (32,3%)	19 (55,9%)	16 (46,9%)	23 (71,9%)

Для оценки эффективности проводимого лечения проводилось ультразвуковое исследование венозного русла, волюметрия голени, а также оценка качества жизни пациентов. Контрольный осмотр пациентов проводился на двух этапах: через 3 и 12 месяцев. При УЗДС определяли степень реканализации просвета тромбированных вен — менее 50 и более 50% просвета, а также наличие рефлюкса. Окружность голени определяли в верхней трети (максимальное значение) на одном уровне на всех этапах с использованием волюметра. Для определения качества жизни использовали шкалу оценки тяжести хронических заболеваний вен (ХЗВ) — (VCSS).

Статистическая обработка данных производилась с помощью персонального компьютера IBM PC «Pentium», с использованием программ Microsoft Word, Microsoft Excel, SPSS 12.0. При этом использовались параметрические методы оценки результатов — вычисление средней арифметической (M), среднеквадратичного отклонения (σ), средней ошибки средней арифметической (m). Оценка различий между сопоставляемыми группами по избранным критериям осуществлялась по критерию Стьюдента. Достоверность изменений признавалась при вероятности ошибки $p \leq 0,05$.

Результаты

При выполнении контрольных УЗДС через 3 месяца у пациентов контрольной группы реканализация более 50% была выявлена у 11 пациентов (32,3%), менее 50% — у 23 пациентов (67,7%). Через 12 месяцев данные показатели составили 19 пациентов (55,9%) и 15 пациентов (44,1%), соответственно. В исследуемой группе на сроке 3 месяца у 16 пациентов (46,9%) реканализация составила более 50% просвета вены, у 17 пациентов (53,1%) реканализация составила менее 50%. На втором этапе контроля данные показатели составили, соответственно, 23 пациента (71,9%) и 9 пациентов (28,1%). Статистически значимых отличий выявлено не было (табл. 2).

При выписке пациентов из стационара разница в окружности голени у пациентов контрольной группы составила $2,04 \pm 0,56$ см, у пациентов исследуемой группы — $1,94 \pm 0,63$ см. На первом этапе контроля эффективности реабилитационной терапии, через три месяца, у пациентов контрольной группы разница окружности голени между больной и здоровой конечностью составила $1,98 \pm 0,39$ см, у пациентов опытной группы — $1,20 \pm 0,87$ см, при этом достоверных отличий между исходными и контрольными значениями, а также между показателями двух групп не выявлено. При проведении опроса



Таблица 3.

Динамика изменения основных клинических показателей на первом и втором этапах контроля у пациентов контрольной и исследуемой групп

	Контрольная группа			Исследуемая группа		
	Исходное	3 месяца	12 месяцев	Исходное	3 месяца	12 месяцев
Динамика окружности голени, см	2,04±0,56	1,98±0,39	1,6±0,64	1,94±0,63	1,2±0,87	0,8±0,77*
Динамика VCSS, баллы	4,5±1,6	4,2±1,7	4,3±1,9	4,6±1,4	2,9±1,6	2,53±1,45*#

Примечание: * — $p < 0,05$ по отношению к значениям, полученным на начальном этапе исследования, # — $p < 0,05$ по отношению к значениям первой группы

по VCSS исходные показатели составили $4,5 \pm 1,6$ и $4,6 \pm 1,4$, соответственно, в первой и второй группах. На первом этапе в контрольной группе данный показатель не изменился и составил $4,2 \pm 1,7$, тогда как в исследуемой группе отмечалось уменьшение выраженности симптомов хронической венозной недостаточности, показатель составил $2,9 \pm 1,6$. Статистически достоверных изменений выявлено не было.

На втором этапе контроля отмечалась положительная динамика уменьшения отека в обеих группах, однако в опытной группе данная тенденция была более выражена $1,6 \pm 0,64$ и $0,8 \pm 0,77$ см, соответственно. Причем достоверные отличия были выявлены в исследуемой группе между исходным показателем и показателем, полученным на втором этапе контроля. Показатель VCSS в опытной группе прогрессивно снижался и составил $2,53 \pm 1,45$, при этом в опытной группе отмечалось некоторое

увеличение $4,3 \pm 1,9$. Отличия между данными показателями были статистически достоверны, а также достоверное отличие было выявлено между исходным показателем и показателем второго этапа у пациентов, принимавших МОФФ в составе комплексного лечения (табл. 3).

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности МОФФ при комплексном реабилитационном лечении пациентов, перенесших пликацию поверхностной бедренной вены при остром флотирующем тромбозе. Фармакологическая активность препарата способствует прогрессивному снижению венозной гипертензии и активности локального воспалительного процесса в системе глубоких вен нижних конечностей, что проявляется положительной динамикой уменьшения выраженности основных клинических симптомов хронических заболеваний вен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология: руководство. Т. 2 / Под ред. А.В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — 888 с.
2. Богачев В.Ю. // Материалы V конференции Ассоциации флебологов России. — М., 2004. — С. 19-23.
3. Allegra C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalization — an Italian perspective // Current Medical Res. Opinion. — 2003. — Vol. 19 (8). — P. 761-9.

4. Boudourogrou D., Kakkos S.K., Geroulakos G. Adjuvant medical therapy to deep venous reconstruction // Phlebology. — 2004. — Vol. 19 (1). — P. 4-6.
5. Хафизьянова Р.Х. Современные взгляды на этиологию и патогенез острых венозных тромбозов // Практическая медицина. — 2010. — № 8 (47). — С. 60-63.