

Министерство здравоохранения Украины
Украинская ассоциация врачей дерматовенерологов и косметологов
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Ужгородский национальный медицинский институт



**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЯ
ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Киев – 2007

Методические рекомендации «Консервативное лечение трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности» предназначены для врачей дерматовенерологов, хирургов, врачей общей практики и семейной медицины, врачей интернов.

В методических рекомендациях подробно освещены основные патогенетические моменты формирования трофических язв, развитие дерматологических осложнений и роль сопутствующих дерматологических заболеваний у пациентов с хронической венозной недостаточностью. Приведены современные принципы терапии этих состояний и предложены основные профилактические мероприятия по предупреждению рецидивов заболевания.

СОСТАВИТЕЛИ:

Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, главный дерматовенеролог управления здравоохранения Донецкой облгосадминистрации, к.мед.н., **Куценко И.В.**

Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Ужгородского национального медицинского института, главный дерматовенеролог управления здравоохранения Закарпатской облгосадминистрации, д.мед.н., профессор, **Андрашко Ю.В.**

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Национального медицинского университета им. А.А.Богомольца, президент Украинской ассоциации врачей дерматовенерологов и косметологов д.мед.н., профессор **Коляденко В.Г.**

Заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, вице-президент Украинской ассоциации врачей дерматовенерологов и косметологов, д.мед.н., профессор **Проценко Т.В.**

ВВЕДЕНИЕ

Важной проблемой общей врачебной практики, а сегодня и семейной медицины, является профилактика и лечение варикозной болезни (ВБ) и развивающейся на ее фоне хронической венозной недостаточности (ХВН) и ее осложнений – трофических язв (ТЯ).

Достаточно высокая частота встречаемости трофических язв, огромный экономический ущерб, вызванный временной потерей трудоспособности, определяют данную патологию, как важную медико-социальную проблему. По данным ВОЗ (2006), 25% трудоспособного населения и более 50% пенсионеров Европы страдают ХВН. ТЯ являются наиболее частым осложнением ХВН.

Несмотря на очевидный прогресс в диагностике и лечении заболеваний вен нижних конечностей, распространенность ТЯ венозного генеза остается своего рода константой (2-3% взрослого населения), выявляемой в результате многочисленных исследований на протяжении последних 30 лет. Декомпенсированные формы заболевания чаще наблюдаются у больных пожилого возраста, однако начальные проявления нарушений трофики кожи и подкожной клетчатки появляются у большинства пациентов в более молодом возрасте.

Чрезвычайно много больных с ХВН среди лиц пожилого и старческого возраста. У 25-30% из них встречаются ТЯ голени, лечение которых является сложной медицинской проблемой. Больных с ТЯ подвергают неоднократным пересадкам кожи без предварительного устранения причины возникновения язвы, что всегда ведет к ее рецидиву. Многие пациенты занимаются самолечением, что негативно сказывается на дальнейшем течении заболевания и приводит к возникновению осложнений. Лечение ТЯ в условиях стационара длится в среднем 3-4 месяца, что естественно ведет к удорожанию помощи и в современных условиях является не приемлемым. Из-за тяжелой сопутствующей соматической патологии и обширности язвенной поверхности, у 65-75% геронтологических больных оперативное лечение ТЯ оказывается невозможным.

ТЯ нижних конечностей представляют собой реальную угрозу многим аспектам качества жизни пациентов. Без специального лечения, ТЯ характеризуются низкой тенденцией к заживлению и длительным рецидивирующим течением, приводящим к стойкой инвалидизации больных.

Лечение больных с ХВН нижних конечностей является весьма актуальной проблемой, как в медицинском, так и социально-экономическом плане. Длительно существующие трофические язвы изменяют качество жизни пациентов, причиняя им физические и психо-эмоциональные страдания, ограничивая их социальную адаптацию. В области длительно существующих язвенных дефектов может развиваться процесс злокачественного перерождения тканей, поэтому врач должен информировать пациента о необходимости лечения и возможных осложнениях из-за отсутствия лечения.

Причины неудовлетворительных результатов лечения трофических язв нижних конечностей связаны с недооценкой патогенетических механизмов возникновения трофических расстройств, а также роли осложнений и сопутствующих как соматических, так и дерматологических заболеваний.

Длительно существующие ТЯ, низкая эффективность применяемых методов лечения вынуждают больных заниматься самолечением, применяя различные наружные средства, в результате чего вокруг язвенного дефекта развиваются аллергический и контактный дерматит, а зачастую – и экзема.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В подавляющем большинстве случаев образование ТЯ обусловлено патологией вен (70%), язвы артериального генеза встречаются в 20% случаев, и лишь у 10% пациентов трофические язвы имеют другую этиологию.

Решающее значение в развитии ТЯ, как при варикозной, так и при посттромботической болезни, принадлежит венозной гипертензии, приводящей к реализации целого каскада патологических процессов на микроциркуляторном уровне, итогом которой является тканевая деструкция.

По данным ряда авторов, трофические расстройства кожи и подкожно-жировой клетчатки при посттромбофлебитическом синдроме в среднем у женщин развиваются через 7,7 года и через 3,5 года – у мужчин. Трофические расстройства кожи при варикозной болезни отмечаются у 15,5% пациентов, а при посттромбофлебитическом синдроме ТЯ встречаются в 43,3%.

Частота возникновения ТЯ нижних конечностей при декомпенсации венозного кровообращения у больных, не получавших специального лечения, достигает 90%. Около 2-3% населения страдает ТЯ венозной этиологии, поэтому их лечение является не только важной медицинской, но и значимой социальной проблемой.

По нашим наблюдениям, у 75-80% пациентов с ТЯ отмечаются дерматологические осложнения в виде контактного и аллергического дерматита, экземы. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности в последнее десятилетие, частота этих осложнений остается высокой.

При ХВН развиваются изменения в лимфатических сосудах и капиллярах с тенденцией к артериоспазму с развитием синдрома лимфовенозной недостаточности. Повышение венозного давления из-за патологического рефлюкса приводит к увеличению объема интерстициальной жидкости и развитию отека и лимфостаза. Увеличение проницаемости капилляров ведет к миграции, адгезии и гибели лейкоцитов с последующим высвобождением биологически активных веществ (цитокинов, лейкотриенов, фактора активации тромбоцитов, свободных радикалов, протеолитических ферментов). Эти факторы и повреждение большого количества эритроцитов в результате венозного застоя приводят к резкому нарушению микроциркуляции, гипок-

сии, склерозу подкожной клетчатки, индурации кожи, что в конечном счете способствует образованию ТЯ.

Существует множество классификаций трофических язв нижних конечностей. Классифицирование по этиологическим и патогенетическим признакам является наиболее ценным с практической точки зрения. В патогенезе трофической язвы любой этиологии значительную роль играют нарушения гемолимфомикроциркуляции, иннервации и обменных процессов в тканях.

