

Камалов С.К.,
Мухаммадиева П.Р.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Самаркандский медицинский институт

Особенностью хирургического лечения посттромбофлебитической язвы у больных старческого возраста изучены недостаточно. В то же время посттромбофлебитическая язва у больных в возрасте старше 60 лет встречается в 5-7 раз чаще, чем у лиц молодого возраста.

Если учесть, что число пожилых (от 60 до 74 лет) и старых людей (75-80 лет) в нашей республике увеличивается, то указанная проблема представляется актуальнее.

Трофическая язва венозной природы составляет более 70% от всех язв нижних конечностей (варикозное, посттромбофлебитическое, диабетическое, нейротрофическое, посттравматическое и прочее).

Особенностью клинического течения посттромбофлебитического синдрома (ПТФС), у больных старческого возраста является прогрессирующая декомпенсация заболевания. В молодом и среднем возрасте заболевание носит компенсированный характер. Ухудшение состояния возникают в пожилом и старческом возрасте.

Декомпенсация заболевания в старческом возрасте связана со многими причинами, свойственными процессу старения. Нарушения иммунитета и реактивности организма, изменения в свертывающей системе крови, угнетение функции жизненно важных органов.

Местными причинами являются изменение функции мышечно-венозной помпы, нарушение статики и походки у пожилых, а также возрастной склероз клапанов глубоких и поверхностных вен нижних конечностей, склонность вен к дилатации в связи с нарушениями васкуляризации и склерозом стенок вен.

Посттромбофлебитический синдром после тромбоза глубоких вен нижних конечностей развивается в 70-90%. из них до 70% случаев осложняется трофической язвой голени. (В.Я. Васюков).

Причина данной патологии гипертензия и гидравлическая «бомбардировка» мягких тканей голени через перфорантные вены с клапанной недостаточностью.

Задачей данной работы является анализ особенностей клинического течения и лечения посттромбофлебитической язвы голени у больных старшего возраста.

Всего с 2000 по 2011 гг. наблюдались 94 больных, из них 72 женщины и 22 мужчины. Пользовались классификацией ПТФС и ВРВ В.С. Савельева и Г.Д. Константиновой.

Лечение в стационаре получили 76 больных, из них 44 больных были оперированы, остальные 32 больных лечились консервативными методами.

Оперировано 44 больных (29 женщин, 15 мужчин) в

возрасте от 63 до 78 лет. 32 больных получали в стационаре консервативное лечение, 18 больных в амбулаторных условиях. также получали лечение консервативными средствами. Основной задачей консервативного лечения было снять обострение осложнений ПТФС (вспышка местной инфекции на коже голени, обострение дерматита и экземы, трофические язвы).

При хирургическом лечении больных старческого возраста учитывали частую инфицированность мочевыводящих путей, при инфицированной моче назначали ципринол, лифран, мегасеф, бисептол, канефрон.

При тяжелых формах сахарного диабета, осложненного микроангиопатией, больных не оперировали.

Для борьбы с местной инфекцией наиболее эффективными были внутримышечные инъекции цефолина, цефторана, цефтриаксона, а также повязки с раствором хлоргексидина или с фурацилиновой мазью. При обострениях дерматита и экземы, назначали мази, содержащие кортикостероиды.

Для лечения трофических язв пользовались обкалыванием их комбинированной смесью: новокаина, раствор гепарина, гидрокортизона, контрикала и антибиотиков соответственно чувствительности микрофлоры трофической язвы. Применяли от 2 до 6 обкалываний с перерывом 2-3 дня. На язву накладывали повязки с раствором хлоргексидина, на повязку поверх язвы - резиновую губку и фиксировали её эластичным бинтом от пальцев стопы до коленного сустава. При замедленном заживлении пользовались аутодермопластикой расщепленным лоскутом. Кожу брали с бедра.

При хирургических вмешательствах пользовались перидуральной анестезией, а также местным обезболеванием.

Различные варианты флебэктомии произведены 17 больным, операция разобщения поверхностной и глубокой венозных систем по Савельеву-Константиновой выполнена 13 больным.

Операция Линтона выполнена 14 больным, у которых избегали делать разрез кожи над инфильтратом, и производила разрез медиальной инфильтрата в неизмененных участках, одновременно рассекали кожу подкожную клетчатку и фасцию. Кожно-подкожно-фасциальный лоскут отсепааровывали и поднимали вверх, субфасциально перевязывали коммуникантные вены. Затем фасцию голени с внутренней стороны лоскута рассекали в продольном направлении и удаляли большую подкожную вену в зоне инфильтрата. Фасции ушивали редкими швами. Фасциопластику не производили так, как у больных пожилого и старческого

возраста она оказалось мало эффективной.

При выполнении хирургических вмешательств стремились производить все манипуляции максимально атравматично. Электрокоагуляцией не пользовались. Кровоточащие сосуды прошивали. Данный способ гемостаза оказался более надежным. Кроме того он предотвращал лимфорею в послеоперационном периоде.

При трофических формах ПТФС, осложненных язвой голени, придерживались щадящей тактики и производили операцию только после полного заживления язвы.

Применяли раннюю активизацию больных после операции. На следующий день поднимали их с кровати и назначали дозированную ходьбу по 5-10 минут. В последующее дни режим расширяли.

Для борьбы с тромбозомболическими осложнениями всем больным независимо от показателей коагулограммы за 2-3 дня до и пии гепарина (по 2500-5000 ЕД 4 раза в сутки под контролем свертываемости крови). Лечение гепарином продолжали 6-8 дней после операции. Гепаринотерапия облегчает течение послеоперационного периода, способствует гладкому заживлению операционных ран, что может быть связано с улучшением реологических свойств крови и условий микроциркуляции в органах и тканях. После гепаринотерапии больных переводили на после операции назначали подкожные инъек-

антикоагулянты непрямого действия. Терапия проводилась 1-3 месяца.

Сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического и консервативного лечения показал, что эффект после хирургического вмешательства значительно выше по сравнению с консервативным лечением.

Выводы

Основной особенностью ПТФС, осложненного трофической язвой голени у больных старческого возраста является прогрессирующая декомпенсация заболевания, сопровождающаяся частыми и тяжелыми обострениями.

При восходящем тромбозфлебите большой подкожной вены операция должна производиться независимо от возраста больного при отсутствии общих противопоказаний.

Консервативное лечение постфлебической язвы голени у больных старческого возраста имеет важное значение в пред- и послеоперационном периодах, а также при невозможности хирургического вмешательства.

Стойкого эффекта лечения можно достичь при систематическом наблюдении за больным с повторным проведением лечебнопрофилактических мероприятий.

Литература

1. Ананикян П.П. Завкавказская конференция геронтологов и гериатров, 4-я: Тезисы науч.сообщ.- Ереван, 1980, - С 260-262. 2.Васютков В.Я., Чекалин В.И. 11 Вестник хир. - 1978- № 2. - С. 73-78. 3.Константинова Г.Д. Хирургия 1997 № 6. - С.73-77. 4. Ревский А.К., Жураев Т.Ж. Посттромбозфлебический синдром нижних конечностей. - Томск, 1980. 5. Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности. В кн.: "50 лекций по хирургии" под ред. В.С. Савельева. М.: Триада-Х, 2003; 211-22. 6. Cavezzi, A, Michelin! S. Phlebolympoedema. From diagnosis to therapy. Edizioni P.R. Bologna, Italy 1998. 7.Nicolaidis AN. Chronic venous disease and the leukocyte-endothelium interaction: from symptoms to ulceration. Angiology 2005; 56 (suppl. 1): SI 1-9.