

чения. В обязательном порядке всем пациентам проводилось МРТ или КТ обследование мягких тканей пораженной конечности с целью определения степени вовлечения окружающих тканей в патологический процесс.

**Результаты и обсуждение.** Наши наблюдения показали, что при экстрастволовых формах мальформаций глубокая венозная система оставалась интактной, но питала мальформации на нескольких уровнях. Мальформации, представлявшие собой каверны с тонкими плотными стенками, питались за счет немагистральных ветвей разного (до 5 мм) размера, связанных с глубокой и поверхностной венозными системами в 16 (42,86%) и 11 (28,57%) случаев соответственно. В 34 случаях (89,47%) выявлено поражение мышц: мышечная ткань была истончена, не имела характерной исчерченности, резко уплотнена и часто просто замещена венозными кавернами, содержащими флеболиты. Размеры мальформаций составляли  $12,3 \pm 1,9$  см<sup>3</sup>, количество на одной конечности  $7 \pm 2$ . Хирургическая тактика зависела от наличия связи каверн с глубокой венозной системой и обширности поражения мышц; закрытие каверн производилось в несколько этапов со сроками от 1 дня до 2 недель. Эндовазальная лазерная коагуляция с помощью гемоглобинового лазера (940 нм) с применением торцевого световода была проведена 12 (31,58%) пациентам; эндовазальная лазерная коагуляция с помощью водного лазера (1470 нм) с применением радиального двухкольцевого световода была проведена 12 (31,58%) пациентам; эхосклеротерапия с применением лауромакрогола 400 была проведена 18 (47,37%) пациентам. При грубых изменениях мышцы высекались с мальформациями после скелетизации питающих сосудов и склерозирования каверн – 10 (26,32%) пациентов. Результаты лечения больных оценивали по 2-балльной шкале (на основании Loose D.A., Lee B.V.): удовлетворительный результат: симптомы и функциональные расстройства после операции с позитивной динамикой, позитивная динамика при цветовом дуплексном сканировании (закрытие каверн, улучшение местной и общей гемодинамики); неудовлетворительный результат означал прогрессирование клинической симптоматики, ухудшение регионарной гемодинамики при цветовом дуплексном сканировании, ухудшение локального статуса в области поражения. У 28 (73,69%) пациентов удалось достичь удовлетворительных результатов; неудовлетворительные результаты получены у 10 (26,31%) пациентов; при этом 36 (94,73%) пациентов оценивали косметический результат как хороший.

**Выводы.** Эндовазальная лазерная коагуляция показала свою эффективность в комплексном лечении экстрастволовых форм венозных форм врожденных сосудистых мальформаций нижних конечностей, при диаметре вены не более 8 мм в положении стоя может использоваться гемоглобиновый лазер с торцевым световодом, при большем диаметре – водный лазер с радиальным двухкольцевым световодом. В то же время, извитые и мелкие каверны подлежат эхосклеротерапии.

Первые результаты применения эндовазальных лазерных и эхосклерозирующих методик оказались обнадеживающими – удалось достичь 73,69% непосредственных удовлетворительных результатов, что сравнимо с результатами «открытых» хирургических операций, при этом необходимы дальнейшие исследования с целью оценки отдаленных результатов. Значительное улучшение косметичности результатов при сохранении радикальности является немаловажным, поскольку большинство пациентов женского пола в возрасте 15–25 лет.

*Шалашов А.Г., Корымасов Е.А.,  
Казанцев А.В., Водопьянова Н.В.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Самарский государственный  
медицинский университет,  
Самарская областная клиническая больница  
им. М.И. Калинина,  
г. Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** Лечение декомпенсированной стадии варикозной болезни нижних конечностей до настоящего времени является актуальной проблемой в современной ангиологии в связи с большим распространением заболевания среди взрослого населения. Одним из тяжелых осложнений этого заболевания являются трофические язвы голени. Хирургическое лечение является основным при данной патологии, однако у части пациентов выполнение операции невозможно (тяжелая сопутствующая патология, отказ пациента от операции). Актуальным является поиск альтернативных методов лечения в данной группе пациентов.

**Цель.** Оценить возможности консервативного лечения пациентов с трофическими язвами на фоне варикозной болезни.

**Материал и методы.** В условиях поликлиники Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина пролечено 17 пациентов с трофическими язвами на фоне варикозной болезни нижних конечностей. По международной классификации CEAP эти пациенты соответствовали S6s классу. Мужчин было 5, женщин – 12. Средний возраст составил –  $57,3 \pm 10,6$  года. Длительность заболевания варьировала от 3 до 15 лет. Трофические язвы находились в II–III стадии раневого процесса, площадь язвенного дефекта составила 0,5–5 см<sup>2</sup>, наиболее частая локализация – медиальная поверхность нижней трети голени. У 10 пациентов были противопоказания к хирургическому лечению ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии, 7 пациентов отказались от оперативного лечения. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование на аппарате “Acuson 128 XP/4”. Определялось наличие горизонтального и вертикального вено-венозных

рефлюксов, проходимость глубоких вен.

