

Лечебная тактика и прогноз хирургического лечения у больных посттромботической болезнью нижних конечностей. Предварительное сообщение

В. Л. Ермолаев, С. В. Савкин, Е. Н. Адаева

Резюме

Работа посвящена выявлению ряда анамнестических и клинических параметров посттромботической болезни (ПТБ) нижних конечностей, ранжированию их по балльной системе для построения шкалы, определяющей рациональную лечебную тактику и прогноз. В основу исследования положен анализ историй болезни 115 пациентов с ПТБ нижних конечностей при наличии IV, V, VI классов ХВН (СЕАР, 1994).

Ключевые слова: посттромботическая болезнь, хирургическое лечение, прогностическая шкала.

Введение

Распространенность ПТБ нижних конечностей и тяжесть ее течения делает эту патологию особо значимой для практической медицины. Заболевание в значительной степени снижает качество жизни больных и становится причиной не только физических страданий, но и создает для пациентов серьезные психологические трудности. Эта патология, несомненно, представляют не только серьезную медицинскую, но и социально-экономическую проблему [1, 6].

Наиболее тяжелые (инвалидизирующие) формы ПТБ нижних конечностей, с наличием язвенного синдрома, развиваются после перенесенного тромбоза магистральных вен таза во время беременности, родов или различных операций на органах брюшной полости и малого таза (нисходящие тромбозы), а также восходящих тромбозов — вследствие перехода на глубокую систему варикотромбофлебита или распространении процесса в проксимальном направлении с голенного сегмента. Именно эти категории больных явились предметом нашего исследования (факторы включения). Поскольку основная масса больных с ПТБ не может лечиться в условиях специализированных хирургических стационаров (сосудистых отделений) и вынуждена находиться в поле зрения общих

хирургов, последним, по нашему мнению, необходимо иметь под рукой какие-то простые, основанные на сугубо клинических параметрах схемы, позволяющие правильно ориентироваться в лечебной тактике и прогнозе. Убедительное подтверждение нашей мысли находим в последней монографии *Гришина И. Н.* и соавт. [2], где авторы пишут, что несмотря на существование большого количества различных схем и классификаций ПТБ — все они в большей степени пригодны для выполнения научных работ в условиях специализированных сосудистых отделений. Мы же исходим из необходимости создать для практического врача удобную и предельно простую схему, которая позволит в условиях неспециализированного хирургического стационара лучше ориентироваться в вопросе выбора лечебной тактики и прогнозирования результатов хирургического лечения.

Целью данной работы было изучение некоторых параметров анамнеза и клинического течения ПТБ, определить для каждого из них соответствующий эквивалент в баллах (от 1 до 3-х), свести показатели в единую тактико-прогностическую шкалу.

Материалы и методы

Работа основана на ретроспективном анализе анамнеза, клинических данных и результатов хирургического лечения 115 пациентов с различными формами ПТБ нижних конечностей (ХВН IV–V–VI классы СЕАР), лечившихся в отделении хирургической инфекции

Ермолаев Василий Леонидович — проф. кафедры хирургических болезней стоматологического факультета Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург.

ЦГБ №7 в период с 2002 по 2003 гг. Обработка параметров произведена с использованием методов вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди наших 115 пациентов имелось явное преобладание женщин — 75 человек (65,2%), что полностью согласуется с литературными данными [1, 2, 9, 10]. Считаем, что в прогностическом отношении на результаты хирургического лечения этот фактор существенного влияния не оказывал, поэтому в интегральную шкалу он не включен (фактор исключения).

Возраст пациентов колебался в широком диапазоне (от 24 до 82 лет) и особенностью явилось то, что преобладали лица пожилого и старческого возраста—78 человек (67,8%). В возрасте до 50 лет было 37 человек (32,2%).

Идентичные сведения приводят многие авторы [2, 4, 5–7, 9, 10], поэтому мы сочли необходимым использовать возрастной параметр (фактор включения) в следующих градациях: возраст до 50 лет — 1 балл, от 51 до 60 лет — 2 балла, свыше 60 лет — 3 балла.

Следующим параметром (фактором включения) мы обозначили сопутствующую патологию, которая у наших больных оказалась весьма многообразной. Так например, у 61 пациента (53%) имелась гипертоническая болезнь, у 34 (29,6%) — ишемическая болезнь сердца (ИБС) + постинфарктный кардиосклероз + сахарный диабет, у 17 (14,8%) — заболевания желудочно-кишечного тракта, у 16 (13,9%) — различная хроническая неврологическая патология, у 14 (12,2%) — патология дыхательной системы, у 13 (11,3%) — в анамнезе травмы опорно-двигательного аппарата, у 11 (9,6%) — различной степени ожирение. И только у 7 пациентов (6,1%) мы не обнаружили сопутствующей патологии. Ранжировку фоновой патологии осуществили следующим образом: отсутствие сопутствующей патологии — 1 балл, хронические заболевания (кроме сердечно-сосудистых) — 2 балла, сердечно-сосудистая и эндокринная патология — 3 балла.

