

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Авдеева В.М. Проблемы лечения и реабилитации больных послетромботической болезнью: обзор литературы // Академия педагогических идей «Новация». – 2017. – № 12 (декабрь). – АРТ 171-эл. – 0,4 п. л. – URL: <http://akademnova.ru/page/875548>

РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.366

Авдеева Виктория Максимовна

ординат,

Уральский государственный медицинский университет

г. Екатеринбург, Россия

chief.nauk@yandex.ru

**ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕТРОМБОТИЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Аннотация: В статье проведен обзор литературы по лечению послетромботической болезни. Анализ данных литературы позволил определить ряд нерешенных вопросов хирургического лечения больных послетромботической болезнью.

Ключевые слова: послетромботическая болезнь, хирургическое лечение, реабилитация, миниинвазивные методы лечения.

Avdeeva Victoria Maksimovna

ordinate,

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

**PROBLEMS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS
WITH POSTLETTROPHOBIC DISEASE: REVIEW OF LITERATURE**

Annotation: The article reviews the literature on the treatment of post-mortem sickness. Analysis of the literature data made it possible to determine a number of unresolved issues of surgical treatment of patients with post-mortem disease.

Key words: postmetrombotic disease, surgical treatment, rehabilitation, minimally invasive methods of treatment.

Одним из основных путей решения проблемы послетромботической болезни (ПТБ) остается обоснованное применение эффективных методов хирургической реабилитации. При этом предлагаемые способы хирургической реабилитации пациентов с ПТБ еще недостаточно эффективны. Кроме этого, в существующей литературе не найдено систематизированного подхода к определению показаний, объема оперативного вмешательства. Остаются недостаточно изученными отдаленные результаты реабилитационного лечения пациентов с ПТБ, что не дает возможность патогенетически обосновать показания и оптимизировать способы хирургической реабилитации.

Важным и окончательно нерешенным вопросом лечения больных ПТБ является место хирургического вмешательства в алгоритме оказания медицинской и реабилитационной помощи. Много работ посвящено комплексному лечению больных после перенесенного тромбоза глубоких вен (ТГВ) к клинической манифестации ПТБ с применением тромболиза, миниинвазивных оперативных вмешательств. К преимуществам селективного катетерного тромболиза относят сохранение клапанного аппарата вен, но при этом остается высокий риск эмболизации вен и тромбоза. Однако в 70-95% больных даже при адекватном лечении,

включающем тромболитис, антикоагулянты, венолимфотоники, нестероидные противовоспалительные препараты, в отдаленные сроки все равно развивается ПТБ.

В настоящее время существуют три основных метода ликвидации несостоятельности перфоранты. Это эндоскопическая диссекция, различные модификации операции Линтона и чрескожная облитерация [4; 12]. По данным клиники Мейо, при 5-летнем наблюдении частота рецидивов язв у пациентов с ПТБ составила 56%, с варикозной болезнью - 15%.

Хирургические вмешательства, такие как операция Линтона и подобные, в настоящее время полностью устарели [6]. Их альтернативой может быть разрушение несостоятельных перфорантных вен под контролем ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) [25].

Чрескожная облитерация перфорантных вен может быть выполнена при помощи эхо-контролируемой склеротерапии, радиочастотной или лазерной термооблитерации. Несмотря на оптимистичные результаты, эффективность эхоконтролируемой склеротерапии несостоятельных перфоранты вен необходимо подтвердить результатами рандомизированного контролируемого исследования. Такие миниинвазивные способы коррекции низкого рефлюкса несмотря на малую травматичность и низкую вероятность осложнений, имеют высокий уровень рецидивов горизонтального венозного рефлюкса после применения таких методов. Частота рецидивов язв у больных ПТБ после склерооблитерация достигала 32% из реканализации перфоранты на 33% конечностей. Эффективность термической облитерации вообще не установлена, в 20% случаях наступает реканализация.

