

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Т.В. КОТЛУКОВА

Кафедра госпитальной хирургии РУДН.  
Москва, 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.  
Медицинский факультет

Обследовано 90 больных с посттромбофлебитическим синдромом, 83 женщины и 7 мужчин в возрасте от 25 до 80 лет. 22 больным выполнена операция Линтона, 12 – иссечение краев и дна трофических язв с кожной пластикой. 56 больным проведено консервативное лечение.

При гистологическом исследовании кожно-подкожно-фасциальных и мышечных кусочков, взятых во время операции, выявлены выраженные органические изменения: склероз подкожной клетчатки и морфологическая перестройка в микроциркуляторном русле. Операция не приводит к полному излечению, но улучшает флебогемодинамику и снижает флебогипертонию, что делает эффективным последующее консервативное лечение. Больные с посттромбофлебитическим синдромом нуждаются в амбулаторном наблюдении.

После тромбоза или тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей и таза остается более или менее выраженная недостаточность венозного кровообращения пораженной конечности, которая приводит к нарушению ее трофики и функций. Развивается посттромбофлебитический синдром с весьма характерной клинической картиной и симптомами: боль, отек, варикозное расширение подкожных вен, истончение кожных покровов, выпадение волос на ноге, гиперпигментация кожи, индурация подкожной клетчатки, дерматит, экзема, изъязвления.

Тяжесть посттромбофлебитического синдрома зависит от характера, локализации, распространения перенесенного флеботромбоза, своевременности и эффективности проведенного лечения.

Лечение больных с посттромбофлебитическим синдромом сложно и продолжается в течение многих лет. Многие больные становятся инвалидами. В связи с этим посттромбофлебитический синдром имеет социальное значение.

Обследовано 90 больных с посттромбофлебитическим синдромом после перенесенного острого тромбофлебита и флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей и таза, в сроки от 1 до 5 лет. Хроническая венозная непроходимость глубоких вен нижних конечностей диагностирована у 76 больных, подвздошной вены – у 14 больных. Среди них было 83 женщины и 7 мужчин. Возраст больных составлял: 25-40 лет – 12; 41-50 лет – 23; 51-80 - 55 пациентов. У 43 из них диагностирована декомпенсированная стадия посттромбофлебитического синдрома с нарушением трофики в виде гиперпигментации кожи, дерматита, наличия трофических язв и выраженного индуративного отека конечности.

Причинами развития тромбоза или тромбофлебита глубоких вен были операции на сердце, органах брюшной полости и таза, инфекционные заболевания и травма. Трофические язвы чаще наблюдались у пожилых больных с непроходимостью подколенной вены и вен голени.

С целью диагностики и определения метода лечения больным выполнены различные исследования: осциллография, реовазография, электротермометрия, определение венозного давления, капилляроскопия, доплерография и флебография. На основании данных диагностических исследований 34 больных прооперированы и 56 больным проведено консервативное лечение.

Показаниями к операции были: 1) расширение подкожных вен; 2) несостоятельность клапанов коммуникантных вен с нарушениями флебогемодинамики; 3) клапанная несостоятельность подкожных и перфорантных вен с регургитацией крови. Основным условием являлась достаточная реканализация глубоких вен, способная обеспечить основной отток по реканализованным венам.

По этим показаниям оперированы 22 пациента в возрасте от 25 до 59 лет, которым выполнены операция Линтона (9 пациентам – ее модификация), заключающаяся в удалении расширенных поверхностных подкожных вен, перевязке коммуникантных

вен, пластике фасции голени, перевязке перфорантных вен. Во время операции с бедра и голени взяты кожно-подкожно-фасциальные куски для гистологического исследования.

У 12 больных при посттромбофлебитическом синдроме с трофическими язвами на голени произведено иссечение краев и дна язвы с перевязкой локальных перфорантных вен в сочетании с кожной пластикой.

