

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Красницкая А. С.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Дубровщик О. И.

Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра общей хирургии
г. Гродно

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, трофические язвы, лечение.

Резюме: в настоящем исследовании проведено изучение эффективности лечения трофических язв нижних конечностей венозной этиологии при включении в систему комплексного лечения местного применения борно-гидрокортизоновой смеси, повидон-йода и лазеротерапии с фотосенсибилизатором. Анализ полученных результатов показал заметное сокращение сроков заживления язв и уменьшение количества рецидивов.

Resume: in the present study, the effectiveness of treatment of trophic ulcers of the lower extremities of venous etiology was studied with the inclusion in the system of complex treatment of topical application of boron-hydrocortisone mixture, povidone-iodine and laser therapy with photosensitizer. Analyzes of the results showed a marked reduction in the healing of ulcers and a decrease in the number of relapses.

Актуальность. Совершенствование способов комплексного лечения трофических язв (ТЯ) нижних конечностей остается одной из актуальных и нерешенных проблем клинической медицины. ТЯ голени осложняют течение хронической венозной недостаточности (ХВН) в 15-18% случаев и составляют около 70% в общей структуре язв нижних конечностей различного генеза [1]. В Республике Беларусь варикозной болезнью (ВБ) страдают 2,5 – 3 млн. человек, т.е. 25-30% населения, при этом у 10-15% пациентов развивается ХВН и около 40 тыс. страдают ТЯ.

Такая неутешительная статистика распространенности заболевания ХВН, осложненной развитием ТЯ, диктует необходимость поиска возможных новых путей профилактики развития болезни и улучшения результатов лечения пациентов [2,3].

В патогенезе ТЯ, независимо от формы ХВН, одним из определяющих факторов является локальная гипоксия тканей и гипертензия с выраженным нарушением метаболизма. Развиваются патологические аутоиммунные процессы вследствие сенсибилизации организма к продуктам распада белка. Первые стадии течения раневого процесса (деструкция тканей, экссудация, воспалительная инфильтрация) протекают более активно, а последующие стадии (очищение раны, формирование грануляций, эпителизация) существенно замедляются. Кроме того, распространенность и интенсивность местных изменений в области ТЯ в большинстве случаев обусловлены взаимодействием двух негативных факторов: наличием очага тканевой деструкции и присутствием патогенной микрофлоры, которая разрушает естественные раневые барьеры, препятствуя регенерации

окружающих рану тканей. Длительное применение лекарственных препаратов для местного лечения в 75-80% наблюдений приводит к развитию экзематозного дерматита, что также затрудняет заживление ТЯ [4,5].

Болезнь существенно снижает все аспекты качества жизни пациентов, очень часто они становятся тяжелыми и стойкими инвалидами, что обосновывает необходимость поиска более эффективных подходов в лечении этой тяжелой категории пациентов и позволит улучшить прогноз.

Цель: на основе изучения собственных данных установить и оценить результаты местного лечения ТЯ нижних конечностей венозной этиологии при включении в систему комплексного лечения местного применения борно-гидрокортизоновой смеси, повидон-йода и лазеротерапии с фотосенсибилизатором.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 658 пациентов с ТЯ нижних конечностей при ХВН, госпитализированных в клинику общей хирургии Учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» на базе Учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» с 2013 по 2017 гг. Мужчин было 145 (22,1%), женщин – 513 (77,9%), в возрасте от 45 до 90 лет, средний возраст 59 ± 3 года. У 472 (71,8%) пациентов ТЯ открылись на фоне посттромбофлебитического синдрома, у 186 (28,2%) – на фоне хронической варикозной болезни в стадии декомпенсации. Длительность заболевания отмечается от 6 до 19 лет.

Трофические язвы чаще всего локализовались в нижней трети голени по внутренней поверхности, кожные покровы перифокально прилежащие к краям ТЯ были гиперпигментированы и отечные. Явления гиперкератоза, склероза и индурации распространялись на всю голень. У всех пациентов отмечались местные признаки аллергии и дерматита. Имеющаяся суть сенсибилизации способствовала прогрессированию нарушения трофики тканей.

У всех пациентов проведено определение динамики развития болезни, оценка анамнестических данных и клиники, физикальное обследование, УЗИ с доплерографией вен и артерий нижних конечностей аппаратом ACUSON X500, реовазография, общеклинические и биохимические исследования крови, микробиологическое исследование качественного состава микрофлоры и цитологические отпечатки с поверхности язв.

Помимо адекватного местного лечения основным залогом успешного консервативного лечения ХВН, осложненной развитием ТЯ нижних конечностей, является проведение комплексной общепринятой терапии.

Результаты и их обсуждение. Комплекс консервативного лечения включал рекомендуемую и общепринятую при данной патологии системную и местную фармакотерапию, основанную на применении флебопротекторов, антигистаминных, противовоспалительных, антиагрегантов, коррекцию микроциркуляции, лимфооттока и реологических свойств крови.

