чительное уменьшение размеров трофической язвы) отмечен у пациентов I группы (2,9%), которым выполнено открытое миниинвазивное хирургическое вмешательство, а самый высокий показатель (14,3%) у пациентов, которые получали консервативную терапию на фоне посттромбофлебитического синдрома. В этой группе пациентов выявлены и 3 (10,7%) неудовлетворительных результата, что свидетельствует о тяжести патологии, глубокой дисфункции венозного кровотока и необходимости шире применять у таких пациентов миниинвазивные хирургические операции и манипуляции.

Анализ полученных данных свидетельствует о значительной эффективности эхосклерооблитерации перфорантных вен у пациентов с посттромбофлебитическим синдромом. В течение трех месяцев трофические язвы зажили у 15 (41,6%) пациентов III группы против 7 (25,0%) пациентов IV группы. До конца года трофические язвы не зажили у 1 (2,8%) пациента III группы и у 3 (10,7%) пациентов IV группы.

Очистка ран личинками зеленой мясной мухи оказалась более быстрой, чем с помощью традиционных методов некрэктомии. Удаление некротической ткани личинками происходит без повреждения живой ткани и у 66,7% пациентов приводит к полному заживлению раны в течение трех месяцев. Очищение ран личинки с успехом можно использовать как подготовительный этап перед аутодермопластикой.

Количественная оценка эффективности хирургического вмешательства по классификации CEAP в баллах (Venous Clinical Severe Score) показала следующее. Если до операции венозный рефлюкс наблюдался в первой группе пациентов в 6,1, а во II группе в 7,6 сегментах, то через 6 месяцев после операции только в 0,31 и 2,4 сегментах соответственно. Эти показатели свидетельствуют о том, что радикальная комбинированная венэктомия практически ликвидирует основу заболевания, а именно - венозный рефлюкс. У пациентов III и IV групп этот показатель достаточно высокий – 16,0-16,2 соответственно, а после хирургических манипуляций уменьшился на три единицы, что свидетельствует о тяжелой патологии как поверхностной, так и глубокой венозных систем.

Выводы.

1. Эффективной миниинвазийной и безопасной методикой является стволовая “foam-form” склерооблитерация, которая приводит к надежной облитерации стволов варикозных вен. При изолированном горизонтальном рефлюксе эхосклерооблитерация перфорантных вен является самостоятельным способом лечения декомпенсированной хронической венозной недостаточности.

2. У пациентов I и II групп через месяц после операции тяжесть заболевания уменьшилась в 2-3 раза, а через полгода все пациенты считали себя работоспособными. У пациентов III и IV групп регресс симптоматики значительно замедлен, но все же большинство из них (соответственно 97,2% и 89,3%) до конца года были переведены в пятый класс заболевания по CEAP.

Кошевой А.П., Кошель А.П., Клоков С.С., Чирков Д.Н., Красноперов А.В., Артеменко М.В., Курбатов А.В.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОБШИРНЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА НЕ ПРИНОСИТ ЭФФЕКТА, А ВОЗМОЖНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КЛИНИКУ ОТСУТСТВУЕТ. КАК УСТРАНИТЬ ЯЗВЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ?

Медицинский центр им. Г.К. Жерлова, г. Северск, Центр флебологии экспертного уровня, г. Томск, Российская Федерация

Актуальность. При невыполнимости операции у пациентов с венозными язвами единственно возможным остается консервативное лечение. Однако стандартные подходы к лечению при гигантских язвах не приводят к успеху. Поэтому требуется усиление терапии. Кроме того, у ряда пациентов отсутствует возможность не только получить эффективное лечение по месту жительства, но и выехать в специализированное учреждение в силу разных причин, поэтому они вынуждены обращаться за помощью с использованием сервисов Интернет.

Цель. Разработать метод устранения обширных венозных язв нижних конечностей посредством удаленного взаимодействия врача с пациентом при отсутствии возможностей для специализированного лечения как по месту жительства, так и за его пределами.

Материал и методы. В период с 2001 г. по 2014 г. под наблюдением находился131 пациент с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии. Операции с применением SEPS выполнены 56 пациентам, консервативное лечение при невыполнимости хирургических вмешательств – 75. Пациенты, в лечении которых ограничились только терапевтическим пособием, распределены на 2 группы. К 1-й группе отнесен 41 пациент, которому в 2003-2010 гг. проводили лечение согласно принципам, разработанным коллективом факультетской хирургической клиники им. С.И. Спасокукоцкого РНИМУ им. Н.И. Пирогова: эластическая компрессия, антибактериальная терапия, улучшение микроциркуляции – детралекс, противовоспалительная и антигистаминная терапия, местное лечение. Во 2-ю группу включены 34 пациента, которые в 2010-2014 гг. получили комбинированную системную фармакотерапию. Лечение у них было усилено воздействием на патологический процесс препаратов с доказанной эффективностью: ангиофлюкс (сулодексид), флеботоник с отличным от детралекса механизмом действия (антистакс или гинкор-форт) и депротеинизированный диализат из крови телят (актовегин или солкосерил). Из этих пациентов 19 были жителями Томска, а 15 – проживали в других городах. Они обратились за помощью, написав в Кабинет онлайн-консультаций Кошевого А.П. на сайте