Большинство флебологов в лечении трофических язв послетромботического генеза пытаются достичь только их заживления с

использованием паллиативных методик лечения [9; 19]. Настороженность по применению хирургических методик при этом связана с большим количеством неудовлетворительных результатов, которые можно объяснить отсутствием целеустремленности и известной шаблонностью.

Перфорантный венозный рефлюкс является одним из ведущих факторов в развитии трофических нарушений при ПТБ. Операции типа Линтона-Фельдера, которые были классическими методиками устранения несостоятельности перфорантных вен, травматическими, особенно когда выполняются в условиях трофических нарушений. Кроме того, эти объемы характеризуются высоким процентом послеоперационных осложнений, развивающихся впоследствии - это парестезии и длительные сроки реабилитации, приводит со временем к отказу от такого рода вмешательств. Современной альтернативой коррекции низкого перфорантного сброса является субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен (СЕДПВ), со значительно меньшим количеством осложнений и коротким сроком реабилитации. Вместе с тем, существует процент осложнений при СЕДПВ в виде раневых осложнений, субфасциальным гематом, парестезией со стороны раны. Перфорантные вены с выраженными патологическими изменениями их стенок являются патоморфологической основой формирования низкого патологического венозного сброса. Классические операции по устранению патологического перфорантного венозного сброса высокоэффективные, однако, перфорантогенез приводит к рецидиву горизонтального венозного рефлюкса уже через 5 лет после хирургического вмешательства.

Проблема лечения больных ПТБ до сих пор не утратила своей актуальности, несмотря на значительный прогресс в диагностических методах исследования и внедрение в хирургической практике новых технологий оперативного лечения.

Восстановительные и реконструктивные операции, которые выполняются на настоящее время, не всегда эффективны. Это объясняется, с одной стороны, сложностью решения основных хирургических задач - обеспечение адекватного оттока крови и восстановления клапанного аппарата венозных магистралей конечности [16], а с другой, - тем, что не всегда учитывается тяжесть трофических расстройств в тканях нижних конечностей [20].

Для разработки лечебно-лечебного алгоритма у больных с трофическими изменениями определяется поверхностное венозное давление, субфасциальное внутритканевое давление, амплитуду движения в голеностопе, маркеров эндотоксикоза и тому подобное. Но без распределения по нозологическим формам и клиническими классами при этом, к тому же выбор объема оперативного вмешательства сводился к использованию СЕДПВ с возможным сочетанием с фасциотомией.

В зарубежных исследованиях представлены разработанные алгоритмы выбора объема оперативного вмешательства у больных ПТБ, где основным диагностическим критерием является состояние проходимости и вид рефлюкса по венам различных систем по данным сонографического исследования, флебографии и плетизмографии.

Более подробно выбор лечебной тактики, освещены в современных работах [14; 22], в которых доказана целесообразность симультанного вмешательства на венозной системе и язвенном дефекте с целью подготовки

к дальнейшей аутодермопластике, четко определенный тип фасциокомпрессионного синдрома (ФКС) и соответствующие оперативные мероприятия. В то же время, в лечении трофических язв большинство флебологов придерживаются многоэтапного подхода.

Неоднозначное отношение к объему и методикам лечения трофических язв венозного генеза существует среди ученых и исследователей до сих пор. По разному уделяется внимание местному лечению. В попытках улучшить результаты лечения трофических дефектов используют редкие лекарственные формы и физиотерапевтические методы [2]. Результаты воздействия на трофические дефекты физических средств, в частности, ультразвука, лазеротерапию, озона, вакуум-терапии в своих работах показали много исследовательских групп [5; 18; 26]. Особое внимание уделяется проблеме закрытия трофических язв. Для этого активно используют раневые покрытия, аутовенозную ткань, стимуляцию роста грануляций, регенерации эпителия эбермином, тромбоцитарным концентратом [13; 21; 24]. Отечественные исследователи с целью подготовки трофических язв к оперативному лечению применяют озон (в системном кровотоке и местно) в комплексном применении с препаратами гиалуроновой кислоты и солкосерила [1; 10].