По этиологическому признаку различают варикозные, ишемические, нейротрофические, смешанные, посттравматические, обменные и инфекционные язвы. Наиболее часто причиной развития ТЯ нижних конечностей является посттромботическая болезнь (46,3%), варикозная болезнь (16,7%), облитерирующий атеросклероз (9,6%), эндартериит (3,6%), диабетические ангиопатии и невропатии (10,6%), заболевания и повреждения нервной системы (6,0%), прочие причины (7,2%). Процент инвалидизации особенно высок при посттромботической болезни третьей стадии – 38,0% больных становятся инвалидами III-ей, а 10,0% – II-ой группы.

По фазам течения язвенного процесса ТЯ классифицируются как предъязвенное состояние (доклиническая фаза), фаза некроза, фаза аутолиза (некролиза), фаза развития здоровой грануляционной ткани и фаза эпителизации и рубцевания. Вне зависимости от этиологии, каждая ТЯ нижней конечности проходит все фазы своего клинического течения.

Знание патогенеза заболевания и возросшие возможности диагностики и лечения варикозной болезни заставляют по-новому подходить к выбору метода лечения ТЯ. При этом все большее значение играет рациональная организация лечебно-диагностического процесса.

КЛИНИКА

Образованию язвы, как правило, предшествует целый комплекс объективных и субъективных симптомов, свидетельствующих о прогрессирующем нарушении венозного кровообращения в конечностях. Пациенты отмечают появление отека и чувства «тяжести» в голенях, судороги в икроножных мышцах, особенно в ночное время, появление чувства жжения, «жара», а иногда – зуда кожи голени. В этот период в нижней трети голени визуализируется сеть поверхностных вен небольшого диаметра, синюшного цвета. На коже появляются фиолетовые или пурпурные пигментные пятна, которые, сливаясь, образуют обширную зону гиперпигментации. Гемосидерин (пигмент разрушенных эритроцитов, проникающих из капилляров в подкожную клетчатку вследствие венозного застоя), накапливающийся в коже, обладает антигенными свойствами и вызывает воспалительную реакцию с развитием контактного, аллергического дерматита и экземы. Кожа в этом месте утолщается, становится болезненной, напряженной, приобретает

характерный «лаковый» вид. Вследствие распространения воспаления на жировую клетчатку, кожа становится неподвижной и ее не удается собрать в складку. Развивается застойная эритема, инфильтрация, гиперемия и гипертермия кожи, которая приобретает вид «апельсиновой корки» вследствие внутрикожного лимфостаза. В этой зоне кожа утрачивает свои барьерные функции и становится легко проницаемой для различных микроорганизмов. Прогрессирующий внутрикожный лимфостаз приводит к истечению лимфы, которая скапливается на коже в виде опалесцирующих капелек, напоминающих росу.

В последующем в центре участка пораженной кожи возникает очаг отслойки эпидермиса, который своим белесоватым видом напоминает натек парафина. Это, так называемая, белая атрофия кожи – предязвенное состояние. Отсутствие лечения и минимальная травма приводят к образованию небольшого язвенного дефекта, покрытого струпом, под которым находится влажная вишнево-красная поверхность.

По мере прогрессирования изменяется форма ТЯ и увеличивается ее площадь. Размер ТЯ варьирует в широких пределах. Увеличение площади ТЯ обычно происходит в результате расширения границ одного язвенного дефекта. Кроме этого, возможно слияние нескольких язв с относительно небольшой исходной площадью. При длительном течении заболевания и отсутствии адекватного лечения венозные ТЯ могут достигать гигантских размеров и распространяться на всю окружность голени – циркулярные ТЯ (Фото 3).

Вначале процесс ограничивается поражением только кожи, а, в дальнейшем, идет вглубь, достигая по задней поверхности голени ахиллового сухожилия и икроножных мышц, а по передней – надкостницы большеберцовой кости. Углубление ТЯ сопровождается усилением болевого синдрома, для снятия которого нередко требуется применение наркотических анальгетиков. Глубокое повреждение тканей со временем может привести к воспалению и тугоподвижности голеностопного сустава.

Характер отделяемого ТЯ зависит от стадии раневого процесса, наличия и характера бактериальной инфекции. Это может быть гной с неприятным запахом, мутный выпот с нитями фибрина, изредка – кровянистый экссудат.

Состояние кожи вокруг ТЯ под воздействием раневого отделяемого ухудшается и частым спутником ТЯ становится микробная экзема. Ее прогрессирование нередко провоцируют разнообразные неправильно подобранные примочки, мази, повязки и т. п. (Фото 4).

Часто у пациентов пожилого возраста, на фоне ХВН вследствие снижения местных защитных барьеров активируется грибковая инфекция кожи и ногтей пластинок стоп. По нашим наблюдениям, микотическое поражение кожи стоп и ногтей пластинок отмечается у 85% пациентов с ТЯ.

На фоне инфицированной ТЯ возможно развитие острого гнойного варикотромбофлебита, лимфангита, пахового лимфаденита и рожистого воспаления. Частые вспышки местной инфекции вызывают необратимые изменения лимфатических сосудов с развитием лимфостаза. Известны случаи, когда венозная ТЯ становилась источником сепсиса и смерти больных.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика ХВН не представляет большой сложности и основывается, в первую очередь, на жалобах, клинико-анамнестических данных и данных лабораторного и инструментального обследования больного.

Для ТЯ венозной этиологии характерна ее локализация на внутренней поверхности нижней трети голени. Кожные покровы вокруг ТЯ, как правило, гиперпигментированы и уплотнены, возможно наличие контактного и аллергического дерматита, экземы. В зоне нарушенной трофики пальпаторно можно определить кратерообразные провалы, соответствующие местам выхода перфорантных вен (Фото 1, 2).

Прежде чем приступать к лечению ТЯ на фоне варикозного расширения вен вне зависимости от стадии, необходимо составить предельно четкое представление о состоянии венозной системы конечности.

ТЯ чаще всего осложняют течение основного заболевания – варикозной или посттромбофлебитической болезни. Достоверными признаками связи трофических нарушений кожи с хронической венозной недостаточностью являются:

1. Объективные критерии поражения венозной системы (варикозно измененные вены локализуются в типичных местах – внутренняя поверхность бедра, задняя и медиальная поверхности голени).

2. Наличие в анамнезе подтвержденного тромбоза глубоких вен или ситуаций, указывающих на его высокую вероятность (переломы костей нижних конечностей, длительная иммобилизация, травматичные абдоминальные хирургические вмешательства, пункции и катетеризация вен нижних конечностей).

