



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (65) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (65)

2024

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-002.44-089.163

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

Хамдамов У.Р. <https://orcid.org/0009-0009-6511-0060>
Абдурахманов М.М. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

Бухарский государственный медицинский институт, Бухарский филиал РНЦЭМП
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель исследования. Анализ результатов комплексного поэтапного лечения больных с венозными трофическими язвами (ВТЯ) нижних конечностей. Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 69 пациентов: 52 (75,4%) — с варикозной болезнью, 17 (24,6%) — с посттромботической болезнью. Продолжительность язвенного анамнеза варьировала от 3 до 64 мес. Для местного лечения использовали раневые покрытия. Для закрытия больших ВТЯ применяли аутодермопластику, в 35 (50,7%) случаях в комплексе с хирургическими вмешательствами, направленными на ликвидацию горизонтального и вертикального рефлюксов, в 11 (10,6%) — без хирургических вмешательств на венозной системе. При наличии больших язв для более быстрого очищения и подготовки к последующей аутодермопластике использовали вакуум-терапию, гидрохирургическую систему. У 39 (58%) пациентов с варикозной болезнью вертикальный рефлюкс был ликвидирован выполнением классической флебэктомии. У 15 (21,7%) пациентов для ликвидации горизонтального рефлюкса применяли эхофлебосклеротерапию. Результаты. Приживление кожного лоскута и закрытие ВТЯ произошло у 33 (90,4%) из 35 пациентов, которым параллельно проводилась ликвидация вено-венозных рефлюксов. Рецидив ВТЯ в этой группе произошел у 1 пациента. Из 11 пациентов, которым не проводилась коррекция венозного кровотока, язва закрылась у 7 (63,3%). Рецидив язвы в этой группе пациентов возник у 3 (27,3%) пациентов через 1,5 и 2 года. Заключение. Для достижения хороших результатов в лечении ВТЯ, особенно у пациентов с большими язвами, по возможности необходимо использовать хирургические методы, направленные на ликвидацию вертикального и горизонтального рефлюксов, в сочетании с аутодермопластикой.

Ключевые слова: венозные трофические язвы, хирургическое лечение, консервативное лечение.

OYOQLARDA VENOS GENEZLI TROFIK YARALARNI KOMPLEKS DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

Hamdamov U.R. <https://orcid.org/0009-0009-6511-0060>
Abduraxmanov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

Buxoro davlat tibbiyot instituti, RShTYoIM Buxoro filiali
Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti,
O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezume

Tadqiqot maqsadi. Oyoqlarning venoz trofik yarasi (VTYa) bilan og'riqgan bemorlarni bosqichma-bosqich kompleks davolash natijalarini tahlil qilish. Materiallar va usullar. 69 bemorni davolash natijalari tahlil qilindi: 52 (75,4%) varikoz kasalligi, 17 (24,6%) posttrombotik kasallik. Yara anamnezining davomiyligi 3 oydan 64 oygacha o'zgargan. Mahalliy davolash uchun yara qoplamalari ishlatilgan. Katta VTYalarni yopish uchun autodermoplastika 35 (50,7%) holatda gorizont va vertikal refluksni bartaraf etishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlar bilan birgalikda,

11 (10,6%) venoz tizimda jarrohlik aralashuvlarsiz qo'llanilgan. Katta xajmdagi yaralar mavjud bo'lganda, tezroq tozalash va keyingi autodermoplastikaga tayyorgarlik ko'rish uchun vakuum terapiyasi va gidrojarrohlik tizimi qo'llanilgan. Varikoz kasalligi bilan og'riqan 39 (58%) bemorlarda klassik flebektomiya o'tkazish orqali vertikal refluks bartaraf qilindi. 15 (21,7%) bemorda gorizontal refluksni bartaraf etish uchun exofleboskleroterapiya qo'llanilgan. Natijalar. Bir vaqtning o'zida veno-venoz refluksni bartaraf qilgan 35 bemorning 33 tasida (90,4%) VTYa yopilgan. Ushbu guruhdagi VTYaning takrorlanishi 1 bemorda sodir bo'lgan. Vena qon oqimini korreksiya qilinmagan 11 bemorning 7 tasida (63,3%) yara yopildi. Ushbu guruhdagi bemorlarda yaralarning qaytalanishi 1,5 va 2 yildan keyin 3 (27,3%) bemorda sodir bo'lgan. Xulosa. VTYani davolashda yaxshi natijalarga erishish uchun, ayniqsa katta yarasi bo'lgan bemorlarda, iloji boricha, avtodermoplastika bilan birgalikda vertikal va gorizontal refluksni bartaraf etishga qaratilgan jarrohlik usullarini qo'llash kerak.

