

Тактика лечения больных с трофическими язвами нижних конечностей при варикозной болезни

О.О.Чайка, Г.Ю.Бука, В.К.Глазунов, С.Ю.Некрасов, Д.А.Кононенко, Т.М.Синенко, О.О.Чайка

В статье представлен современный подход к лечению гигантских трофических язв нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности.

Ключевые слова: трофические язвы нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность, склеротерапия.

Введение

Трофические язвы являются наиболее частым осложнением хронической венозной недостаточности и встречаются у 2% трудоспособного населения индустриально развитых стран. У лиц пожилого возраста частота трофических язв достигает 4-5%. Можно с уверенностью говорить о том, что лечение трофических язв является важной медико-социальной проблемой современного общества. Почти каждый десятый человек, страдающий хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, из-за наличия трофических язв становится инвалидом. Лечение трофических язв представляет трудную, многодисциплинарную проблему, поскольку само наличие язв указывает на далеко зашедший патологический процесс. Несомненно, в терапии необходимо сочетание оперативного, консервативного и местного лечения. Несмотря на очевидный прогресс в диагностике и лечении заболеваний вен нижних конечностей, распространенность венозных трофических язв остается неизменной (1-2% взрослого населения) на протяжении многих десятилетий, и они остаются острой проблемой современной медицины. Госпитализация этих больных затруднена, специализированное стационарное лечение длительно (в среднем 6-12 месяцев), расходы велики. Наличие нескольких (в среднем 3-5) тяжелых сопутствующих заболеваний и тяжесть состояния затрудняют выбор адекватного лечения. Так, затраты на лечение трофических язв в Великобритании достигают 900 млн долларов, а в США — 1 млрд долларов в год.

Материалы и методы исследования

Нами проведено лечение 38 больных с длительно незаживающими трофическими язвами

нижних конечностей на фоне варикозной болезни. Из этой группы были исключены больные, причиной возникновения язв у которых был посттромбофлебитический синдром и больные с недостаточностью кровообращения IIАБ или III степени. Диагноз у всех верифицировался при помощи ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей. Данное исследование проводилось аппаратом Esaote Mylab 40 линейным датчиком с частотой сканирования 6-12 мГц.

При проведении исследования у 37 больных причиной хронической венозной недостаточности была недостаточность клапана сафенофemorального соустья в сочетании с клапанной недостаточностью вен перфорантов (наличие так называемого «вертикального» и «горизонтального» вено-венозного рефлюкса). У одного больного причиной хронической венозной недостаточности был только «горизонтальный» вено-венозный рефлекс.

Лечение данной группы пациентов осуществлялось в несколько этапов. Первым этапом было применение эластической компрессии совместно с местным лечением раны. Из имеющегося в Украине компрессионного трикотажа предпочтение отдавали трикотажу фирмы «Medi». Нами использовались чулки 2-го класса компрессии. Консервативное лечение включало назначение клопидогреля, диосмина, пролонгированного пентоксифиллина, инфузии реосорбилакта, тивортина, Л-лизина эсцината. Местно применяли повязки на желатиновой основе. Перевязки делали 1 раз в 3-4 дня.

Второй этап лечения проводили через 7-10 дней. Больным проводили коррекцию вертикального вено-венозного рефлюкса, выпол-

няли кросэктомию. После проведения оперативного лечения больных, как правило, на следующий день выписывали на амбулаторное лечение, которое включало эластическую компрессию и применение желатиновых повязок.

Третий этап лечения больных осуществлялся через 1 месяц после оперативного лечения. Когда явления лимфостаза, перифокального воспаления вокруг раны, интерстициального отека тканей уменьшались, проходили явления дерматита кожи, что позволяло непосредственно возле язвы обнаружить коммуникантные вены. Лечение на данном этапе заключалось в проведении склеротерапии вен перфорантов. Склеротерапию осуществляли в виде пенной формы (foam-form) 5% раствора склеровейна. Терапию осуществляли под контролем ультразвукового дуплексного сканирования. Находили коммуникантные вены с клапанной недостаточностью и непосредственно туда вводили склерозат, после этого применяли постоянную эластическую компрессию в течение 5-7 дней. Затем компрессию снимали только на ночь в течение месяца. Проведение склеротерапии не требует стационарного лечения, поэтому терапию осуществляли амбулаторно.

Результаты лечения оценивали через месяц. Больным проводили контрольное ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Результаты исследования и их обсуждение

Так, после проведения лечения рефлекс крови по перфорантным венам был ликвидирован у 27 больных, у 5 больных отмечались единичный перфорант с незначительным сбросом крови. У 6 больных сброс крови был по нескольким коммуникантным венам, диаметр перфорантов был от 3 мм до 5 мм. Это объясняется тем, что функционирующие перфоранты при проведении склеротерапии были под язвой, и только когда размеры язвы уменьшились, их можно было четко верифицировать. Поэтому у 11 больных возникла необходимость в проведении повторного курса склеротерапии. Повторный курс склеротерапии осуществляли по той же схеме, что и первичный.

Клинически после проведения первого курса склеротерапии полная эпителизация раны наступила у 17 больных, у 10 боль-

ных размеры раны были до 3 см в диаметре. У остальных больных размеры раны уменьшились, но оставались большими — от 3 см до 7 см.

После проведения повторного курса склеротерапии результаты лечения оценивали через месяц. Больным проводили контрольное ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, при котором было выявлено, что у всех больных был ликвидирован горизонтальный сброс. Однако у 6 больных полной эпителизации раны не наступило, размеры раны были менее 3 см. Несмотря на проведенное лечение и ликвидацию «вертикального» и «горизонтального» вено-венозного рефлюкса, у 4 больных размеры раны не уменьшались — от 3 до 7 см.