Но, несмотря на определенный прогресс в лечении трофических язв при ПТБ, реальная частота рецидива, составляет около 80% за 8-летний период наблюдения за такими больными.

Если вопрос ликвидации вертикального рефлюкса в большой или малой подкожных венах тем или иным методом является решенными и ни у кого из хирургов не вызывает сомнений, то вопрос о необходимости ликвидации горизонтального рефлюкса и способах его выполнения остаются

дискуссионными, особенно при наличии трофической язвы в зоне оперативного вмешательства.

Положительным в использовании СЕДПВ являются [3; 15; 23]:

1) возможность выполнения широкой ревизии субфасциального пространства с лигированием перфорантных вен латерального футляра;

2) при создании доступа разъединяется соединительнотканый каркас для ликвидации компартмент-синдрома, за счет чего улучшается функция мышечно-венозной помпы;

3) возможность выполнения паратибиальной фасциотомии для улучшения лимфодренажной функции в голени. СЕДПВ голени достаточно радикальной и улучшает функцию мышечно-венозной помпы. Частота интра- и послеоперационных осложнений в условиях безупречной методики и техники выполнения СЕДПВ не превышает соответственно 1,1 и 1,3%.

СЕДПВ является необходимым компонентом комплексной программы лечения хронической венозной недостаточности, особенно у пациентов с венозной язвой и несостоятельными неоперфорантами после ранее проведенных хирургических вмешательств.

Исследование уровня D-димера (ДД) и активности (антитромбина-III) АО-III некоторые исследователи проводили у больных с варикозной болезнью, осложненной язвой, и сразу после оперативного вмешательства в объеме СЕДПВ. Авторами отмечается положительный результат СЕДПВ. В своих исследованиях гемостаза у больных ПТБ авторы указывают на возросший уровень ДД общего кровотока, который не приходил в норму в послеоперационном периоде, и величина показателя ДД в его исследовании коррелировала с уровнем содержания фибриногена в крови и указывала на неэффективность антикоагулянтной терапии [11; 17].

В последнее десятилетие в лечении хронических стенозов и окклюзий подвздошно-бедренного венозного сегмента, отдается предпочтение эндоваскулярному вмешательству. Эта тенденция четко прослеживается в работах S. Raju, который представил результаты стентирования 982 подвздошных вен, выполненных по поводу ПТБ и синдрома Мэй-Турнера. Оказалось, что при ПТБ (несмотря на сохранение рефлюкса крови) стентирование снижает болевой синдром и отеки соответственно в 62 и 32% пациентов, а также приводит к заживлению венозных трофических язв в 58% случаев и улучшения качества жизни.

Хирургическое удаление подкожных варикозных вен не только решает косметические проблемы, но и улучшает кровоток по глубоким венам. Об этом свидетельствует исследование Н. Tanaka и соавторов, в котором проанализированы морфологические изменения в глубоких венах до и после флебэктомии. С помощью УЗДС был измерен диаметр глубоких вен на разных уровнях в вертикальном и горизонтальном положениях. Оказалось, что поперечный срез в общей и поверхностной бедренных и подколенной венах в вертикальном положении у пациентов с варикозной болезнью достоверно больше, чем у здоровых людей. После флебэктомии площадь поперечного среза подколенной вены и бедренной вены уменьшалась.

Уже не одно десятилетие используются различные методики коррекции кровотока по глубоким венам, однако, остаются вопросы о наличии показаний, сроков проведения и выборе оптимального объема вмешательства, в т.ч. коррекции венозных клапанов. Хирургические вмешательства на клапанах глубоких вен требуют внедрения инновационных методик.

Всероссийское СММ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации ЭЛ №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Ряд исследователей предлагают комбинировать операции на различных системах нижней конечности одновременно или с разрывом во времени. Остро стоят и вопросы инвазивности коррекции клапанов от экстравазальной коррекции к интравазальному вмешательству с формированием неоклапанов.