Окончательное суждение о природе трофической язвы выносится после получения данных инструментальной диагностики. У больных с ТЯ в качестве скринингового метода можно с успехом применять ультразвуковую доплерографию.

Задачами ультразвуковой доплерографии являются:

– определение характера венозной патологии (варикозная и посттромбофлебитическая болезнь);

– оценка состояния магистральных артерий.

Более информативным методом является ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветовым кодированием потоков крови, позволяющее:

– точно оценить проходимость и состояние клапанного аппарата магистральных вен;

- определить причины клапанной недостаточности глубоких вен (варикозная или посттромбофлебитическая болезнь);
- выявить основные источники низкого вено-венозного сброса (в т.ч. локализовать несостоятельные перфорантные вены по отношению к ТЯ);
- выявить атеросклеротические изменения магистральных артерий конечностей.

Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование является обязательным при недостаточной информативности предшествующей доплерографии. Вспомогательными методами диагностики являются радионуклидная и рентгеноконтрастная флебография. Они применяются в сложных диагностических ситуациях.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Нарушения трофики кожи, сопровождающиеся образованием язвы, наблюдаются не только при ХВН, но и при некоторых других заболеваниях сосудов, эндокринной системы и опорно-двигательного аппарата.

Облитерирующий атеросклероз является причиной возникновения ТЯ нижних конечностей в 8 % случаев. Кроме того, он может сопутствовать ХВН. Заболевание, как правило, встречается у мужчин пожилого возраста. При сборе анамнеза и клиническом осмотре должны быть определены характерные признаки артериальной недостаточности – перемежающаяся хромота, онемение и похолодание конечности, атрофия мышц, обеднение волосяного покрова, дистрофическое поражение кожи стоп и ногтей пластин.

Атеросклеротические ТЯ, по сути, являются признаком хронической ишемии пораженной конечности. Они возникают при декомпенсации артериального кровообращения. Провоцирующими моментами могут быть бытовые и производственные травмы, ношение узкой и неудобной обуви, переохлаждение. Язвы, как правило, образуются в пяточной области, на тыльной и подошвенной поверхностях стопы, концевой фаланге большого пальца. Атеросклеротические язвы обычно бывают небольших размеров, полукруглой формы, с вялыми грануляциями, плотными неровными краями, возвышающимися на фоне бледно-желтой кожи. Нередко отмечаются участки краевого некроза, который может распространяться вглубь с обнажением сухожилий и кости. В клинической картине заболевания превалирует болевой синдром, который в отличие от ХВН, провоцируется физической нагрузкой (ходьбой). Придание в этих случаях, в отличие от венозной патологии, пораженной конечности возвышенного положения не только не снижает выраженность боли, а, наоборот, усиливает ее (фото 5).

Сахарный диабет становится причиной ТЯ в 3 % случаев. Диабетические ТЯ возникают в результате специфического поражения микроциркуляторного русла, а также могут быть следствием полинейропатии. Прокладимость и пульсация артерий стоп обычно сохранены, а плечелодыжечный индекс

не отклоняется от нормы. Диабетические ТЯ, как правило, локализуются на конечных фалангах пальцев стопы. При сахарном диабете часто образуются своеобразные мозоли (натоптыши) на подошве, повреждение которых приводит к образованию язв, особенностью которых является несоответствие местных проявлений (язвы могут достигать значительных размеров и глубины) выраженности болевого синдрома (в результате сопутствующей диабетической полинейропатии он может отсутствовать). Появлению диабетических язв часто предшествуют потертости, мелкие травмы, ссадины, ожоги. Дифференциальный диагноз базируется на анамнезе сахарного диабета (чаще II типа) и характерных лабораторных данных, свидетельствующих об этом заболевании (колебания уровня глюкозы в крови, наличие глюкозы и кетоновых тел в моче и др.), а также отсутствии признаков ХВН. Вместе с тем следует учитывать, что у больных с венозными ТЯ возможен латентно текущий сахарный диабет. Поэтому перед началом лечения всем пациентам с ТЯ необходимо определение уровня глюкозы в крови (фото 6).

Синдром Марторелла (гипертонические язвы) большинству практических врачей малоизвестен, так как пациентам при этом заболевании ставят традиционно диагноз «трофическая язва». Язвы Марторелла встречаются преимущественно у женщин в возрасте 40–60 лет. В основе их развития лежит стойкая артериальная гипертензия, приводящая к характерному поражению мелких артерий и артериол. Заболевание начинается с появления небольшого болезненного синюшно-красного пятна или папулы, на месте которого возникает изъязвление. Типичным является симметричное поражение обеих нижних конечностей. Язвы локализуются, как правило, на передней или задненаружной поверхности голени. Провоцирующими моментами бывают незначительные бытовые или производственные травмы, укусы домашних животных или насекомых. Особенностью гипертонических язв является чрезвычайная болезненность, отличающаяся постоянством. Болевой синдром не зависит от времени суток, положения конечности и перевязок. Он бывает настолько мучителен, что может провоцировать серьезные психоневрологические расстройства. Сначала гипертонические язвы неглубокие с вялой грануляцией и скудным отделяемым. При отсутствии адекватного лечения размер язв прогрессивно увеличивается. Часто присоединяется раневая инфекция. При проведении дифференциального диагноза следует учитывать, что синдром Марторелла возникает на фоне длительно существующей и, как правило, плохо леченной артериальной гипертензии. Кроме того, при этом синдроме отсутствуют признаки ХВН и характерная для нее гиперпигментация кожи. Артериальная пульсация на стопе при синдроме Марторелла обычно сохранена. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании характерных морфологических изменений артерий мелкого калибра при проведении микроскопии биоптата (фото 7).

Нейротрофические язвы (акропатия псевдосерингомилиетическая) развиваются в деиннервированных зонах у пациентов с повреждением позвоночника или периферических нервных стволов, или у лиц злоупотребляющих спиртными напитками. Наиболее часто язвы локализуются на участках конечности, испытывающих постоянное давление (подошвенная и боковая поверхности стоп, область пяточного бугра). При относительно небольших размерах нейротрофические язвы отличаются значительной глубиной. Они имеют характерную форму в виде кратера, дном которого могут быть мышцы, сухожилия и даже кости. Отделяемое нейротрофических язв скудное, серозно-гнойное, с неприятным запахом. Грануляции вялые или вовсе отсутствуют. Заживление протекает по дистрофическому типу, без замещения дефекта тканей в зоне нарушенной иннервации. Окружающие ткани плотные, с ороговевшим эпидермисом. Проводя дифференциальный диагноз, следует учитывать, что в зоне образования нейротрофических язв резко снижены или полностью отсутствуют все виды чувствительности. Окончательный диагноз ставят на основании данных анамнеза (травма позвоночника, ранения нервов, хронический алкоголизм) и результатов неврологического обследования (фото 8).

