**Посттромбофлебитическая болезнь.**

Посттромбофлебитический синдром — симптомокомплекс, развивающийся вследствие перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Он представляет собой типичную разновидность хронической венозной недостаточности, проявляющейся вторичным варикозным расширением вен, стойкими отеками, трофическими изменениями кожи и подкожной клетчатки голени.

Классификация (Савельев В.С., 2001)

По локализации:

-Берцовый сегмент

-Подколенный сегмент

-Бедренный сегмент

-Подвздошный сегмент

-Нижняя полая вена

Формы поражения:

-Окклюзивная форма

-Реканализованная форма

Сепень ХВН:

0.Клинические проявления отсутствуют

1.Синдром "тяжелых ног", преходящий отек

2.Стойкий отек, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема

3.Венозная трофическая язва (открытая или зажившая)

Инструментальная диагностика:

1.Ультразвуковая доплерография

2.Ультразвуковое дуплексное сканирование

3.Радиоизотопная флебосцинтиграфия

4.Рентгеноконтрастная флебография - выполняется для уточнения анатомических изменений магистральных вен в результате патологического процесса при планировании различных реконструктивных вмешательств (операции Пальма-Эсперона или Уоррена-Тайра)

Лечебно-диагностическая тактика.

Любое врачебное (консервативное или оперативное) вмешательство не излечивает больного, а лишь предотвращает или замедляет прогрессирование, патологических изменений в глубоких магистралях и коллатеральных системах. Следует подчеркнуть, что основными способами помощи пациентам с посттромбофлебитической болезнью является компрессия и медикаментозное лечение.

Первым и строго обязательным шагом является назначение компрессионной терапии. Жесткость этого требования обусловлена тем, что адекватность и своевременность эластической компрессии служит залогом успешности любых последующих мероприятий. Чем раньше начато компрессионное лечение и чем более совершенные средства для этого используют, тем больше шансов у больного на замедление, а иногда и на прекращение прогрессирования болезни и развития ее осложнений. Огромным подспорьем является курсовое назначение современных высокоэффективных флеботропных препаратов. Только при безуспешности этих мероприятий следует ставить вопрос об оперативном вмешательстве, которое является паллиативным, поэтому должно быть по возможности минимальным.

Хирургическое лечение.

1.Коррекция мышечно-венозной помпы голени.

Показания:Нарушение деятельности мышечно-венозной помпы вследствие рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам.

Методы операций:

-Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени.

-Открытая субфасциальная перевязка перфорантных вен голени по Фельдеру-Савельеву. Особенностью вмешательства при посттробофлебитической болезни является устранение поперечной флотации крови по коммуникантным венам, которые связывают между собой глубокие вены голени. Для этого приподнимают ахиллово сухожилие и под ним пересекают и перевязывают вены, идущие между икроножными и камбаловидной мышцами.

2.Оперативные вмешательства на подкожных венах.

Показания:Устранение продольной флотации крови и уменьшение ее депонирования в конечности вследствие несостоятельности клапанов поверхностных вен.

Виды операций:

-Удаление поверхностных магистральных вен - выполняется при выраженном варикозном изменении подкожных вен, когда по ним практически нет антеградного кровотока и имеются инструментальные данные о восстановлении проходимости глубоких магистралей. Особенности венэктомии - нет необходимости удалять все подкожные вены на голени, так как часто это невозможно выполнить вследствие угрозы послеоперационных гнойно-некротических осложнений из-за трофических изменений в тканях.

-Приустьевая перевязка подкожных магистралей по Троянову-Тренделенбургу - производится при вторичной клапанной недостаточности и отсутствии варикозных изменений большой и малой подкожных вен. При реканализации глубоких вен показано лигирование подкожных магистралей над приустьевыми притоками (максимально близко к устью, что позволяет дренироваться по ним антеградно притекающей крови. При окклюзивной форме заболевания по приустьевым притокам кровь оттекает не только из подкожных вен, но и из глубоких вен. В этих случаях при необходимости ликвидации рефлюкса крови по подкожным венам эффективна их перевязка ниже приустьевых притоков, т.е. на 3-4 см дистальнее сафенофеморального соустья.

3.Реконструктивные вмешательства:

Восстановление клапанного аппарата:

-В условиях посттромбофлибитической болезни могут быть достигнуто трансплантацией ауто- или алловены с дееспособными клапанами, перемещением магистральной вены под защиту клапанов непораженной вены (транспозиция) или созданием искусственного клапанного механизма. В настоящее время эффективность и возможность применения таких операций подвергается сомнению.

Эндовазальные вмешательства при посттромбофлебитической болезни находятся в стадии разработки и могут быть реализованы только в дальнейшем.

Шунтирующие вмешательства:

-Операция Уоррена-Тайра (сафеноподколенное шунтиррование) - выполняется при окклюзии поверхностной бедренной вены

-Операция Пальма-Эсперона (перекрестное бедренно-бедренное шунтирование) - выполняется при односторонней окклюзии подвздошных вен.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>