

которые ведут к нарушению ее эластичности и образованию трофических язв на фоне венозной гипертензии. Возникающие при этом раневые изменения ведут к нарастанию уровня ФРЭС, что является одной из причин повышенной экссудации в области варикозной язвы. Можно предположить, что устранение дефицита витамина D в организме способствует восстановлению эластичности кожи. Это может явиться одним из благоприятных факторов предотвращения рецидива трофической язвы голени.

Выводы.

1. Эффекты 25-ОН-Витамина D в организме гораздо шире, чем только влияние на уровень кальция и метаболизм костной ткани. Одним из малоизученных его эффектов является связь с трофическими нарушениями при варикозной болезни.

2. При уровне 25-ОН-Витамина D менее 30 нмоль/л отмечается достоверно большее число пациентов с трофическими язвами голени, связанных с венозной гипертензией вследствие варикозной болезни.

3. При отношении уровня 25-ОН-Витамина D к уровню ФРЭС менее 1,5 наблюдается достоверно большее количество пациентов с наличием трофических язв голени при варикозной болезни.

Каторкин С.Е., Жуков А.А., Кушнарчук М.Ю.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Российская Федерация

Актуальность. Трофические язвы являются одним из самых тяжелых осложнений хронических заболеваний вен, которые приводят к функциональной недостаточности нижних конечностей и резкому снижению качества жизни пациентов. Посредством оперативного вмешательства невозможно устранить все патогенетические механизмы хронической венозной недостаточности. Поэтому разработка и внедрение современных методов лечения трофических язв, включение их в комплекс предоперационной подготовки и комбинирование с различными способами хирургической коррекции хронической венозной недостаточности является актуальным.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей С6 клинического класса с помощью комбинированного применения хирургических методов коррекции, аутодермопластики и сочетанного воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения и мелкодисперсного лекарственного орошения трофических язв.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 160 пациентов С6 класса в воз-

расте от 20 до 85 лет (средний возраст $61,7 \pm 2,4$ года). Преобладали женщины – 96 (60%). У 111 пациентов была варикозная (69,4%), а у 49 – посттромбофлебитическая (30,6%) болезни. Анамнез до 5 лет у 18 (11,2%), от 5 до 10 лет – 65 (40,6%), от 10 до 20 лет – 56 (35%) и более 20 лет – у 21 (13,2%) пациента. Обследование включало ультразвуковую доплерографию и ангиосканирование, функциональную электронейромиографию, компьютерную томографию, классический микробиологический и цитологический методы, планиметрию при помощи стандартных контактных методик.

У 102 (63,7%) пациентов I группы применялось сочетанное воздействие лазерного излучения и мелкодисперсного лекарственного орошения «Октенидином дигидрохлоридом», обладающим широким спектром антимикробного действия, на поверхность трофического дефекта. Во II группе (n=58) лечение проводилось по стандартным методикам.

Размер трофических язв в обеих группах – от 2,1 до 52,6 см². У 141 (88,1%) пациента площадь не превышала 20 см². В основной группе у 42 пациентов площадь язвенного дефекта составляла менее 5 см², у 49 – от 5 до 20 см² и у 11 – более 20 см², в среднем, соответственно, $4,8 \pm 0,9$ см², $18,7 \pm 1,4$ см² и $46,2 \pm 2,6$ см². В контрольной группе у 24 пациентов площадь язвенного дефекта составляла менее 5 см², у 28 – от 5 до 20 см² и у 6 – более 20 см², в среднем, соответственно, $4,7 \pm 0,2$ см², $19,1 \pm 1,1$ см² и $58,6 \pm 2,4$ см². Длительность существования язв до 1 года – у 52 (32,5%), от 2 до 5 лет – у 40 (25%), от 6 до 10 лет – у 46 (28,7%), от 11 лет и более – у 22 (13,8%) пациентов.

Прооперировано 70 (68,6%) пациентов в I группе и 34 (58,6%) пациентов из II группы. Проводилась флебэктомия в сочетании с операциями Коккета – 25 (24,5%), Линтона – 20 (19,6%), SEPS – 32 (31,4%), SEPS и фасциотомией – 17 (16,7%), с аутодермопластикой – 94 (58,7%).

Оценка отдаленных результатов комбинированного лечения проведена в сроки от 3 месяцев до 3 лет.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина характеризовалась значительной выраженностью всех патологических признаков и функциональной недостаточностью нижних конечностей со значительными нарушениями их статодинамической функции. При частых рецидивах и длительном течении трофических язв формировался хронический венозный компартмент-синдром. Результаты бактериологического исследования свидетельствовали о необходимости включения в комплексное лечение антимикробных препаратов.