Пиогенные (инфекционные) язвы возникают на фоне снижения иммунитета в результате наличия инфицированных микротравм, фолликулитов, фурункулеза, пиодермии и других состояний. Пациенты обычно являются представителями асоциальных групп. В результате нарушения правил личной гигиены возникает раздражение кожи, что приводит к расчесам, инфицированию и образованию пиогенных язв. Язвы обычно неглубокие, овальной формы, с длительно сохраняющейся перифокальной воспалительной реакцией кожи. Дно их ровное, без грануляций, покрыто струпом. Края раневого дефекта мягкие, тестоватой консистенции. Характерно густое гнойное отделяемое. Пиогенные язвы могут располагаться по всей поверхности голени или концентрироваться группами. Пальпаторно определяют увеличение регионарных лимфатических узлов, их болезненность. Важным дифференциально-диагностическим признаком является синдром гнойно-резорбтивной лихорадки. Объективные признаки поражения сосудистой системы нижних конечностей, как правило, отсутствуют. Течение пиогенных язв длительное, упорное (фото 9).

Озлокачествление язв отмечается в 1,6–3,5 % случаев. Провоцирующими факторами малигнизации язв являются длительное неадекватное лечение, многократное рецидивирование, постоянная травматизация язв. Характерными клиническими признаками озлокачествления язв являются увеличение количество раневого отделяемого, приобретающего гнилостный запах, появление крошковидных масс в отделяемом. На этом фоне отмечают увеличение паховых лимфатических узлов. Озлокачествлению чаще подвергаются ТЯ, располагающиеся на передней поверхности голени, на тыле стопы и подошвенной поверхности пяточной области (фото 10).

Традиционно запоздалая диагностика этой патологии связана с недостаточной онкологической настороженностью врачей и длительным неадекватным лечением больных с ТЯ различного генеза.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ТЯ на фоне ХВН условно может быть разделено на хирургическое и консервативное, в зависимости от клинических проявлений. Лечение ХВН в стадии компенсации и субкомпенсации венозного оттока не вызывает особых затруднений и является прерогативой хирургов.

При декомпенсации венозного оттока, развитии стойкого отека, индурации и формирования ТЯ, особенно у пожилых пациентов, операция сопряжена с высоким риском и зачастую не может быть выполнена. В таких случаях необходимо прибегать к консервативному лечению ТЯ, используя весь арсенал современных медицинских технологий.

Хирургическое лечение ТЯ

Учитывая патогенез ТЯ при ХВН, первоочередными лечебными мероприятиями должны быть действия, направленные на устранение или снижение до безопасного уровня флебогипертензии. Известно, что наиболее радикальным методом таких состояний является хирургическая операция. Доказано, что в патогенезе трофических нарушений при ХВН основную роль играет горизонтальный рефлюкс (поперечная флотация крови) через несостоятельные перфорантные вены. Вот почему основной точкой приложения хирургического вмешательства при ХВН в стадии трофических расстройств должно быть пересечение (диссекция) недостаточных перфорантных вен.

Что касается различных вариантов кожной пластики, то эта процедура при ТЯ венозного генеза не имеет самостоятельного значения и без предварительной коррекции флебогипертензии обречена на неудачу.

Однако наличие открытой инфицированной ТЯ у пациентов с ХВН значительно ограничивает возможности одномоментной радикальной хирургической коррекции нарушений регионарного кровообращения в связи с высоким риском гнойно-септических послеоперационных осложнений. Определенные проблемы возникают и с пациентами, соматическое состояние которых или их категорический отказ от операции не позволяют выполнить хирургическое вмешательство. В этой ситуации первоочередное значение приобретает консервативное лечение ТЯ.

Консервативное лечение ТЯ

Лечение пациентов, страдающих ТЯ, осложненных дерматологической патологией, является прерогативой врачей дерматологов.

Консервативное лечение пациентов с ТЯ на фоне ХВН - чрезвычайно трудоемкий и длительный процесс. Значительная часть времени уходит на восстановление репаративных возможностей тканей, борьбу с вторичной

инфекцией в ране и лечение сопутствующих кожных заболеваний, в частности – микробной экземы, аллергического и контактного дерматита вокруг ТЯ. Такое лечение может длиться неделями и даже месяцами, причем у некоторых больных положительная динамика может быть крайне медленной. Подобные ситуации наблюдаются у больных с полной дезорганизацией деятельности мышечно-венозной помпы голени и функциональной несостоятельностью магистральных и коллатеральных венозных систем. Удлиняет процесс консервативного лечения развитие местных и общих аллергических реакций, а также - высокая стоимость современных лекарственных препаратов. Все это побудило нас к поиску эффективных путей консервативного лечения ТЯ с оптимальными сроками их заживления, улучшению качества жизни пациентов с ТЯ на весь период консервативного лечения.

Общее лечение

Все лечебные мероприятия при ХВН с формированием ТЯ принято начинать с определения режима и диеты. Пациентам с ХВН и уже сформировавшейся ТЯ предлагается ограничение пребывания в вертикальном положении с целью уменьшения статической нагрузки на несостоятельный клапанный аппарат вен нижних конечностей. Необходим полупостельный режим с возвышенным положением больной ноги. Питание таких больных должно быть гипоаллергенным, с ограничением соли и исключением экстрактивных продуктов для уменьшения задержки воды в организме, нормализации работы желудочно-кишечного тракта, предотвращения развития аллергических реакций. Особенно это важно в случаях развития микробной экземы вокруг ТЯ.

Применение антибактериальных препаратов остается неотъемлемым моментом комплексного лечения пациентов с ТЯ. Предпочтение лучше отдавать парентеральным путям введения антибактериальных препаратов, способных создавать рабочие концентрации в коже и подкожно-жировой клетчатке, в адекватных дозировках и с учетом чувствительности выделенных с поверхности ТЯ микроорганизмов. При инфекциях кожи рациональным является применение цефалоспоринов III-IV поколения (Цефотаксим, Гепациф, Цефепим).