Kalit so'zlar: venoz trofik yaralar, jarrohlik usulida davolash, konservativ davo.

MODERN METHODS OF COMPLEX TREATMENT OF TROPHIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES OF VENOUS ORIGIN

Hamdamov U.R. <https://orcid.org/0009-0009-6511-0060>

Abdurakhmanov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

Bukhara State Medical Institute, Bukhara branch of the Republican Research Center for Emergency Medicine

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The objective of the present study was to analyze the results of the combined step-by-step treatment of the patients presenting with venous trophic ulcers (VTU) on the lower extremities. Material and methods. We undertook the analysis of results of the treatment of 68 patients including 52 (75.4%) ones with varicose veins and 17 (24.6%) patients suffering from post-thrombotic disease. The history of venous trophic ulcers in the participants of the study ranged from 3 to 64 months in duration. Wound dressings were applied to treat local lesions whereas autodermoplasty was used to close large ulcers. In 35 (50.7%) cases, the latter technique was employed in the combination with the surgical interventions designed to eliminate either horizontal or vertical reflux. Autodermoplasty alone, without the surgical intervention on the venous system, was used to treat 11 (10.6%) patients. To facilitate the cleansing of large ulcers and their preparation for subsequent autodermoplasty, vacuum-therapy, and a hydrosurgical system were employed. In 39 (58%) patients with varicose veins, vertical reflux was eliminated by classical phlebectomy whereas echophlebosclecterotherapy had to be employed to get rid of horizontal reflux in 15 (21,7%) other patients. Results. Cutaneous flap engraftment and ulcer closure were achieved in 33 of the 35 (90,4%) patients who underwent simultaneous elimination of venovenous refluxes. A recurrent VTU developed in one patient of this group. The closure of the trophic ulcers was successfully performed in 7 (63.3%) of the eleven patients whose venous blood flow remained uncorrected. In 3 (27,3%) patients of his group the ulcer recurred within 1.5 and 2.0 years after the treatment. Conclusion. In order to obtain good results of the treatment in the patients presenting with venous trophic ulcers, especially large ones, it is necessary to use the surgical methods designed to eliminate both horizontal and vertical venous blood reflux in the combination with autodermoplasty.

Key words: venous trophic ulcers, surgical treatment, conservative treatment.

Актуальность

Прогрессирующие трофические расстройства мягких тканей на фоне декомпенсированных форм хронических заболеваний вен (ХЗВ) способствуют формированию длительно незаживающих венозных трофических язв (ВТЯ)[1—4]. Лечение таких больных является одной из актуальных и социально значимых проблем в современной медицине. Распространенность

трофических язв венозной этиологии, их склонность к рецидивированию диктуют необходимость использования оптимального комплекса наиболее эффективных современных методов лечения.

Мы считаем, что только комплексный подход к лечению этой тяжелой категории больных — оптимальная санация ВТЯ, грамотная, корректная компрессионная и медикаментозная терапия в сочетании с выполнением корригирующих операций на венозной системе, и последующая ликвидация вертикального и горизонтального рефлюксов позволяют получить хороший, стойкий клинический результат и добиться длительного без рецидивного течения заболевания.

Цель настоящего исследования — анализ результатов комплексного лечения пациентов с ВТЯ.