Евсевьева и др. в своих работах [7-8] в оперативном лечении предлагают дополнять вмешательства на венозной системе наложением лимфовенозных и лимфонодуловоенозных анастомозов. Но в условиях выраженной индукции и инфицированности трофических язв риск послеоперационных осложнений побуждает к отказам в выполнении сложных хирургических манипуляций на глубоких венах.

Ограниченное использование оперативного лечения у больных и инвалидов вследствие ПТБ обусловлено отсутствием четких показаний, сроков по его применению и объема вмешательств. Кроме этого, при определении показаний и объемов хирургического лечения не учитываются показатели состояния системного и регионарного гемостаза и переоцениваются данные сонологического обследования. К тому же, расходятся ученые и в выборе объема хирургического лечения. Так, в ряде клиник предпочитают операции, корректирующие кровоток по глубоким венам, тогда как в других, главным образом, устраняют рефлюксы в системе поверхностных и перфорантных венах. Последние обосновывают это хорошими отдаленными результатами коррекции венозного кровотока.

Таким образом, анализ данных литературы позволил определить ряд нерешенных вопросов хирургического лечения больных ПТБ: остаются неопределенными показания к операциям с патогенетическим обоснованием оптимального объема и сроков проведения миниинвазивных хирургических вмешательств и предоперационного консервативного лечения, а также место

хирургических вмешательств в программе восстановительного лечения больных и инвалидов вследствие ПТБ.

Список использованной литературы:

1. Аракелян Б.В., Багненко С.Ф., Рухляда Н.Н., Бирюкова Е.И., Мельников А.С., Миннуллин Р.И. Возможности коррекции нарушений микроциркуляции в кишке при разлитом перитоните гинекологического происхождения // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009. Т. 168. № 4. С. 77-80.
2. Боташева Т.Л., Линде В.А., Ермолова Н.В., Саргсян О.Д., Рогова Н.А. Особенности системы сосудистоэндотелиальных факторов роста при физиологической беременности в зависимости от пола плода // Медицинский вестник Юга России. 2013. № 4. С. 38-42.
3. Вербицкий Е.В., Топчий И.А. Габитуация вызванных потенциалов у лиц низкой, умеренной и высокой тревожности // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2005. Т. 55. № 4. С. 514-517.
4. Войтенков В.Б., Киселева Л.Н., Карташев А.В. Диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция при новообразованиях головного мозга // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 5 (53). С. 85-89.
5. Горошинская И.А., Шевченко А.Н., Филатова Е.В., Немашкалова Л.А. Изучение белков острой фазы при лечении больных мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. Т. 11. № 4. С. 521-525.
6. Дутова Т.И., Скороходов А.П. Значение генетически обусловленных тромбофилий в развитии атеротромботического подтипа ишемического инсульта у лиц молодого возраста // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 65. С. 157-164.
7. Евсевьева М.Е., Мищенко Е.А., Ростовцева М.В., Галькова И.Ю., Чудновский Е.В., Русиди А.В.С., Смирнова Т.А. Суточный профиль артериального давления у лиц молодого возраста с признаками предгипертензии // Артериальная гипертензия. 2013. Т. 19. № 3. С. 263-269.
8. Евсевьева М.Е., Ростовцева М.В., Галькова И.Ю., Русиди А.В., Андреева Е.А. About correlation of socio-psychological status and factors of cardio-vascular risk at young contingent // В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 37.
9. Жуков Б.Н., Лысов Н.А., Бычков П.К. Способ лечения диабетической ангиопатии нижних конечностей // Патент на изобретение RUS 2049500
10. Завалко А.Ф., Лысов Н.А., Прохоренко И.О. Использование магнитолазеротерапии в коррекции уровня тревожности у женщин с метаболическим синдромом // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17. № 3. С. 87-88.