Достаточно часто при назначении антибактериальных препаратов пациентам с ТЯ, у которых сопутствующим заболеванием является алергодерматоз (аллергический и контактный дерматит, экзема), отмечают различной степени выраженности общие аллергические реакции, что затрудняет дальнейшее введение антибиотиков. Мы предлагаем в таких случаях с целью уменьшения риска развития аллергических реакций и для достижения бактерицидного эффекта в язве, проведение таким пациентам внутрисосудистого лазерного облучения крови (ВЛОК) аппаратом «АЗОР-ВЛОК». ВЛОК имеет целый ряд лечебных эффектов: коррекция клеточного и гуморального иммунитета, повышение неспецифической резистентности организма, улучшение



Фото 1. Трофическая язва голени на фоне ХВН



Фото 2. Трофическая язва голени на фоне ХВН



Фото 3. Циркулярная трофическая язва



Фото 4. Трофическая язва голени, осложненная микробной экземой



Фото 5. Трофическая язва
на фоне атеросклероза



Фото 6. Трофическая язва
на фоне сахарного диабета



Фото 7. Трофическая язва
при синдроме Марторелла
(гипертонические язвы)



Фото 8. Трофическая язва при акропатии
псевдосклеродомииетической
(нейротрофические язвы)



Фото 9. Пиогенные (инфекционные) язвы



Фото 10. Малегнизированная трофическая язва голени



Фото 11. Цинк-желатиновая повязка «Сапожек»



Фото 12. Цинк-желатиновая повязка «Сапожек»



Фото 13. До лечения



Фото 14. После лечения



Фото 15. До лечения



Фото 16. После лечения

реологических свойств крови (повышение кислородтранспортной, протеолитической, антиоксидантной активности крови), нормализация процессов перекисного окисления липидов, стимуляция эритропоэза, стимуляция репарации ДНК, нормализация обменных процессов, нормализация и стимуляция регенераторных процессов. ВЛОК способствует уменьшению болевого синдрома и обладает выраженным противовоспалительным и бактерицидным действием. Все перечисленные эффекты крайне необходимы в комплексном консервативном лечении больных ХВН с сформировавшимися ТЯ. Требования, предъявляемые к проведению процедуры ВЛОК такие же, как и для проведения внутривенных инфузий. Режимы дозирования ВЛОК следующие: длина волны лазерного излучения – 0.63–0.64 мкм; мощность излучения в вене – 1–5 мВт; время процедуры – 10–40 мин; длительность курса – 10–15 процедур.

Для повышения тонуса и резистентности сосудистой стенки венозного русла и с целью стимуляции лимфатического дренажа, ингибиции адгезии и миграции лейкоцитов, устранения сладжирования форменных элементов крови, улучшения кожной перфузии, необходимо назначение венопротекторов (Детралекс, Диавенор, Флебодия, Эскузан). Доказано, что при ХВН в стадии трофических расстройств, наиболее эффективен микронизированный диосмин (Детралекс). Преимущества Детралекса перед другими препаратами этой группы связана с микронизированной формой, что повышает его биодоступность, быстроту и эффективность воздействия на все признаки и симптомы ХВН. Детралекс при консервативном лечении ХВН с ТЯ назначается длительно (до 2-3 месяцев) по 1 таб. (500 мг) 2 раза в сутки. Через две недели использования препарата, при его хорошей переносимости, можно перейти на прием 2 таб. (1000 мг) 1 раз в сутки.

С целью улучшения репарации язвенного дефекта, пациентам с ТЯ обязательно необходимо назначать препараты, стимулирующие регенеративные процессы в тканях (Солкосерил, Актовегин). Солкосерил ускоряет регенерацию тканей, нормализует и поддерживает энергетический метаболизм и окислительное фосфорилирование, обеспечивает накопление макроэргических фосфатов в клетках, находящихся в условиях дефицита питания, повышает утилизацию кислорода и стимулирует транспорт глюкозы в клетки, находящиеся в условиях гипоксии и истощения метаболических ресурсов, ускоряет репаративные и регенеративные процессы в поврежденных тканях, повышает синтез коллагена, стимулирует пролиферацию и миграцию клеток. Благодаря указанным свойствам, Солкосерил оказывает защитное действие в отношении тканей, находящихся в состоянии гипоксии и дефицита питания, способствует регенерации тканей, ускоряет заживление язв. Солкосерил назначается внутримышечно по 5 мл (42,5 мг/мл) 1 раз в день – 25-30 дней.

У пациентов с ТЯ на фоне ХВН, в результате венозного и лимфатического застоя, возникает накопление интерстициальной жидкости в тканях. Развившаяся микробная экзема вокруг язвенного дефекта сопровождается явлениями мокнутия. Все эти патологические состояния требуют эвакуации излишней жидкости из организма. Для обеспечения такого эффекта необходимо назначать этим пациентам мочегонные средства (Фуросемид, Верошпирон). Достаточно выраженным мочегонным эффектом обладает Фуросемид, который назначается по 2-4 таблетки (40-160 мг), в зависимости от массы тела пациента, утром натощак 1-2 раза в неделю, до исчезновения признаков мокнутия и отека (в среднем – 2-3 недели).

Учитывая тот факт, что микробная экзема, аллергический и контактный дерматит осложняют течение ТЯ и развиваются практически у всех пациентов с длительно существующими ТЯ, необходимым является назначение таким пациентам антигистаминных препаратов (Эриус, Телфас-180, Агистам). Выраженным антигистаминным эффектом без привычных побочных эффектов обладает Эриус, который назначается по 1 таб. (5 мг) 1 раз в день – 2-3 недели.

Особое внимание в терапии пациентов с ТЯ на фоне ХВН, у которых имеются сопутствующие дерматологические заболевания, необходимо уделять лечению микотической инфекции, так как именно она способствует формированию сенсибилизации организма и развитию микробной экземы, аллергического и контактного дерматита. Поэтому одновременно с началом лечения ТЯ, купированием проявлений экземы, необходимо начинать адекватную антимикотическую терапию. Если у пациентов есть явления онихомикоза, рекомендуется назначать системные антимикотики (итраконазол, тербинафин). С целью лечения онихомикоза и уменьшения медикаментозной нагрузки, целесообразным является прерывистое (пульс-терапия) назначение системных антимикотиков. Из всего существующего арсенала системных антимикотиков мы отдаем предпочтение итраконазолу (орунгал), назначая его по 2 таб. (200 мг.) 2 раза в сутки на протяжении 7 дней с последующим трехнедельным перерывом. В среднем, для полного излечения онихомикоза, необходимо назначение итраконазола на протяжении 3-4 месяцев (препарат принимается одну неделю в месяц). В случаях, когда нет необходимости назначения системных антимикотиков, достаточно назначить топические антимикотики с учетом клинических проявлений микотической инфекции (Клотримазол, Микосептин, Микогель). Мы рекомендуем этим пациентам применение топических антимикотиков на основе клотримазола. Выраженным антимикотическим действием обладает препарат Кандид, который выпускается в различных лекарственных формах, что является удобным для лечения различных микотических поражений. При микозе паховых складок – порошок кандид, при поверхностных формах онихомикоза – рас-

твор кандид, при микозах стоп – крем кандид. Для лечение микотической инфекции кожи и ее придатков достаточно применения препарата 2 раза в день на протяжении 2-4 недель.