http://medinfo.tomsk.ru/. Было проведено лечение и мониторинг с помощью телемедицинских технологий в рамках «домашней телемедицины». Пациенты, находясь в домашних условиях, получали отложенные консультации и консультации в режиме реального времени по электронной почте, с помощью службы коротких сообщений (смс), и реже, телефонной связи. Причем, с 8 пациентами было налажено взаимодействие «врач-пациент», а с 7 – «врач-родственник пациента». Из 15 пациентов, получивших помощь в удаленном режиме, у 4 – язвы были малые, у 4 – средние, у 7 – гигантские (свыше 50 см^2). Варикозной болезнью страдали 8 пациентов, посттромботической – 7, из которых 2 принимали варфарин ввиду перенесенной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и имплантированного кава-фильтра.

Результаты и обсуждение. У 33 из 34 пациентов 2-й группы комбинированная системная фармакотерапия, улучшающая состояние венозной стенки и эндотелия, микроциркуляцию и лимфоотток, в том числе при удаленном лечении, потенциировала репаративный эффект и привела к заживлению всех язв. Вследствие алкоголизации прекратил лечение 1 пациент. Терапия хорошо переносилась пациентами пожилого и старческого возрастов. Ни в одном случае не было выявлено каких-либо нежелательных явлений и побочных реакций.

Выводы.

1. Комбинированное применение микронизированного диосмина, ангиофлюкса, флеботоника с отличным от детралекса механизмом действия (антистакс или гинкор-форт) и депротеинизированного диализата из крови телят на фоне эластической компрессии, системной и местной терапии позволило ускорить достижение эффекта и добиться заживления трофических язв при невозможности оперативного пособия.

2. Удаленное лечение является методом выбора при невозможности непосредственного взаимодействия врача с пациентом, позволяет спасти жизнь пациентам и восстановить ее отличное качество даже при гигантских язвах.

Крайник И.В., Ремизов А.С., Сонькин И.Н., Атабеков А.И., Маркин М.А., Михайлов В.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Медицинский центр «МедСвизз», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность проблемы лечения трофических язв нижних конечностей обусловлена чрезвычайно большой распространенностью их, отсутствием тенденции к снижению заболеваемости, длительностью и упорством течения, склонностью к рецидивам, стойким ограничениям трудоспособности, частой инвалидизацией пациентов.

Проводимое с учетом этиопатогенетических факторов лечение трофической язвы предусматривает комплексный подход (общая терапия, местное комбинированное лечение, хирургическая коррекция гемодинамических расстройств). В комплексе лечебных мероприятий особую роль играет местное лечение язв.

Резистентность процесса заживления раны к стандартным методам лечения при достижении компенсации кровообращения обусловливает поиск новых и более эффективных методов и средств местного применения, обладающих оптимизирующим воздействием на репаративные гистогенезы.

Одним из наиболее перспективных направлений является использование клеточно-тканевых технологий (КТТ). На данный момент наиболее доступным для клинического применения является применение плазмы обогащенной тромбоцитами (БОТП).

Цель. Оценить эффективность использования обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД» г. Санкт-Петербурга в период 2012-2013 гг. Проведено лечение 20 пациентов с наличием трофического дефекта нижних конечностей на фоне декомпенсированной венозной недостаточности (С6). Длительность существования трофического дефекта составила от 6 месяцев до 3 лет, в среднем 18,1±7,5 месяцев.

Критерием исключения из исследования было наличие острого или перенесенного тромбоза глубоких или поверхностных вен, а также выявление атипичных клеток при исследовании дна язвы, размеры трофического дефекта более 5 см в диаметре.

Пациентов разделили на 2 группы. В обеих группах пациентам проводилось оперативное лечение, эластическая компрессия, пероральный прием венотоников, антибактериальные препараты с учетом предварительно определенной чувствительности микробов к антибиотикам, инфузионная терапия (трентал, реополиглюкин), современный перевязочный материал. Обе группы были идентичны по гендерному и возрастному составу.

Первая группа (10 мужчин, 2 женщины) – средний возраст 56,4±6,1 лет – пациенты с трофическими дефектами нижних конечностей на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей (С6), в местном лечении которых дополнительно использовалась обогащенная тромбоцитами плазма.

Вторая группа (7 мужчин, 1 женщина) – контрольная – средний возраст 48,25±4,2 лет – пациенты с трофическими дефектами ни-