Материал и методы

Проведен проспективный анализ результатов лечения 69 пациентов (44 женщины и 25 мужчин, средний возраст $56 \pm 12,2$ года) с открытыми трофическими язвами на фоне ХЗВ. У 52 (75,4%) пациентов причиной возникновения ВТЯ была варикозная болезнь, у 17 (24,6%) — посттромботическая болезнь. Продолжительность язвенного анамнеза варьировала от 3 до 64 мес. Площадь язв менее 6 см^2 выявлена у 27 (39,1%) пациентов, от 6 до 15 см^2 — у 37 (53,6%) и более 15 см^2 — у 5 (7,3%). Пациенты с сопутствующим поражением периферических артерий были исключены из исследования.

Всем больным проводили комплексную клиническую, лабораторную (включая бактериологическую и цитологическую) и ультразвуковую диагностику расстройств венозной гемодинамики и трофических язвенных нарушений, что в последующем позволило выбрать оптимальную тактику лечения.

Комплексная терапия строилась по принципу взаимосвязанных, последовательных этапов лечения вплоть до закрытия ВТЯ.

Местное лечение — первый этап в комплексном лечении трофических язв венозной этиологии. Выбор определенных лечебных средств зависел прежде всего от стадии раневого процесса, состояния окружающих трофическую язву тканей и нижней конечности в целом.

Следует подчеркнуть, что на сегодняшний день доминирует концепция заживления ВТЯ во влажной среде [3, 5].

При местном лечении ВТЯ мы использовали различные современные интерактивные раневые покрытия в сбалансированной влажной среде в зависимости от стадии раневого процесса. Местное лечение включало туалет поверхности язвы и периульцерозных тканей с помощью индивидуальной губки и мыльного раствора. При обработке ВТЯ оптимальным считали струйное промывание ее поверхности стерильным, подогретым до 37°C физиологическим раствором. Мы считали необходимым избегать применения концентрированных антисептиков (йод-повидон, перекись водорода, мирамистин, гипохлорид натрия и др.), традиционно используемых при острых ранах. В условиях ВТЯ они оказывают цитотоксическое действие, в последующем повреждая грануляционную ткань.

После механической обработки продолжали лечение уже с помощью современных покрытий во влажной среде.

Раневые покрытия. Выбор того или иного перевязочного средства требует обязательного учета фазы течения раневого процесса и степени экссудации. Так, повязки, применение которых рационально в фазу воспаления благодаря структуре своего материала, способны инактивировать раневую экссудат, способствуют необратимой элиминации микроорганизмов, токсинов и тканевого детрита, стимулируя при этом процесс отторжения некротизированных тканей. В то же время покрытия, используемые при лечении «чистых» заживающих язв, поддерживают необходимую влажность и аэрацию, надежно защищают последнюю от механических повреждений и вторичной контаминации, стимулируют репаративные процессы.

На первом этапе комплексного лечения ВТЯ использовали следующие современные раневые покрытия: альгинаты, гидроколлоиды, губчатые повязки, атравматические сетчатые повязки.

В I и II стадии раневого процесса у пациентов с наличием язвенно-некротических поражений тканей, большого количества фибрина использовали альгинатные, серебросодержащие гидроальгинатные и суперабсорбирующие повязки.

Во II и III стадии раневого процесса использовали гидроколлоидные повязки. В последующем применяли атравматичные сетчатые повязки, обладающие антисептическим свойством и стимулирующие репарацию тканей, для покрытия донорских участков при аутодермопластике.

Дополнительно при наличии больших и тем более гигантских циркулярных язв для более быстрого очищения и подготовки к последующей аутодермопластике параллельно с раневыми покрытиями в комплексном лечении использовали вакуум-терапию, гидрохирургическую систему и ультразвуковую терапию.