Безусловно, необходимым является коррекция сопутствующей соматической патологии у пациентов с ТЯ на фоне ХВН, особое внимание при этом необходимо уделять лечению гипертонической болезни. Назначение соответствующей терапии и последующую ее коррекцию проводит смежный специалист в зависимости от заболевания.

Местное лечение

Неотъемлемым компонентом консервативной терапии ТЯ при ХВН является рациональное местное лечение. Его регламент вызывает наибольшие споры среди специалистов. Все виды местного лечения ТЯ должны проводиться с учетом фазы раневого процесса. Наружное лечение ТЯ всегда необходимо начинать с хирургической обработки язвенного дефекта – тангенциальной некрэктомии – иссечения омертвевших тканей, не затрагивающее жизнеспособные ткани, которое производится разрезами, направленными по касательной к жизнеспособным тканям.

В случаях, когда вокруг ТЯ имеются острые проявления микробной экземы с явлениями мокнутия, необходимо назначать примочки на пораженные участки кожи с 2% водного раствора борной кислоты на протяжении 2-3 дней. При стихании островоспалительных явлений аллергодерматоза, необходимо назначение топических глюкокортикостероидов на очаги поражения.

По нашему опыту, оптимальным является применение следующих топических глюкокортикостероидов: Флуцинар, Лоринден, Латикорт, Кловейт. Данные топические глюкокортикоидные препараты обладают выраженным противовоспалительным действием, что позволяет добиться нужного эффекта за короткий промежуток времени. Так же достаточно важным является прогнозируемость действия указанных препаратов, базирующаяся на длительном опыте их использования отечественными дерматологами. Существует мнение, что топические глюкокортикостероиды нужно смешивать с противомикробными мазями для расширения их спектра действия. Это мнение крайне неправильно, так как при смешивании мазей концентрация их действующих веществ уменьшается, и они становятся неэффективными. С целью достижения комбинированного противовоспалительного и антибактериального действия, мы применяем мазь Флуцинар N, которая представляет собой комбинацию флуоцинолона ацетонида с неомицином. Неомицин является эффективным антибактериальным компонентом, поскольку он не используется в системной антибактериальной терапии и, таким образом, на него еще не успела сформироваться резистентность большинства микроорганизмов.

Перечисленные топические глюкокортикостероидные препараты при их правильном использовании являются абсолютно безопасными с точки зрения системного действия ГКС.

Одним из наиболее сложных моментов в лечении ТЯ является выбор наружного препарата, который непосредственно наносится на поверхность язвенного дефекта. Большое количество современных средств для местного лечения трофических язв, представленных на рынке в настоящее время, с одной стороны облегчает ведение этой группы больных в амбулаторных условиях, а с другой – влечет возможность неправильного выбора того или иного средства, не соответствующего стадии раневого процесса. Это часто приводит к ошибкам в лечении ТЯ. Большинство специалистов убеждены в необходимости применения мазей с антибиотиками, другие специалисты склонны к назначению мазей с протеолитическим действием, некоторые применяют всевозможные жидкие лекарственные формы или присыпки. Единого мнения по выбору только одного наружного препарата и его лекарственной формы для лечения ТЯ на сегодняшний день не существует.

Применение мазей с антибиотиками широкого спектра действия в лечении ТЯ, на наш взгляд, не может быть основным излечивающим моментом. Большинство антибиотиков быстро разрушаются и теряют свою активность под действием кислой среды трофической язвы, поэтому их применение в наружном лечении ТЯ не эффективно, за исключением кислотоустойчивых антибактериальных средств.

Препараты для местного применения в консервативном лечении ТЯ должны обладать широким антимикробным спектром действия, сохранять свою активность в кислой среде, способствовать очищению язвы, не вызывать явлений гипергрануляций и быть гипоаллергенными. Исходя из этих требований настоящей находкой для лечения ТЯ любого генеза можно считать препарат Аргосульфан – 2% гидрофильный водноэмульсионный крем сульфатаиозола серебра. Аргосульфан – оригинальный препарат, он доказал свою эффективность в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях. Наиболее важными его свойствами являются способность очищать раневую поверхность и стимулировать процесс естественной эпителизации без гипергрануляций, сохранение эффективности в кислой среде, гипоаллергенность.

Соединения серебра с сульфаниламидами оказывают в несколько десятков раз более выраженный антибактериальный эффект, чем непосредственно сульфаниламиды. Характерной особенностью крема Аргосульфан является его активность в отношении как грамотрицательных, так и грамположительных бактерий. Сульфатаиозол, входящий в состав крема Аргосульфан, обладает выраженным бактериостатическим действием за счет угнетения роста и размножения микроорганизмов, связанный с конкурентным антагонизмом с

парааминобензойной кислотой и угнетением дигидроптероатсинтетазы, что, в конечном результате, приводит к нарушению синтеза тетрагидрофолиевой кислоты, необходимой для синтеза пуринов и пиримидинов микробной клетки. Антибактериальное действие крема усиливается влиянием серебра, которое обладает олигодинамическим эффектом и одновременно ослабляет сенсibiliзирующие свойства сульфаниламида. Бактерицидное действие ионов серебра обусловлено связыванием их с ДНК микробных клеток. Благодаря слабой растворимости солей серебра, поддерживается постоянная концентрация препарата в очаге воспаления. Крем Аргосульфан наносится на марлевую салфетку под повязку, с обязательной сменой повязки 2-3 раза в сутки.

Важным моментом, на наш взгляд, является возможность сорбировать отделяемое язвы, поэтому сверху маевой повязки мы накладываем 6-8 слойную марлевую повязку или гигиенические прокладки, которые обладают большой сорбционной способностью.

Должное внимание уделяется туалету язвенного дефекта, который проводится 3% перекисью водорода и растворами антисептиков (Фурацилин, Эктерицид, Мирамистин) ежедневно после снятия повязки до полного очищения язвы от некротических и гнойных масс.

После купирования проявлений алергодерматоза вокруг ТЯ, очищения язвенного дефекта и убедительных признаков репарации, необходимо переходить к следующему этапу лечения ТЯ – локальной компрессионной терапии.

Одним из патогенетических моментов лечения ТЯ, протекающих на фоне ХВН, является метод локальной компрессионной терапии, впервые предложенный Унном в 1889 году.

Локальная компрессионная терапия в виде циркулярных цинк-желатиновых повязок приводит к локальной компрессии голени и стопы, уменьшая, таким образом, относительную функциональную недостаточность клапанного аппарата вен, снижая патологическую венозную «емкость» и отек нижних конечностей, а так же – способствует стимуляции краевой эпителизации. При таком методе лечения ТЯ нет необходимости в ежедневных перевязках, которые зачастую приводит к травматизации молодой грануляционной ткани.