Купирование у пациентов I группы болевого синдрома (у 89 (87,3%) после 5 и у всех после 10 сеанса) и чувства жжения и зуда (у 76 (74,5%) после 5 и у 94 (92,2%) после 10 сеанса) свидетельствовало об анальгезирующем и седативном эффектах проводимого лечения. Снижение роста микробной флоры и уровня микробной обсемененности язв у I группы пациентов ($p < 0,05$), а также отсутствие дегенеративно-воспалительного и выявление воспалительно-регенераторного типов цитограмм (в 75%), зафиксированные на 10 сутки, позволяют заключить о бактериостатическом и бактерицидном эф-

фектах проводимой терапии и более выраженном положительном результате лечения. Положительная динамика заживления трофических язв статистически значимо ($p < 0,05$) превалировала в I группе, более чем в 2 раза превосходя результаты контрольной группы. Полученное сокращение сроков эпителизации в I группе пациентов, по нашему мнению, объясняется эффективностью сочетанного воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения и мелкодисперсного распыления лекарственного раствора, позволяющего получить бактерицидный, бактериостатический, анальгезирующий и седативный эффекты на течение фаз экссудации и репарации язвенного процесса. Мелкодисперсное распыление лекарственного препарата позволяет исключить повреждение развивающейся грануляционной ткани. Через 12 месяцев количество рецидивов составило в I группе 8 (34,8%), а в контрольной – 12 (66,7%) наблюдений, что объясняется отсутствием оперативной коррекции выраженных нарушений венозной гемодинамики характерных для С6 класса.

Полученные в послеоперационном периоде результаты свидетельствуют о том, что несомненное улучшение показателей венозной гемодинамики не достигает данных практически здоровых лиц. Поэтому хирургическая коррекция должна целенаправленно комбинироваться с консервативными методами лечения. Применение сочетанного воздействия рассматриваемых факторов позволило снизить дооперационный период в 2,8 раза и проводить аутодермопластику пациентам I группы на $6,1 \pm 1,1$ сутки, в то время как во II группы только на $17,2 \pm 1,3$ сутки от начала госпитализации. Причем полное приживление аутодермотрансплантата наблюдалось у 45 (75%) пациентов в I и только у 11 (32,3%) – во II группе, что, с нашей точки зрения, объясняется проведенной предоперационной подготовкой трофических дефекта.

Выводы. Местное применение сочетанного низкоинтенсивного лазерного излучения и мелкодисперсного лекарственного орошения является патогенетически обоснованным неинвазивным методом консервативного лечения и предоперационной подготовки трофических язв у пациентов С6 класса.

*Корсак В.В., Болдижар П.О.,
Русин В.И., Калинич С.С.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина*

Актуальность. Несмотря на большое количество разработанных способов лечения варикозной болезни нижних конечностей и ее осложненных форм, к сожалению, нет единых оптимальных методов, которые характеризовались бы радикальностью и малой травматичностью, не сформулированы четкие показания к использо-

ванию того или иного миниинвазивного метода хирургического лечения.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с декомпенсированной хронической венозной недостаточностью нижних конечностей путем оптимизации миниинвазивных хирургических технологий.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 124 пациентов с хронической венозной недостаточностью в стадии декомпенсации (класс С6 по классификации СЕАР).

В зависимости от выполненного хирургического лечения все пациенты были разделены на четыре группы: I – первая включала 35 (28,2%) пациентов, которым выполнена кроссэктомия с коротким стриппингом и стволовая склерооблитерация вен голени. II – вторая группа (контрольная) включала 25 (20,2%) пациентов, которым выполняли флебэктомию с субфасциальной перевязкой перфорантных вен по Бэбкоку-Линтону. III – третья группа включала 36 (29%) пациентов, которым была применена echo-foam склерооблитерация перфорантных вен и v. Leonardo под контролем ультразвукового дуплексного сканирования. IV – четвертая группа включала 28 (22,6%) пациентов, которым проведена консервативная терапия с использованием многослойных и компрессионных цинк-желатиновых повязок.

У пациентов I и II групп причиной декомпенсированной хронической венозной недостаточности была варикозная болезнь нижних конечностей, у пациентов III и IV групп диагностирован посттромбофлебитический синдром бедренно-подколенно-берцовой локализации в стадии реканализации.

Результаты и обсуждение. В отдаленном периоде наблюдения, через год, у пациентов I группы выявлена полная облитерация вен голени в 27 (77,14%) случаях, частичная реканализация – в 6 (17,14%) случаях, полная реканализация – в 2 (5,72%) случаях.

Почти все пациенты (96%) II группы отмечали кожные парестезии голени вследствие травмы при выделении большой подкожной вены.

При обследовании через год у 30 (83,33%) пациентов III группы выявлена полная облитерация, у 3 (8,33%) пациентов – частичная реканализация и у 3 (8,33%) – полная реканализация перфорантных вен.

Пациентам IV группы проводилась консервативная терапия, которая включала в себя применение гидрогелевых, гидроколлоидных повязок, хирургическую некрэктомию. У 6 пациентов применили биологическую некрэктомию личинками зеленой мясной мухи *Lucilia sericata* (maggottherapy), у 12 – наложение цинк-желатиновых повязок.

Среди пациентов I и II групп хорошие результаты (заживление трофических язв) получены в 97,2% и 92% соответственно. Среди пациентов III и IV групп хорошие результаты получены соответственно в 86,1 и 75,0%. Наименьший процент удовлетворительных результатов (зна-