

ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Чур Н.Н., Чур С.Н., Кузнецов Я.О., Сидоров А.Н.

Минск, Республика Беларусь

Трофические язвы (ТЯ), обусловленных хронической венозной недостаточностью (ХВН), при варикозной болезни (ВБ) и постфлебитическом синдроме (ПФС) клинически ничем не отличались, за исключением сроков их образования. В Минской областной клинической больницы, начиная с 2005 года при лечении пациентов с ТЯ, применяются лазерные технологии. В объем оперативного вмешательства входили: кроссэктомия; эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) большой подкожной вены (БПВ) и (по показаниям) малой подкожной вены (МПВ); лазерная коагуляция (ЛК) боковых расширенных ветвей и несостоятельных перфорантов; аутодермотомная пластика язв (при необходимости).

Всего оперировано 256 пациентов в возрасте от 26 до 74 лет с трофическими расстройствами, обусловленными ХВН (С4-С6 по классификации CEAP). Всем пациентам выполнялось УЗДГ венозной системы, а в 19 случаях с ПФС потребовалось выполнение дистальной флебографии. Чаще всего выявлялись несостоятельные перфоранты из группы Кокетта, гораздо реже – Бойда и Додда.

Активная ТЯ отмечалась у 161 пациента (62,9%). Дермотомная пластика язв (как составляющая комплексной операции) выполнялась тем пациентам, площадь которых превышала 5 см² – 59 (36,6%). Подготовка ТЯ осуществлялась на амбулаторном этапе, или в стационарах районного звена с применением антисептических препаратов (хлоргексидин, 3% борная кислота и др.). Основным мазевым препаратом являлся „Пиолизин” производства „PharmaGarant GmbH” (ФРГ). Дополнительной длительной подготовки к операции в условиях областного стационара не требовалось.

Следует остановиться на группе больных (17 пациентов) страдающих сахарным диабетом 2 типа. Помимо стандартного лечения, все они получали препарат „Трайкор” производства АО „Abbot Laboratories S.A” (Швейцарская Конфедерация), который показал достоверную эффективность при лечении ТЯ за счет снижения уровня триглицеридов, риска прогрессирования атеросклероза и улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции, что приводило к уменьшению воспаления.

Все операции выполнялись под спинномозговой анестезией. Нами применялись и комплексные методики в виде классической флебэктомии и лазерного воздействия. Так, в 29 случаях из-за большого просвета БПВ – более 1,1 см в диаметре (по данным УЗИ) – последняя удалялась по Бэбкокку. Причем удаление только на бедре было в 22 случаях (отмечалась окклюзия БПВ на голени), в остальных – на бедре и голени. Аналогичным образом поступали при крупных вариксах, которые удалялись по Нарату.

Такие осложнения в послеоперационном периоде, как незначительные нагноения ран, гематомы, ожоги кожи в области проколов не требовали активной хирургической тактики. У пациентов, которым выполнялась дермопластика язв, отторжение аутотрансплантата наблюдалось в 5 случаях (8,5%). Средняя длительность лечения с пластикой язв составила 8,4 дня, а без нее – 4,3 дня.

В отдаленные сроки (до 2 лет) осмотрены 72 (28,1%) пациента. Среди 4 пациентов имелась ТЯ, у которых имело место отторжение трансплантата после операции. Сохранение просвета БПВ на бедре (по данным контрольного УЗДГ) отмечено у 5 (2,2%) пациентов после ЭВЛК.

Выводы. Лазерные технологии в лечении осложненных форм ВБ являются альтернативой традиционным методикам, позволяют значительно снизить количество и тяжесть возможных осложнений, значительно снизить длительность стационарного лечения.

От авторского коллектива: д.м.н., профессор Чур Николай Николаевич

электронная почта: nic_chur@rambler.ru