Бактериологическое исследование содержимого трофических язв показывают рост антибиотикорезистентных, микробных ассоциаций с постоянным присутствием синегнойной палочки, которая способствует некролизу тканей, препятствует образованию эпителия и грануляций, а также приживлению кожного трансплантата

при попытке аутодермопластики ТЯ. Эти обстоятельства побудили нас предложить для лечения новую лекарственную композицию (рационализаторское предложение №1 от 10.02.2012) с направленным антибактериальным, десенсибилизирующим действием, стимулирующую репаративные процессы. При проведении комплексного лечения больных с применением борно-гидрокортизоновой смеси уменьшались боли уже после первых повязок (прекращалось мокнутие, кожный зуд, купировались явления экзематозного дерматита и боль пораженной конечности), курс лечения продолжался 10-12 дней.

Местно применяли борно-гидрокортизоновую смесь и повязки с повидон-йодом (рационализаторское предложение №12 от 08.10.2013). Физические методы включали: лазерную терапию с фотосенсибилизатором (0,05% метиленовым синим) и магнито-лазерную терапию, воздействие низкочастотным ультразвуком (рационализаторское предложение №16 от 18.09.2012), УФО, ВЛОК, ГБО. Хирургические методы включали: этапные некрэктомии и вскрытие гнойных затеков, после проведения которых у 200 (30,4%) пациентов на 10-13 сутки отмечалось очищение ТЯ. Флебэктомия выполнена у 66 (10,1%) пациентов, у 16 (2,5%) – аутодермопластика ТЯ голени, у 7 (1%) из них наступил некролиз кожного трансплантата, повторные попытки дермопластики у этих пациентов были безуспешными. Заживление язв отмечено 395 (60,1%) пациентов, у 263 (39,9%) заживление язв не наступило, пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. Проблема лечения трофических язв нижних конечностей венозного генеза далека от разрешения. Улучшение результатов лечения возможно только при применении комплексного консервативного и хирургических методов в относительно компенсированную стадию болезни. Следовательно, определяя тактику лечения больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей необходимо помнить, что радикальная коррекция флебогемодинамики невозможна у подавляющего большинства пациентов. Современные подходы к лечению, несмотря на ожидаемые новации, лечение трофических язв венозного генеза неразрывно связано с пожизненным обязательным проведением курсов комплексной медикаментозной терапии с включением немедикаментозных и физических факторов. В настоящее время известно более 400 способов консервативного лечения гнойно-некротических и язвенных процессов, что указывает на отсутствие эффекта от каждого из них. Для оптимизации диагностических и лечебных мероприятий и улучшения результатов лечения больных с гнойными ранами и трофическими язвами необходима целостная организационно-методическая система ведения этой группы пациентов в специализированных медицинских учреждениях амбулаторного и стационарного профилей.

Литература

1. Толстых П.И., Тамразова О.Б., Павленко В.В., Кулешов И.Ю., Толстых М.П. Длительно не заживающие раны и язвы: патогенез, клиника, лечение. М.: Дипак; 2009. – С. 167.
2. Дубровщик О.И. Тактика лечения острого тромбоза глубоких и тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей / О.И. Дубровщик, И.С. Довнар, А.А. Сытый, Д.Ю. Ракович, Д.А. Жук, А.Ю. Герасимчик, Я.И. Хильмончик // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегод. итоговой науч.-практ. конф.- Гродно, 2017. – С. 285-289
3. Гарелик П.В. Дерматозы нижних конечностей при посттромбофлебитической болезни легких и профилактика прогрессирования / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, Г.Г. Мармыш, А.В.

Филиппович, А.А. Сытый, В.В. Ващенко, О.П. Курило: V белорусско-польская конференция: Дерматология без границ: сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием // Дерматовенерология. Косметология. - 2017. -Прил. – С. 63-66

4. Дубровщик О.И. Паратравматические поражения кожи при трофических язвах нижних конечностей / О.И. Дубровщик, И.С. Довнар, С.В. Колешко, И.В. Хильмончик, Д.А. Жук, В.В. Гузень, А.Ю. Герасимович: V белорусско-польская конференция: Дерматология без границ: сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием // Дерматовенерология. Косметология. - 2017. -Прил. – С. 71-75

5. Дубровщик О.И. Трофические язвы нижних конечностей при венозной недостаточности: причины, диагностика, лечение / О.И. Дубровщик, Г.Г. Мармыш, Л.С. Ясюк, И.Т. Цилиндзь, И.В. Хильмончик // Материалы Международного Конгресса «Славянский венозный форум», Витебск, 28-29 мая 2015 г.- Витебск, 2015. – С. 176-177

Репозиторий БГМУ