Вакуум-терапию применяли у 14 (20,3%) пациентов на всех этапах лечения ВТЯ. В первой фазе раневого процесса добивались ликвидации воспалительных явлений в области самой язвы и периульцерозных тканей, ликвидации отека, острого индуративного целлюлита, массивных фибринозных наложений, что позволяло очистить язву от некротических тканей и способствовало появлению мелкозернистых грануляций.

Гидрохирургическую систему (обработка ран микроструей под высоким давлением) использовали у 21 (30,4%) пациента для рассечения, абляции и удаления патологических тканей из ран. Конструкция эвакуационной трубки и ее близость струе жидкости создают локальный вакуум, который эффективно удаляет фрагменты тканей, детрит или жидкое содержимое. В то же время струя жидкости сама по себе создает достаточное давление для рассечения нежизнеспособных тканей и одновременного удаления их из раны. Особенно удобна данная методика при обработке больших раневых поверхностей и в случаях некрэтомии плотно фиксированных некротизированных тканей.

Аутодермопластику проводили свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом. Последняя была использована в комплексном лечении больных с ВТЯ в комбинации с хирургическими вмешательствами, направленными на ликвидацию вертикального и горизонтального рефлюксов, в 35 (50,7%) случаях и в 11 (10,6%) — без хирургических вмешательств на венозной системе.

Как уже говорилось выше, лечение трофических язв при ХЗВ должно быть комбинированным и поэтапным, поэтому следует разумно сочетать традиционные и миниинвазивные хирургические методы. Для достижения хорошего послеоперационного результата — приживления кожного лоскута, помимо такой тщательной подготовки раневой поверхности, следует еще, по возможности, постараться ликвидировать флебогипертензию за счет устранения вертикального и горизонтального рефлюксов.

Коррекция венозной гемодинамики — ликвидация вертикального и горизонтального рефлюксов, служит одним из основных и важнейших моментов комплексного лечения ВТЯ.

У 39 (58%) пациентов на фоне варикозной болезни с ВТЯ вертикальный рефлюкс был ликвидирован выполнением классической флебэктомии (кроссэктомия, стриппинг) с минифлебэктомией варикозно-трансформированных притоков. При наличии горизонтального рефлюкса наряду с комбинированной флебэктомией выполняли надфасциальную перевязку несостоятельных перфорантных вен.

Мы считаем, что хирургическую коррекцию венозной гемодинамики можно и следует выполнять при незажившей, но тщательно санированной и подготовленной трофической язве.

У ряда пациентов на фоне склероза тканей и повышенного риска их травматизации доступ к варикозно-трансформированным венам затруднен, не всегда возможен и чреват гнойно-некротическими осложнениями. В этих случаях у больных для устранения горизонтального вено-венозного рефлюкса использовали склерозирование несостоятельных перфорантных вен под ультразвуковым контролем (эхофлебосклеротерапию).

Аутодермопластика в комплексном лечении больных с ВТЯ в комбинации с хирургическими вмешательствами, направленными на ликвидацию вертикального и горизонтального рефлюксов, была выполнена в 35 случаях и в 11 — без хирургических вмешательств, направленных на коррекцию флебогипертензии (см. таблицу).

Эхофлебосклеротерапию проводили при обширных трофических язвах с целью подготовки тканей для последующей удачной аутодермопластики.

Виды хирургических вмешательств, выполненных в комплексном лечении пациентов с ВТЯ

Вид хирургических вмешательств	Варикозная болезнь	Посттромботическая болезнь
Классическая флебэктомия (кроссэктомия, стриппинг)	39	
Эхофлебосклерооблитерация несостоятельных перфорантных вен	9	6
Аутодермопластика	37	9
Всего	85	15

Эхосклеротерапию недостаточных перфорантных вен под ультразвуковым контролем провели у 15 (21,7%) пациентов (36 процедур).