В связи с тем, что заживление у этих больных шло очень медленно, возникла необходимость в проведении 4-го этапа лечения, который подразумевал проведение аутодермопластики. С целью хорошего приживления донорских участков кожи после проведения аутодермопластики больным устанавливали строгий постельный режим. Компрессию назначали через 2 недели после выполнения аутодермопластики. Результаты лечения нами оценивались через 1,5 месяца. Так, проведение аутодермопластики позволило достичь эпителизации язв у 7 больных, у 3 больных полной эпителизации раны не наступило.

При проведении предложенного комбинированного хирургического лечения трофических язв отличные результаты получены у 17 (44,7%) пациентов, у них полная эпителизация раны наступила после первого курса склеротерапии. Хорошие результаты лечения были достигнуты у 11 (29,1%) больных— эпителизация раны наступала после повторного курса склеротерапии. Удовлетворительные результаты лечения были получены у 7 (18,4%) больных— эпителизация раны наступала после проведения аутодермопластики. Неудовлетворительными результатами лечения были у 3 (7,8%) больных— полной эпителизации трофической язвы у них не наступало, хотя размеры язв достоверно уменьшились, а клинически пациенты отмечали улучшение.

Выводы

Предложенное комбинированное этапное лечение позволяет достичь полной эпителизации трофических язв у больных с варикозной болезнью в 92,2% случаев.

Литература

1. Бабаджанов Б.Р. Комплексная терапия длительно незаживающих трофических язв / Б.Р.Бабаджанов, И.Ю.Султанов // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2002. — №3 (Прил.). — С. 18.
2. Баранов Г.А. Коммуникантные вены при хронической венозной недостаточности нижних конечностей / Г.А.Баранов, П.Г.Дунаев / Труды V конф. ассоциации флебологов России. — М., 2004. — С. 144-145.
3. Бауэрзакс Ж. Патопфизиология хронической венозной недостаточности / Ж.Бауэрзакс, И.Флемминг, Р.Буссе // Флебологическая. — 1998. — №7. — С. 1-7.
4. Васютков В.Д. Сочетанное консервативное и хирургическое лечение венозных трофических язв / В.Д.Васютков // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2002. — №3 (Прил.). — С. 35-36.
5. Измайлов С.Г. Оценка эффективности лечения длительно не заживающих ран и трофических язв нижних конечностей / С.Г.Измайлов, Г.А.Измайлов, Г.И.Видманов // Хирургия. — 2003. — №2. — С. 42-44.
6. Кириенко А.И. Лечение трофических язв венозной этиологии / А.И.Кириенко, В.Ю.Богачев, Л.И.Богданец // Consilium-Medicum 2000. — Т.2, №4 (Прил.). — С. 17-19.
7. Савельев В.С. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность / В.С.Савельев, А.И.Кириенко, В.Богачев // Флебологическая. — 2000. — №11. — С. 5-10.
8. Этапная хирургическая тактика лечения осложненной варикозной болезни нижних конечностей / А.П.Чадаев и др. // Рос. мед. журн. — 2001. — №3. — С. 3-8.
9. A clinical and haemodynamic investigation into the role of calf perforating vein surgery in patients with venous ulceration and deep venous incompetence / J.M.Scriven et al. // Eur. J. Vase Endovasc Surg. — 1998. — Vol. 16. — №2. — P. 148-152.
10. Gonsalves C.F. Venous leg ulcers / C.F.Gonsalves // Tech Vase Interv Radiol. — 2003. — Vol. 6. — №3. — P. 132-136.
11. Klein-Weigel P. The role of perforating vein dissection in the treatment concept of venous ulcers-myths and evidence / P.Klein-Weigel, H.Biedermann, G.Fraedrich // Vasa. — 2002. — Vol. 31. — №4. — P. 225-229.
12. Labropoulos N. Chronic venous ulcers / N.Labropoulos, A.K.Tassiopoulos // Hawaii Med J. — 2000. — Vol. 59. — №6. — P. 246-247.
13. Stege H. Wound debridement and treatment of ulcer cruris. Conservative and operative therapeutic procedures / H.Stege, R.Mang // Hautarzt. — 2003. — Vol. 54. — №1. — P. 1053-1058.
14. Steins A. Venous leg ulcers and microcirculation / A.Steins, M.Hahn // Clin Hemorheol Microcirc. — 2001. — Vol. 24. — №3. — P. 147-153.

О.О.Чайка, Г.Ю.Бука, В.К.Глазунов, С.Ю.Некрасов, Д.О.Кононенко, Т.М.Синенко, О.О.Чайка.
Тактика лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок при варикозній хворобі. Луганськ, Україна.

Ключові слова: трофічні виразки нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність, склеротерапія.

У статті наведений сучасний підхід до лікування гігантських трофічних виразок нижніх кінцівок на фоні хронічної венозної недостатності.

O.O.Chaika, G.Yu.Buka, V.K.Glazynov, S.Yu.Nekrasov, D.A.Kononenko, T.M.Sinenko, O.O.Chaika.
Tactic of treatment of patients with trophic ulcers of lower limbs at varicose disease. Lugansk, Ukraine.

Key words: trophic ulcers of lower limbs, chronic venous insufficiency, sclerotherapy.

In the article we presented modern approach of treatment of giant trophic ulcers of lower limbs against a background chronic venous insufficiency.

Надійшла до редакції 04.09.2011 р.