Метод локальной компрессии заключается в следующем: больному после 2-3 часового пребывания в положении лежа с возвышенной ногой, наносится заранее разогретая до жидкого состояния на водяной бане паста Унна (цинк-желатиновая паста) в чередовании с черепацеобразно накладываемыми турами марлевых бинтов от стопы до бугристости большеберцовой кости. Непосредственно на язву накладывается 6-8 слойная марлевая салфетка, пропитанная цинк-желатиновой пастой (фото 11). Таким образом, накладывается 4-5 туров бинта, и каждый тур обильно пропитывается цинк-желатиновой пастой (фото 12). Наложённая цинк-желатиновая повязка находится на ноге

на протяжении 4-6 недель. При обширных язвах прибегают к повторному наложению повязки сразу после снятия предыдущей, и так - до полного заживления язвы.

Основными составляющими частями всех прописей пасты Унна являются желатина, окись цинка и глицерин, которые в различных пропорциях используются многими авторами для приготовления цинк-желатиновой пасты.

Мы рекомендуем пасту Унна следующего состава:

Rp: *Zinci oxydati*

Gellatini aa 100,0

Glycerini

Aq. Destillatae aa 400,0

DS: Перед применением разогреть на водяной бане.

По данной прописи получается 1 кг цинк-желатиновой пасты. В среднем, для наложения одной цинк-желатиновой повязки, необходимо 500-800 г цинк-желатиновой пасты.

Критерием правильно наложенной цинк-желатиновой повязки, который определяется через сутки, является прохождение 1 поперечного пальца под край повязки в положении больного лежа. К концу дня (если больной ходит в течении дня) палец под повязку может проходить более плотно. Очень важным моментом в процессе наложения цинк-желатиновой повязки является степень натяжения бинта! никоим образом нельзя сильно натягивать бинт во время бинтования, иначе повязка будет слишком мала и будет причинять выраженную боль.

Так же считаем необходимым обратить внимание на тот факт, что на следующие сутки после наложения цинк-желатиновой повязки (возможно и раньше), в месте проекции язвы, на повязке появляется отделяемое, что является вполне нормальным. Мы рекомендуем прикладывать к месту проекции язвы марлевую салфетку, а при обильном отделяемом - порезанную на салфетки гигиеническую прокладку с 2-3 кратной сменой в течении дня.

Данный метод локальной компрессии очень прост в применении, хорошо переносится больными, является экономически выгодным и не требует госпитализации больного в стационар. Безусловно, данный метод не является единственным, существует достаточно много других эффективных методик, которые с успехом применяются в разных клиниках.

Таким образом, предлагаемый нами метод лечения ТЯ на фоне ХВН является патогенетически обоснованным, предусматривает коррекцию как всех нарушений, приведших к формированию ТЯ, так и сопутствующей дерматологической патологии.

В данных методических рекомендациях обобщен двенадцатилетний опыт ведения этих пациентов. Он предлагается для внедрения в клиниках дерматовенерологического профиля как безопасный, простой метод лечения, не требующий специального оборудования и аппаратуры.

Резюмируя вышесказанное, приводим основные направления данной методики в виде перечня лечебных мероприятий.

Консервативная терапия ТЯ на фоне ХФН:

1. Полупостельный режим с возвышенным положением ног (желательно его соблюдение в первые две недели от начала лечения).
2. Диета с ограничением соли и экстрактивных веществ.
3. Антибактериальные препараты (Цефотаксим, Гепациф, Цефепим) или ВЛОК (внутрисосудистое лазерное облучение крови).
4. Венопротекторы – Детралекс (Диавенор, Флебодия, Эскузан)
5. Репаранты – Солкосерил (Актовегин).
6. Мочегонные препараты – Фуросемид (Верошпирон).
7. Антигистаминные препараты – Эриус (Телфаст-180, Агистам).
8. При сопутствующем микозе: антимикотики системного действия – Орунгал (Экзифин), топические антимикотики – Кандид (клотримазол, Микосептин, Микогель).
9. Коррекция сопутствующей соматической патологии.
10. Наружное лечение:
 - тангенциальная некрэктомия;
 - туалет язвы 3% раствором перекиси водорода, растворами антисептиков – Мирамистин (Фурацилин, Эктерицид);
 - примочки с 2% водным раствором борной кислоты;
 - топические глюкокортикостероиды – Флуцинар, Лоринден, Латикорт, Кловейт;
 - при вторичной инфекции кожи вокруг язвы – Флуцинар N;
 - крем Аргосульфан – непосредственно на язву;
 - локальная компрессионная терапия – циркулярная цинк-желатиновая повязка.
11. Профилактика рецидивов ТЯ – использование компрессионного белья, эластических бинтов.
12. Диспансерное наблюдение.

После окончания лечения всем пациентам необходимо детально объяснить меры профилактики рецидива ТЯ, убедить пациента в необходимости ежедневно использовать компрессионное белье или эластическое бинтование ног, как профилактическое средство.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ХВН

Диетическая программа при ХВН должна строиться определенным образом. Прежде всего, необходимо получать те самые элементы, которые необходимы для восстановления венозной стенки. В рационе должно быть как можно больше растительной клетчатки, принципиальное значение для венозной стенки имеют витамины группы В, аскорбиновая кислота, витамин РР. Это необходимо для нормального функционирования ферментных си-

стем, отвечающих за синтез волокон стенки вен. В достаточном количестве необходимы микроэлементы, что важно учитывать при выборе комплексных витаминных препаратов. Необходимо поступление большого количества легкоусвояемого белка, например, его источником могут служить нежирные сорта рыбы. Венозная система не любит избыточной перегрузки жидкостью, соответственно, пациенту не рекомендуются острые и соленые продукты, способствующие задержке жидкости. Небольшое количество алкоголя не оказывает неблагоприятного влияния на течение ХВН. Красное вино (в разумных количествах) даже полезно в связи с наличием в нем процианидоловых олигомеров, защищающих эндотелий вен. Известно, что курение неблагоприятно сказывается на состоянии артериальной системы, данных о негативном влиянии курения на венозную систему нет.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРИ ХВН

Запрет заниматься спортом человеку с ХВН – это один из традиционных мифов, с которыми приходится сталкиваться врачам различных специальностей. Между тем, мы уже обсудили, что одним из основных факторов нормального венозного возврата крови к сердцу являются активно работающие мышцы ног. Для любой формы венозной недостаточности движение жизненно необходимо. Какие виды спорта можно порекомендовать? Плавание, степ-аэробика, аква-аэробика, игровые виды спорта, не связанные с риском травмы ног, ходьба на беговых лыжах, езда на велосипеде, на велотренажере – нагрузка очень полезная. Горные лыжи, другие экстремальные виды спорта, футбол, хоккей не рекомендуются пациентам с варикозно расширенными венами, расположенными близко к коже, по двум причинам. Во-первых, существует риск разрыва вены при травмировании кожи и, как следствие, серьезного наружного кровотечения. Во-вторых, удар по варикозной вене может спровоцировать образование в ней тромба. Если человек все-таки не хочет отказываться от любимого вида спорта, нужно защищать свои ноги эластичными бинтами, щитками либо ликвидировать расширенные вены хирургическим путем. Что касается упражнений с тяжестями, их нельзя выполнять в вертикальном и сидячем положении, а только - в положении лежа.

