

## ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКАЯ ЛИМФЕДЕМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

*Э.С.Джумабаев, Комилжанов А.Э.*

*Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

**Аннотация :** Заболевания вен нижних конечностей влекут за собой различные по тяжести и объему вторичные изменения в лимфатической системе. Изучить особенности лимфотока и его влияние на микроциркуляцию у больных с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей. Обследованы 88 больных с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей. С целью определения состояния микроциркуляции изучалась транскапиллярная диффузия по вено-венозному градиенту. С целью изучения резорбционно-транспортных возможностей лимфатической системы применялась методика непрямой лимфосцинтиграфии

**Ключивые слова.** посттромбофлебитическая лимфедема нижних конечностей, состояние лимфатического дренажа.

**Annotation :** In diseases of the veins of the lower extremities, they entail secondary changes in the lymphatic system of various severity and volume. To study the features of lymph flow and its effect on microcirculation in patients with post-thrombophlebitic lymphedema of the lower extremities. 88 patients with post-thrombophlebitic lymphedema of the lower extremities were examined. In order to determine the state of microcirculation, transcapillary diffusion along the veno-venous gradient was studied. In order to study the resorption and transport capabilities of the lymphatic system, the method of indirect lymphoscintigraphy was used.

**Key words :** post-thrombophlebitic lymphedema of the lower extremities, the state of lymphatic drainage.

**Введение.** Количество больных с заболеванием венозных сосудов нижних конечностей с каждым годом не только не уменьшается, но и отмечается явная тенденция к их росту, они стали не только медицинской, но и социальной проблемой[3],[4],[5],[6]. Высокая частота неудовлетворительных результатов

заболевания вен нижних конечностей объясняется часто тем, что изменения в венозной системе влекут за собой различные по тяжести и объему вторичные изменения в лимфатической системе.

**Цель исследования.** Изучить особенности лимфотока и его влияние на микроциркуляцию у больных с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Обследованы 88 больных с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей. Наибольшую группу составляют больные с длительностью хронической венозной недостаточности от 5х лет и более. Ригидные отеки наблюдались у 92% больных. Они достигали у некоторых больных значительной степени, их распространенность зависела от локализации и протяженности патологического процесса. В связи с прогрессированием заболевания у 22% имелась трофическая язва голени. У данной группы больных в связи с развитием фиброзной ткани в подкожной клетчатке и в коже у 61% больных появлялась гиперпигментация, а у 42% больных - индурация в нижней трети голени. У 11,3% больных отмечались более или менее выраженные явления целлюлита, дерматита или экземы.

Уровень и мониторинг напряжения кислорода в ткани нами производился на аппарате ТСМ- 2 радиометр "Дания" с контактным датчиком типа Кларка. У данной группы больных изучены результаты ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей, у 25% была окклюзивная форма поражения, у 42% реканализованная и у 33% частично реканализованная.

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании больных имелись значительные нарушения в транскапиллярном обмене. Количество капиллярного фильтра возрастало до  $13,2 \pm 0,30$  мл, потеря белка составляла  $4,10 \pm 0,15\%$ , также отмечалось снижение содержание натрия в крови в региональном кровотоке до  $137,11 \pm 0,32$ , (таблица 1).

### **Таблица 1**

#### **Состояние транскапиллярной проницаемости у больных с**

**посттромбофлебитической лимфедемой и (n=50)**

Клин.фор мы обсл.гр.	к-во кап.фильтр. (мл)	потер.белка (%)	к-во натрия м.моль/л
	12,3±0,3	3,80±0,15	142±0,32
Постттром б. синдром.	P<0,001	P<0,1	P<0,1
	2,05±0.11	2,08±0,12	148±0,14
Контр.гр. здор.лица (n =22)			

По мере расстройства микроциркуляции, ухудшается трофическое обеспечение тканей, о чем свидетельствуют имеющиеся значительные нарушения по доставке и утилизации в них кислорода. Изучение окислительно-восстановительных процессов с целью оценки нарушений тканевого метаболизма с помощью транскутанного напряжения кислорода. Так напряжение кислорода в тканях снижалось и находилось в пределах от 32 до 47 мм.рт.ст. Прирост уровня TcPO<sub>2</sub> после кислородной пробы находилось в пределах 68-75%, кислородная емкость тканей снижалась до 17-21 мм.рт.ст. таблица 2. Таким образом, по данным TcPO<sub>2</sub> можно заключить, что у данной группы больных имелись значительные нарушения доставки кислорода к тканям пораженной конечности.

**Таблица 2**

**Транскутанное напряжение кислорода в тканях у больных  
с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей  
(n=62)**

Клин.формы Обслед.гр.	Уров. ТсРО <sub>2</sub> тк. мм.рт.ст.	ТсРО <sub>2</sub> тк.при кис.наг. (%)	Кисл.емк.тканей мм.рт.ст
	32-47	68-75	17-21
Посттромбо флебитичес. синдром.	P<0.05).	P<0.05).	P<0.05).
Контрольн. гр. здор.лица (n =25)	57	90-95	53

При радионуклидном исследовании у больных с посттромбофлебитическим синдромом скорость лимфотока в конечности составила  $9,6 \pm 1,3$  мм/мин, а интенсивность выведения радионуклида в течении 1 часа составила 15%. Таким образом, у данной группы больных имелось выраженное нарушение лимфообращения в пораженной конечности по сравнению с контрольной группой, ( таблица 3).

**Таблица 3**

**Скорость лимфоотока и интенсивность выведения РФП из тканевого депо у больных с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей (n =38)**

Клинические формы обследуемых групп	Скорость лимфотока (мм/мин)	Интен. вывед.РФП из ткан. депо (%) за 1 час
	$8,4 \pm 1,3$	13

посттромбофлебитическая лимфедема нижних конечностей	P<0,01	P<0,01
Контрольная группа здоровые лица (n = 20)	14,1	24

**Заключение.** Таким образом, у больных с посттромбофлебитической лимфедемой нижних конечностей в связи с нарушением функции лимфатического дренажа имеются выраженные нарушения микрогемо- и лимфоциркуляции в пораженной конечности. Это приводит к нарушению метаболизма, ухудшающего развитие и исход патологического процесса. что указывает на необходимость коррекции не только венозного но и лимфатического дренажа в комплексном лечении данной категории больных.

### Литература

1. Бородин Ю.И. Лимфодренажный фактор эндозкологии. // Труды НИИК и ЭЛ СО РАМН.- Новосибирск.- 1998.- Т.- 7 с. 50-53.
2. Буянов В.М., Данилов К.Ю., Раззиховский А.П. Лекарственное насыщение лимфатической системы.- Киев. :Наукова думка. - 1991 – 136 с.
3. Джумабаев С.У. Перспективы развития клинической лимфологии в Узбекистане // Материалы Всероссийской конференции. Новое в лимфологии : Клиника, теория, эксперимент – Москва.- 1993.- С. 46-47.
4. Мариев А.И., Ушаков Н.Д., Ковчур О.И., Агапитова Е.В. Некоторые особенности хирургического лечения осложненных форм варикозной и посттромбофлебитической болезни // Ангиология и сосудистая хирургия - №2. – 2016. – С. 89-90.