Изначально предполагалось, что длительность анамнеза ПТБ и в особенности длительность существования трофических язв может оказаться одним из самых убедительных прогностических факторов, поскольку в литературе на взаимосвязь этих параметров обращают внимание многие исследователи [1, 2, 6, 7, 10], в чем мы убедились и при анализе собственного материала. Это позволило нам использовать оба параметра (факторы включения) в разрабатываемую прогностическую шкалу. Длительность анамнеза ПТБ до 10 лет оценивалась

1 баллом, от 11 до 20 лет — 2 баллами, свыше 20 лет — 3 баллами.

Клиническая форма ПТБ и стадия выраженности ХВН по СЕАР — по данным литературы [1, 2, 9] традиционно считаются чрезвычайно важными факторами, влияющими на результаты лечения. У всех без исключения наших 115 пациентов имелась разной степени выраженности хроническая венозная недостаточность. У 18 больных с отечно-варикозной формой (15,6%) — имелась IV стадия ХВН. Из 97 человек (84,4%) с язвенными формами ПТБ, у 86 пациентов имела место ХВН V стадии, и они также подверглись оперативному лечению. У остальных 11 человек (9,5%) с ХВН VI стадии в силу невозможности осуществления хирургического пособия (обширные, незаживающие и совершенно не санируемые трофические язвы) — осуществлялось сугубо консервативное лечение с перспективой пересмотра тактики при последующих госпитализациях в стационар. В конечном итоге, больных с отечно-варикозной формой ПТБ при наличии ХВН IV стадии оценивали 1 баллом, варикозно-язвенной в сочетании с ХВН V стадии — 2, сочетанной (отечно-варикозно-язвенной) с ХВН VI стадии — 3 баллами.

Диаметр трофической язвы и способность ее к регенерации по глубокому нашему убеждению является важнейшим показателем в прогнозе на заживление (факторы включения). Из 97 наших пациентов, имеющих язвенную форму ПТБ, у 78 человек трофическая язва к моменту поступления в отделение не превышала в диаметре 5 см, характеризовалась спонтанным заживлением и оценивалась нами 1 баллом. У 14 человек параметры язвы составляли 5–10 см. и к моменту поступления в стационар имелось всего лишь частичное заживление после предварительного комплексного консервативного лечения, что позволяло оценить ситуацию 2 баллами. В 5 случаях параметры язвы превышали диаметр 10 см или были циркулярными, они находились в состоянии стабильного незаживления, что нами оценивалось 3 баллами.

Следующими факторами включения мы определили виды и объем предшествующего лечения. Если имела место наиболее благоприятная ситуация (стационарное лечение, в особенности оперативное + амбулаторное комплексное консервативное) — ранжировка определялась 1 баллом. Если имело место только амбулаторное консервативное лечение — 2 баллами. В случае отсутствия какого-либо стационарного и амбулаторного лечения — 3 баллами. В особенности нас настораживали те пациенты, которые несмотря на проводимое ранее

лечение как в условиях стационара, так и амбулаторно- позволили себе пренебрегать предписаниями лечащих врачей и консультантов (прекращали носить эластические бинты, использовать венотоники, в особенности детралекс, отменяли антикоагулянтную или дезагрегантную терапию, рекомендации по трудоустройству). Все они, разумеется, были отнесены в третью подгруппу.

В конечном виде разработанная нами интегральная прогностическая шкала ПТВ представлена в табл. 1.

При сумме баллов до 6 — прогнозировались хорошие результаты хирургического лечения, так как больные не требовали какой-либо специальной подготовки и все могли быть прооперированы сразу же после поступления в хирургическое отделение. При сумме баллов до 12 — прогнозировалось лишь достижение удовлетворительных результатов, несмотря на предварительную комплексную подготовку. При сумме баллов до 18 прогнозировались неудовлетворительные результаты лечения, и поэтому следовало ограничиться лишь комплексной консервативной терапией.

В последние годы наметилась отчетливая тенденция к предпочтению оперативного лечения ПТВ. В частности А. К. Ревской [6] полагает, что чем раньше производится оперативная коррекция нарушенного венозного кровотока, тем лучше ближайшие и отдаленные результаты. Нам импонирует точка зрения Кириенко А. И. и соавт. [3], которые предостерегают от шаблонного подхода к показаниям для оперативного лечения: «... хирурги стационаров предпочитают оперировать едва ли не всех больных. При этом зачастую не принимаются во

внимание ни форма, ни стадия ХВН». Руководствуясь именно такими соображениями, мы создавали сугубо для практических хирургов прогностическую шкалу, построенную на клинической форме ПТВ и стадии ХВН по СЕАР.