11. Каганова Н.Л., Фриго Н.В., Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф. Генетические аспекты псориаза // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 4. С. 20-26.
12. Котова Т.Г., Коченов В.И., Цыбусов С.Н., Гурин А.В. Сравнительные результаты лечения гемангиом кожи методом криодеструкции и диатермокоагуляции // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. Т. 10. № 3. С. 194-199.
13. Кулавский В.А., Зиганшин А.М., Кулавский Е.В. Несостоятельность мышц тазового дна // Мать и дитя в Кузбассе. 2012. № 3. С. 8-14.
14. Лопушов Д.В., Малеев М.В. Оценка канцерогенной опасности промышленных предприятий с позиции биохимического скрининга // Практическая медицина. 2013. № 1-2. С. 55.
15. Мазо Е.Б., Завалишин И.А., Кривобородов Г.Г., Шварц П.Г. Рассеянный склероз и нарушения мочеиспускания: клиника, диагностика, лечение // Неврологический журнал. 2002. № 4. С. 4.
16. Макаров К.Ю., Ефремов А.В., Трунов А.Н. Патогенетическое обоснование иммунореабилитации пациенток с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями придатков матки в стадии ремиссии // Журнал экспериментальной и клинической медицины. 2004. № 4. С. 6.
17. Койносов А.П., Мирошниченко В.В., Хвесько А.С. Влияние конституции на развитие отдельных патологических состояний // Морфология. 2010. Т. 137. № 4. С. 89.
18. Кузнецова К.Ю., Асланова М.М., Шихбабаева Ф.М. Система цифровой микроскопии - информационный источник мониторинга за биогельминтозами на территории Российской Федерации // Здоровье населения и среда обитания. 2016. № 5 (278). С. 51-53.
19. Орлов В.И., Линде В.А., Дубровина С.О., Ермолова Н.В., Зинкин В.И., Маркарьян И.В. Консервативное лечение шеечной беременности // Проблемы репродукции. 2011. № 2. С. 39-42.
20. Пахомов А.А., Рухляда Н.Н., Бакина Н.Н., Чернов Д.А. Психофизиологические особенности женщин в климактерическом периоде // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2011. № 10 (80). С. 159-163.
21. Роживанов Р.В., Парфенова Н.С., Курбатов Д.Г. Лечение олигоспермии у мужчин с бесплодием // Проблемы эндокринологии. 2010. Т. 56. № 1. С. 31-34.
22. Салмина А.Б., Инжутова А.И., Моргун А.В., Окунева О.С., Малиновская Н.А., Лопатина О.Л., Петрова М.М., Таранушенко Т.Е., Фурсов А.А., Кувачева Н.В. НАД⁺-конвертирующие ферменты в клетках нейрональной и глиальной природы: cd38 как новая молекула-мишень для нейропротекции // Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. № 10. С. 29-37.
23. Уткин О.В., Старикова В.Д., Перенков А.Д., Янченко О.С., Барышников А.Ю., Новиков В.В. Встречаемость сплайсированных вариантов матричной рнк dr3/lard при раке толстой кишки // Молекулярная биология. 2013. Т. 47. № 5. С. 828-834.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

24. Хорева О.В. Клинико-морфологический анализ острой почечной недостаточности при материнской смерти: автореф. дисс. ... кандидат. мед. наук. - Челябинск, 2000. – 20 с.

25. Шкарубо А.Н. Способ малоинвазивного хирургического лечения больших и гигантских опухолей основания черепа эндо-экстраселлярной локализации // Патент на изобретение RUS 2228718 13.02.2003

26. Martynova A.V., Pruschinskyi A., Balabanova L.A. Emergence of haemophilus influenzae strains in the nasopharynx of children with tuberculosis // Pulmonary Medicine. 2011. T. 2011. C. 420284.

Дата поступления в редакцию: 18.12.2017 г.

Опубликовано: 23.12.2017 г.

© Академия педагогических идей «Новация», электронный журнал, 2017

© Авдеева В.М., 2017