

К вопросу о лечении трофических язв нижней конечности при посттромбофлебитическом синдроме

В.М. Дмитриев, М.Ю. Речкин, Д.Ю. Барыкин, Р.Н. Белобородов

The problem of treatment of the lower limb trophic ulcers in case of the post-thrombophlebitic syndrome

V.M. Dmitriyev, M.Y. Rechkin, D.Y. Barykin, R.N. Beloborodov

Федеральное государственное учреждение науки

«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова Росздрава», г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Хронической венозной недостаточностью страдают около 20 % населения, примерно у половины из них развиваются трофические язвы. Консервативное лечение трофических язв конечностей сопряжено с длительными сроками лечения. Хирургическое лечение трофических язв конечностей, заключающееся в выполнении операции Линтона, не всегда приводит к быстрому заживлению трофических язв, что обусловлено выраженным снижением регенераторных способностей мягких тканей. Выполнение оперативного пособия с одновременным нанесением на поверхность трофической язвы диплоидных клеток человека позволило более чем в три раза сократить сроки лечения, чем при изолированном использовании традиционных способов лечения.

Ключевые слова: посттромбофлебитический синдром, хроническая венозная недостаточность, трофическая язва.

About 20% of population suffer from chronic venous insufficiency, and trophic ulcers develop approximately in half of them. Conservative treatment of the limb trophic ulcers is connected with long periods of treatment. Surgical treatment of the limb trophic ulcers, consisting in Linton operation performance, not always results in rapid healing of trophic ulcers that is caused by marked decrease of soft tissue regenerative potentials. Rendering surgical aid with simultaneous applying human diploid cells to trophic ulcer surface allowed to achieve more than three-fold reduction of the periods of treatment in comparison with isolated use of traditional variants of treatment.

Keywords: post-thrombophlebitic syndrome, chronic venous insufficiency, trophic ulcer.

Распространенность варикозного расширения вен нижних конечностей среди населения достигает 17,6-20 %, из них осложненные язвы составляют 10,4 %, а на долю больных с посттромбофлебитическими язвами приходится 60 % [3]. По данным В.Г. Сашиковой (1995), хронической венозной недостаточностью, являющейся обязательным следствием перенесенного тромбоза глубоких вен конечности, страдают около 20 % населения, примерно у половины из них развиваются трофические язвы.

Важную роль в механизме развития трофических язв голени играет клапанная недостаточность перфорантных вен, расположенных по внутренней поверхности голени.

Вследствие тромбоза глубоких вен разрушаются клапаны, снижается функция мышечного насоса, что приводит к формированию обратного кровотока по глубоким, поверхностным и перфорантным венам и, как следствие, к развитию венозной гипертензии в нижней трети голени.

Известно множество способов консервативного лечения посттромбофлебитических язв конечностей, предусматривающих закрытие изъязвленной поверхности кожи мазевыми повязками в сочетании с применением медикаментозной терапии.

Однако данные способы, как правило, сопряжены с длительными сроками лечения [2, 3].

С целью устранения патологического крово-

тока в пораженной конечности используются хирургические способы лечения посттромбофлебитических язв конечностей, заключающиеся в разобщении бассейнов поверхностных и глубоких вен путем перевязки несостоятельных перфорантных вен, но это также не обеспечивает быстрого заживления язвенной поверхности, что обусловлено отмечаемым при данном заболевании выраженным снижением регенераторных способностей мягких тканей [1]. Продолжительность заживления язвы составляет в среднем от двух до трех месяцев.

В нашем клиническом наблюдении имела место длительно незаживающая (в течение шести месяцев) трофическая язва в средней трети левой голени.

Приводим клиническое наблюдение. Больной И., 63 года (история болезни № 44484), поступил в клинику с диагнозом: посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности; трофические язвы левой голени.

Из анамнеза известно, что около года назад больной перенес острый тромбоз глубоких вен левой голени. Через шесть месяцев в средней трети левой голени по передней поверхности возникли две трофические язвы. Больному неоднократно проводились курсы консервативной терапии с минимальным клиническим эффектом.

Объективно: отек левой голени + 2 см, по переднезадней поверхности средней трети

левой голени имелись две трофических язвы размерами соответственно 2×4,5 см и 2×2 см, окружающие кожные покровы плотные, цианотичной окраски (рис. 1).

По данным дистальной флебографии левой нижней конечности – признаки посттромбофлебитического синдрома глубоких вен левой голени в стадии реканализации, патологический венозный сброс по перфорантным венам на уровне верхней, средней и нижней трети голени (рис. 2).



Рис. 1. Фото конечности больного И. до лечения – посттромбофлебитические язвы с индурацией и гиперпигментацией прилежащих кожных покровов



Рис. 2. Флебограмма голени больного И. до лечения – выраженный патологический венозный сброс по перфорантным венам в верхней и средней трети голени

Для ликвидации имеющегося патологического венозного кровотока больному выполнена операция Линтона – субфасциальная перевязка перфорантных вен левой голени.

В ходе операции через разрез мягких тканей в средней трети голени осуществлен доступ и выполнена перевязка перфорантных вен в проекции Cochet I, II, III. Одновременно на изъязвленные участки кожи были нанесены диплоидные клетки человека, используемые для заместительной терапии, из расчета один миллион клеток на

квадратный сантиметр. Поверхность язвы с нанесенными клетками закрыли повязкой с водорастворимой антибактериальной мазью «Левомеколь».

В послеоперационном периоде был проведен курс симптоматической терапии, включавший назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия с учетом чувствительности микрофлоры язвы, веноотонизирующих препаратов и препаратов дезагрегантов – эскузан и трентал по стандартной схеме.

На 7-е сутки после операции отмечалась положительная динамика, заключающаяся в эпителизации язв с уменьшением их размеров (рис. 3), на 17-е сутки – полное заживление посттромбофлебитических язв (рис. 4), что более чем в три раза быстрее, чем при изолированном использовании традиционных способов лечения.



Рис. 3. фото конечности больного И. на 7-е сутки после операции – эпителизирующиеся язвы с уменьшением их размеров



Рис. 4. фото конечности больного И. на 17-е сутки после операции – полное заживление посттромбофлебитических язв

Таким образом, применение комбинированного подхода в лечении трофических язв нижних конечностей при посттромбофлебитическом синдроме в клинике РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова показало, что его использование обеспечивает значительное сокращение сроков лечения больных с указанной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов, Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Ю. В. Белов. – М. : Де Ново, 2000. – С. 414–421.
2. Клеточная и заместительная терапия в комбустиологии и стоматологии : тез. докл. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2002. – 64 с.
3. Сашикова, В. Г. Профилактика и лечение трофических язв нижних конечностей / В. Г. Сашикова. – СПб. : Гиппократ, 1995. – 96 с. (Б-ка практич. врача).

Рукопись поступила 12.01.05.