Следует подчеркнуть, что при данных показаниях эхосклеротерапию проводили только тогда, когда диаметр перфорантных вен не превышал 6 мм. Пункцию перфорантов проводили иглой, калибр которой оптимален для ее визуализации, предпочтительно 21G. Для склерозирования использовали шприцы объемом 2 мл и полидоканол в концентрации 3%. При проведении процедуры сначала визуализировали недостаточную перфорантную вену, оценивали ее размеры, форму, что считаем очень важным для получения хорошего результата. После введения препарата создавали немедленную локальную компрессию места инъекции латексной подушечкой и проводили эластичное бинтование (непрерывная компрессия сроком на 10-12 сут) [6].

Одним из основных и неотъемлемых методов комплексного лечения больных с ВТЯ является адекватная компрессионная терапия. Она ускоряет процессы заживления ВТЯ и значительно снижает частоту их рецидивов [3, 5]. В комплексном лечении мы использовали бинты короткой и средней растяжимости с последующим переходом на компрессионный медицинский трикотаж (2—3-й класс компрессии).

Все больные с ВТЯ в комплексном лечении получали микронизированную очищенную флавоноидную фракцию (Флебодиа, «Иннотек», Франция) в дозе 600 мг в сутки. Мы считаем данный флеботропный препарат оптимальным в комплексном лечении больных с ХЗВ. Параллельно использовали актовегин.

Антибактериальная терапия. Активное воспаление в области язвы, характеризующееся индурацией, гиперемией, локальным повышением температуры, отеком, выраженным болевым синдромом, определяет целесообразность проведения системной антимикробной терапии. Присоединение гнойных осложнений со стороны окружающих язву тканей (целлюлит, микробная экзема, пиодермия, рожа и др.) существенно затрудняет лечение и пролонгирует сроки эпителизации. Наибольшие трудности вызывает лечение острого индуративного целлюлита, который, вызывая усиление раневого отделяемого и болей в области язвы, способствует быстрому увеличению ее площади, прогрессированию инфильтрации и эритемы окружающих тканей. Применение в таких случаях только топических антибактериальных средств оказывается неэффективным из-за обильной экссудации, их быстрой инактивации раневыми протеазами. При трофических язвах с признаками острого инфекционного процесса необходимо применение антибактериальных средств в соответствии с результатами микробиологических исследований чувствительности возбудителей. При первоначальном эмпирическом выборе антибиотика предпочтение отдается защищенным пенициллинам. Статистическую обработку данных исследования проводили в программе Microsoft Excel. Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Результат и обсуждение

Реализация принципа влажного заживления ВТЯ с использованием современных интерактивных раневых покрытий в комплексном поэтапном лечении показала несомненные его преимущества в сравнении с традиционной терапией. При этом уменьшались не только

сроки очищения и закрытия венозных язв, но и уменьшались кратность и болезненность перевязок, что в последующем позволило нам увеличить число заживших ВТЯ в течение первых 2 мес. лечения в 2,5 раза по сравнению с традиционными методами лечения и существенно улучшить отдаленные результаты, сократив сроки предоперационной подготовки пациентов.

Использование дополнительно при наличии больших циркулярных язв параллельно с раневыми покрытиями в комплексном лечении ВТЯ вакуумтерапии (NPWT), гидрохирургической системы позволило значительно быстрее (почти в 2 раза) очистить трофические язвы и снизить сроки предоперационной подготовки.

Так, использование в комплексном лечении вакуум-терапии позволило выполнить у 12 пациентов хирургические вмешательства по коррекции венозного русла с ликвидацией венозной гипертензии одномоментно с аутодермопластикой.

Приживление кожного лоскута и закрытие дефекта ткани произошло у 33 (90,4%) пациентов, которым проводили ликвидацию вертикального и горизонтального рефлюксов. У 2 пациентов произошло лишь частичное приживление кожного лоскута после устранения горизонтального рефлюкса с помощью эхофлебосклеротерапии, что, на наш взгляд, было обусловлено наличием множества несостоятельных перфорантных вен малого диаметра. В последующем язвенные дефекты удалось закрыть без повторных вмешательств. Рецидив в этой группе пациентов возник в 1 (2,8%) случае через 2 года на фоне прогрессирования флебогипертензии после эхофлебосклерооблитерации.