Нами из 115 пациентов оперативное лечение (одноэтапная или двух-, трехэтапная коррекция выявленных нарушений венозной гемодинамики путем устранения вторичной венозной трансформации поверхностных вен, а также устранения выявленных на дуплексном сканировании вертикального и горизонтальных рефлюксов) осуществили у 104 пациентов (90,4%): у 18 человек с отечно-варикозной формой и у 86 с язвенной. У 11 больных (9,6%) — в силу вышеотмеченных обстоятельств и плохого прогноза ограничились сугубо консервативным лечением. В данной работе мы не анализируем подробности комплексного хирургического лечения, поскольку они обстоятельно изложены в фундаментальном исследовании О. Ю. Меняйленко [4].

В конечном итоге, непосредственные результаты хирургического лечения наших 115 пациентов выглядят следующим образом (табл. 2) — хорошие (ликвидация вторичной варикозной трансформации, болей, отеков, полное заживление трофической язвы) — 67 человек (58,3%); удовлетворительные (частичный регресс варикозно-отечно-болевого синдрома, частичное заживление трофической язвы) — 32 человека (27,8%); плохие (*status idem* всех параметров) — 16 человек (13,9%).

После сопоставления разработанной нами прогностической шкалы с результатами хирургического лечения сделаны следующие выводы:

Таблица 1. Интегральная прогностическая шкала для больных ПТВ нижних конечностей

Параметры	Баллы		
	1 балл	2 балла	3 балла
1. Возраст	До 50 лет	51– 60 лет	> 60 лет
2. Сопутствующая патология	Нет сопутствующей патологии	Хронические заболевания (кроме сердечно – сосудистой патологии)	Хронические сердечно-сосудистые заболевания + эндокринные заболевания
3. Длительность основного заболевания (ПТВ), давность язвенного анамнеза	До 10 лет	11– 20 лет	> 20лет
4. Клиническая форма ПТВ и стадия ХВН по СЕАР	Отечно-варикозная, ХВН–СIV	Варикозно-язвенная, ХВН–CV	Сочетанная (отечно-варикозно-язвенная), ХВН–CVI
5. Диаметр трофической язвы (в см) и способность ее к регенерации	До 5 см, спонтанное заживление язвы (язв)	5– 10 см, периодическое заживление язвы	> 10 см или циркулярные язвы, не заживающие язвы
6. Виды и объем предшествующего лечения	Стационарное + амбулаторное лечение (операция + медикаментозное + физиотерапия)	Только амбулаторное лечение (медикаментозное + физиотерапия)	Не получавшие лечения

Таблица 2. Непосредственные результаты хирургического лечения 115 больных ПТБ нижних конечностей

Группы	n	Результаты лечения		
		хорошие	удовлетворительные	плохие
1. ПТБ, отечно-варикозная форма (оперированные)	18	18	-	-
2. ПТБ, язвенные формы	97	49	32	16
а) - оперированные	86	49	30	7
б) - консервативное лечение	11	-	2	9
Итого	115	67 (58,3%)	32 (27,8%)	16 (13,9%)

1. При сумме баллов до 6 предварительного лечения больным не требуется, им сразу можно выполнять одноэтапную коррекцию нарушенной гемодинамики и рассчитывать на достижение хороших результатов (полное заживление язв).

2. При сумме баллов до 12 пациентам в обязательном порядке требуется подготовительное санационное лечение язв, затем оперативное лечение (зачастую в 2 этапа). В послеоперационном периоде они требуют проведения комплексного реабилитационного консервативного лечения с использованием детралекса. При выполнении этих условий можно прогнозировать удовлетворительный результат (частичное заживление язв).

3. При сумме баллов до 18 — показано сугубо консервативное комплексное лечение с обязательным использованием детралекса, и прогноз в объеме достижения только санирования трофических язв.

4. Положив в основу интегральную оценочную шкалу при ПТБ, можно с успехом на основе прогнозирования осуществлять дифференцированное хирургическое и консервативное лечение больных с язвенными формами ПТБ.

Литература

1. Васютков В. Я., Проценко Н. В. Трофические язвы стопы и голени. М: Медицина; 1993.
2. Гришин И. Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей. Минск: Выш. шк.; 2005.
3. Кириенко А. И., Григорян Р. А., Золотухин И. А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности. Здравоохранение Урала. 2003; 7; 67–72.
4. Меняйленко О. Ю. Роль низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении язвенных форм посттромбофлебитической болезни. [автореф. дис. канд. мед. наук]. Екатеринбург; 2004.
5. Покровский А. В. Клиническая ангиология. М: Медицина; 1979.
6. Ревской А. К. Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей. Томск: Изд-во Томского ун-та; 1980.
7. Стойко Ю. М., Ермаков Н. А., Шайдаков Е. В. Консервативная терапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств (клинические и фармакологические аспекты). Флебологическая. 2003; 19: 12–16.
8. Ступин В. А., Атанов Ю. П., Горюнов С. В., Бутищенко И. А. Хирургическая тактика при венозных трофических язвах. Актуальные проблемы современной хирургии. Труды международного конгресса. М.; 2003: 2002.
9. В. С. Савельев. Флебология: руководство для врачей. М: Медицина; 2001.
10. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Шелоков А. Л. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. М: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек; 2003.