Результаты операций при посттромбофлебитическом синдроме зависят от степени реканализации глубоких вен и их проходимости, от сроков заболевания и тех изменений, которые развиваются в подкожной клетчатке и системе микроциркуляции.

При микроскопии кожно-подкожного лоскута отмечен выраженный в разной степени склероз подкожной жировой клетчатки и кожи. Механизм развития склероза зависит от застоя венозной крови и лимфы, приводящих к скоплению в тканях продуктов обмена веществ, которые раздражают соединительную ткань и способствуют ее разрастанию, что приводит к замене подкожной жировой клетчатки рубцовой тканью.

В микроциркуляторном русле выявлены выраженные органические изменения: гипертрофия мышечного слоя стенок артериол, атрофия мышечных волокон стенок венул, морфологическая перестройка капилляров, фибропластическая дегенерация лимфатических сосудов и избыточное развитие венул и мелких вен в коже и подкожной клетчатке с депонированием в них крови. Эти изменения практически необратимы.

Для улучшения результатов операции необходимо хирургическое вмешательство в сроки от 8 до 12 месяцев после перенесенного тромбоза, пока изменения в микроциркуляторном русле носят функциональный характер.

Необходимо усвоить, что любая операция полностью не излечивает посттромбофлебитический синдром, а только улучшает нарушенную флебогемодинамику и снижает флебогипертонию, что делает эффе́ктивным консервативное лечение после хирургического вмешательства.

После выписки из стационара оперированным больным показано продолжительное амбулаторное консервативное лечение. Оно включает физиотерапию (токи УВЧ, электрофорез трипсина, гепарина, соллюкс, грязевые аппликации, парафин и т.д.). Все больные должны в течение 6 месяцев бинтовать эластичным бинтом оперированную конечность, пройти курс массажа и лечебной гимнастики. Рекомендуются избегать длительного пребывания на ногах, подъема тяжестей. Многим больным назначаются антикоагулянты в малых дозах, венорутон, эскузан, дезагреганты. Больные нуждаются в диспансерном наблюдении и периодическом консервативном лечении.

Из выше указанного видно, что посттромбофлебитический синдром является тяжелым хроническим заболеванием, поэтому особое значение имеет его профилактика. Профилактика включает раннюю диагностику, обязательную госпитализацию в экстренном порядке и энергичное лечение тромбозов и тромбофлебитов глубоких вен нижних конечностей и таза антикоагулянтами, фибринолитическими препаратами, активаторами фибринолиза, дезагрегантами.

Хирургическое лечение показано не позднее 7-8 дней с момента заболевания в специализированном отделении при: 1) эмбологенном тромбозе; 2) выраженном плеофemorальном тромбозе; 3) распространенном тромбозе в нижнюю полую вену (двусторонний тромбоз); 4) синей флегмазии.

Врачам следует помнить, что любой перелом костей, травму мягких тканей конечностей или выраженный воспалительный процесс (флегмона, рожистое воспаление, остеомиелит и др.) следует рассматривать как начало флеботромбоза и принимать диагностические и лечебные меры. Только при такой трактовке патологических процессов можно существенно снизить частоту посттромбофлебитического синдрома.

**PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF LOWER EXTRIMITIES  
POSTTHROMBOPHLEBITIC SYNDROME**

**T.V.KOTLUKOVA**

*Department of Hospital Surgery RPFU. Moscow, 117198M-Maklaya st.8.Medical faculty*

90 patients with lower extremities postthrombophlebitic syndrome (83 females and 7 males at the age of 25-80 years) were studied. linton operation was performed in 22 patients. in 12 patients resection of gravitational ulcer fundus and edges was done. 56 patients got a conservative treatment.

histological examination of cutaneous-subcutaneous-fascial pieces taken during operation showed serious alterations : sclerosis of hypodermic tissue and morphological changes in microcirculation. surgery does not result in complete recovery but improves phlebodynamics and contributes to effectiveness of post-surgical conservative treatment. patients with lower extremities postthrombophlebitic syndrome should be followed up in out-patient departments.