Из 11 пациентов, которым аутодермопластику проводили без предварительной коррекции венозного кровотока, у 7 (63,3%) кожный лоскут прижился полностью, у 4 (36,7%) — частично, что мы связываем с некорректируемой флебогипертензией. Рецидив язвы у этой группы пациентов возник у 3 (27,3%) через 1,5 и у 2 (18,1%) через 2 года на фоне прогрессирующей некорректируемой флебогипертензии.

У 39 (58%) пациентов на фоне варикозной болезни с ВТЯ в комплексном лечении мы использовали классическую флебэктомию: кроссэктомию, стриппинг с минифлебэктомией варикозно-трансформированных притоков.

Из 36 процедур эхофлебосклеротерапии перфорантных вен у 10 (27,2%) пациентов проходимость недостаточной перфорантной вены сохранилась, однако у 7 пациентов ее диаметр уменьшился примерно в 2 раза.

В ряде случаев, особенно после неполной экосклерооблитерации недостаточных перфорантных вен, для ликвидации венозной гипертензии использовали метод флюоресцентной лазерной диагностики жизнеспособности тканей, который позволял прогнозировать положительный или недостаточный эффект улучшения микроциркуляции тканей и создания благоприятного фона для последующей аутодермопластики обширных ВТЯ [7]. В случаях недостаточного улучшения трофики тканей после неполной облитерации сосуда у 6 пациентов были проведены повторные сеансы экосклерооблитерации.

У больных с обширными ВТЯ было отмечено, что после снятия постоянной компрессии язвы уменьшались по площади на 30—40%, глубина их значительно снижалась, появлялись свежие грануляции. В данных случаях удавалось добиться заживления язв в срок от 1 до 2 мес. У 9 пациентов, имеющих большие язвенные дефекты, после проведения 2—3 сеансов экосклерооблитерации выполняли аутодермопластику. Из 9 операций в 7 (77,7%) лоскут успешно прижился. Отсутствие положительного эффекта в 2 случаях мы связываем с наличием множества недостаточных перфорантных вен малого диаметра, а также длительным анамнезом заболевания.

Заключение

Комплексное взаимосвязанное и поэтапное лечение больных с ВТЯ позволяет добиваться хороших результатов — в конечном итоге закрытия язвенных дефектов и в последующем минимизации рецидивов.

Для достижения хороших результатов в комплексном лечении, особенно у пациентов с большими ВТЯ, по возможности необходимо использовать хирургические методы, направленные на ликвидацию вертикального и горизонтального рефлюксов в сочетании с аутодермопластикой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачёв В.Ю. Хронические заболевания вен в Российской Федерации. Результаты международной исследовательской программы. // VEIN CONSULT. Флебология. 2010;4(3): 9-12.
2. Савельев В.С. Флебология. / М. 2001.
3. Суннатов Р.Д., Б.К. Келдиёров, С.З. Таджиев. Совершенствование способа местного лечения трофических язв. // Доктор ахборотномаси 2022; 3(106).
4. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачёв В.Ю. Богданец Л.И., Трофические язвы. Флебология: Руководство для врачей. / М.: Медицина. 2001;15:519-551.
5. Богданец Л.И., Березина С.С., Кириенко А.И. Результаты применения раневых покрытий Sorbsan silver в лечении трофических язв венозного генеза. // Флебология. 2008;2(1):38-42.
6. Киршин А.А., Стяжкина С.Н., Горяева Е.А., Ханнанова Л.Б. Комбинированное лечение хронической венозной недостаточности в стадии выраженных трофических расстройств. // ModernScience. 2020; 5-1: 223-225. ISSN 2414-9918.
7. Кохан Р.С. Вакуумная терапия как составляющая хирургического лечения пациентов с хронической венозной недостаточностью, осложненной трофической язвой. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2016; 1: 29-32.

Поступила 20.02.2024