Основными компонентами консервативного лечения были: применение компрессионного трикотажа III степени компрессии, флеботропный препарат (микронизированная флавоноидная фракция), раневые покрытия.

**Результаты и обсуждение.** Средний срок лечения составил  $34 \pm 6,5$  дня. У всех пациентов отмечена положительная динамика течения раневого процесса, трофические язвы эпителизировались. Период наблюдения составил 2 года, рецидива трофической язвы не было ни у одного пациента. После эпителизации трофической язвы, пациентам рекомендовали компрессионную терапию III степени компрессии и флеботропную терапию курсами.

**Выводы.** Комплексная терапия трофических язв на фоне варикозной болезни с применением компрессионного трикотажа III степени компрессии, флеботропных препаратов и раневых покрытий позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания. Консервативная терапия может быть альтернативой хирургического лечения у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и при отказе пациента от оперативного лечения.

*Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М.,  
Гудымович В.Г., Иванов А.К.*

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Национальный медико-хирургический центр  
им. Н.И.Пирогова,  
г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Трофические расстройства являются наиболее частыми осложнениями течения патологии вен нижних конечностей. Формирование обширных трофических язв существенно утяжеляет не только заболевания вен, но и общее состояние пациентов. Частота их развития достигает 4-5% от числа всех пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВННК) (Савельев В.С. и соавт., 2001; Шевченко Ю.Л. с соавт., 2013; Bergan J. et al., 2006), а лечение этой категории пациентов до сих пор представляет определенные трудности.

**Цель.** Усовершенствование комплекса лечебных мероприятий при лечении пациентов с открытой трофической язвой голени и обширным поражением мягких тканей на фоне ХВННК.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 152 пациентов, находившихся на лечении в НМХЦ им Н.И. Пирогова, с открытыми трофическими язвами голени. Площадь язв менее  $6 \text{ см}^2$  выявлена у 30%, от 6 до  $15 \text{ см}^2$  — у 49%, более  $15 \text{ см}^2$  — у 19% пациентов, из них площадью более  $1000 \text{ см}^2$  — у 3 (2%) пациентов с признаками сепсиса. Всем проводилась

комплексная клиническая, лабораторная диагностика, в т.ч. динамическое бактериологическое обследование, инструментальная оценка (УЗАС в режиме ЦДК) расстройство флебодинамики. Микробиологический анализ трофических язв выявил в подавляющем большинстве случаев ассоциативную аэробную микрофлору с уровнем бактериальной обсемененности  $10^6$ - $10^7$  КОЕ в 1г ткани (основные патогены: Staph. — 44%, Str. — 14%, Enterobacter — 22%, Pseudomonas — 6%, проч. — 14%; микробные ассоциации в 56,3% случаев). При УЗАС вертикальный вено-венозный рефлюкс выявлен у 78% пациентов, наличие горизонтального вено-венозного рефлюкса по значительно расширенным перфорантным системам — у 89% пациентов).

**Результаты и обсуждение.** Лечебная тактика строилась на принципе взаимосвязанных этапов лечения, конечной целью которых являлось заживление трофических язв. Первый этап лечебной тактики заключался в санации трофических язв, достижение которой в контрольной группе пациентов (74 человека) осуществлялось традиционно применяемыми топическими антисептиками, в основной группе (78 человек) посредством гидроальгинатных повязок, а также препарата «Актовегин», оказывающего комплексное воздействие, улучшая микроциркуляцию, и, таким образом, ускоряя заживление язв. После достижения удовлетворительной санации трофических язв лечебная тактика была ориентирована на устранение флебогипертензии с использованием микронизированной очищенной фракции флавоноидов (Детралекс). В ряде случаев при обширных трофических нарушениях кожи и открытых язвах производилось пластическое закрытие язвенных дефектов. Вмешательства по коррекции патологического рефлюкса выполнены у 68% пациентов (11% — короткий стриппинг БПВ, 18% — foam-form склерооблитерация и 49% — лазерная облитерация несостоятельных перфорантных вен). У остальных пациентов при наличии значимого вено-венозного рефлюкса оперативное вмешательство осуществлялось после окончательного закрытия язвенных дефектов. В основной группе пациентов очищение трофических язв от патологических раневых элементов и снижение уровня микробной контаминации ниже критического уровня происходило в более ранние сроки, в среднем, на 10 сутки лечения, по сравнению с 13-15 сутками у пациентов контрольной группы. Сроки начала эпителизации язв у пациентов основной группы составили, в среднем,  $11,5 \pm 1,4$  суток, тогда как в контрольной группе преобладание репаративных процессов в язвах отмечено, в среднем, на  $17 \pm 3,4$  сутки. У пациентов, площадь язв которых не позволяла добиться самостоятельной эпителизации в короткие сроки, нами осуществлялось пластическое закрытие трофических язв. У 3 пациентов с обширными трофическими язвами сроки лечения составили более 3 месяцев.

**Выводы.** Комплексное лечение пациентов с ХВННК, осложненной трофическими язвами голени, позволяет в более ранние сроки осуществить адекватную предоперационную под-