Кроме серьезных спортивных занятий, существует разгрузочная гимнастика для венозной системы, которую нужно выполнять ежедневно вечером, перед сном, чтобы освободить ноги от излишков скопившейся за день крови. Это простые упражнения типа «березки», круговые вращения в голеностопном и в коленном суставе. Очень полезны водные вечерние процедуры – гидромассаж и контрастный душ, они способствуют сужению просвета вен за счет сокращения гладкомышечных элементов венозной стенки. Баня, сауна, горячие ванны нежелательны, это касается и длительного пребывания на солнце – тепло способствует расширению вен.

Садово-огородные работы – это классический вариант статической нагрузки. С данной проблемой мы сталкиваемся, когда начинается «дачная лихорадка». Любители приусадебного хозяйства, долго сидящие на корточках в процессе посадки-прополки, травмирующие кожные покровы голеней, подымающие тяжести, составляют в этот период многочисленную группу наших пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Начинать лечение ТЯ необходимо с комплекса консервативных мероприятий, которые в ряде случаев (пожилой возраст, сопутствующая патология, отказ больного от хирургического вмешательства) является единственно возможным методом лечения.

Существенными достоинствами предлагаемой нами методики являются ее высокая эффективность, экономическая доступность, техническая простота и минимальная травматичность за счет использования компрессионной терапии. Компрессионная терапия является одним из основных компонентов лечения венозной недостаточности во всех ее формах и на всех стадиях, позволяющая в короткие сроки обеспечить благоприятные флебогемодинамические условия для закрытия трофических язв и препятствующая их рецидиву в последующем. Необходимо подчеркнуть, что компрессионная терапия, пожалуй, единственный метод лечения ХВН, к которому нет противопоказаний.

Применение предлагаемой нами методики лечения ТЯ позволяет значительно сократить время лечения и повысить качество жизни, что является экономически важным аспектом как для самих пациентов, так и для лечебных учреждений.

Эффективное и безрецидивное лечение трофических язв при ХВН представляет на сегодняшний день хотя и сложную, но вполне решаемую в подавляющем большинстве случаев задачу. Для успешной ее реализации, прежде всего, необходим отказ от традиционных догматов и ориентация на современные лечебные технологии, эффективность которых объективно доказана у наблюдаемых нами пациентов на протяжении 12 лет.

В заключение считаем необходимым подчеркнуть, что эффективное лечение ТЯ на фоне ХВН возможно лишь при индивидуальном подходе к каждому конкретному случаю, рациональном использовании современного арсенала хирургических и терапевтических технологий, четком осознании пациентом необходимости следовать рекомендациям врача.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Азизов Г.А., Джумабаев Э.С. Лечение больных с заболеваниями вен нижних конечностей // Хирургия. – 2002. – N 5. – С. 24-25.
2. Бабаджанов Б.Р., Султанов И.Ю. «Комплексная терапия длительно незаживающих трофических язв». Ангиология и сосудистая хирургия 2002. N.3 (приложение) с.18.
3. Балас П. Новый подход к болезням вен: контроль за качеством жизни пациента. Флеболомфология 1997; 5: 1-3.
4. Бауэрзакс Ж., Флеминг И., Буссе Р. Патофизиология хронической венозной недостаточности. // Флеболомфология. - 1998. - N 7. - С. 1 - 7.
5. Богачев В.Ю., Богданец Л.И., Кириенко А.И., Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Местное лечение трофических язв // Consilium medicum.- том3.-N11.-2001.
6. Болотная Л.А., Рябова О.А. Современные взгляды на патогенез и лечение экземы // Дерматология та венерология. – 2002. – N 2. – С.20-23.
7. Веденский А.Н., Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Царев О.И. Детралекс-500 в послеоперационном периоде у больных с варикозной болезнью.// Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов./Материалы юбилейной конференции, посв. 100-летию Санкт-Петербургского Гос. мед. университет. им. акад. И.П.Павлова. СПб., 1997; 272.
8. Вин Ф. Трофические язвы нижних конечностей.//Флеболомфология 1998; 7: 10-21.
9. Волкославская В.Н. Экономические потери народного хозяйства Украины в связи с заболеваемостью венерическими и кожными болезнями // Журнал дерматологии и венерологии. – 1999. – N 1. – С. 22-24.
10. Воробьев В.В., Новиков К.В., Бутыло И.И. Комплексное лечение трофических язв в дневном хирургическом стационаре // Военно-медицинский журнал. – 2002. - №11. – С.25-28.
11. Дибиров М.Д.. Лечение трофических язв при варикозной недостаточности у лиц пожилого возраста // Consilium medicum. – 2003. – Т.5. - №3. – С.125-127.
12. Игнатъев И.М., Бредихин Р.А. Варикозная болезнь. Современные аспекты проблемы // Вестник хирургии. – 2004. – Т.163, №4. – С.105-109.
13. Кириенко А.И. Минимально-инвазивная хирургия варикозной болезни. // Флеболомфология. - 1998. - N 9. - С. 13 - 16.
14. Кириенко А.И. Новые возможности местного лечения венозных трофических язв // Вестник дерматологии и венерологии. – 2000. – N 3. – С. 64-66.
15. Кириенко А.И., Григорян Р.А., Богачев В.Ю., Богданец Л.И. Фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Consilium medicum.-том 2.-N4.-2000.

16. Кравченко Т.В. Оптимизация комплексного лечения трофических язв венозного генеза и варикозной экземы. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2001.
17. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Лаберко Л.А., Никитин В.Г., Оболенский В.Н. - Применение озонотерапии в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей венозной этиологии. // Матер. 2-й конф. Ассоциации флебологов России. - М. - 1999. - С. 21.
18. Куценко И.В., Шагов А.Е. Опыт лечения больных микробной экземой, осложненной трофическими язвами // Журнал Дерматология и Венерология. – 2005. - №2 (28). - С.50-54
19. Липницкий Е.М. «Лечение трофических язв нижних конечностей». М.,2001, 160.
20. Мавров И.И., Карупа Б.И. Микроциркуляция при дерматозах. – К.: , 1995 – 75 с.
21. Мэшфорд М.Л., Фишер Г., Маркс Р. и др.; Пер. с англ. Редькина А.Н. Науч. ред. рус. изд. Потекаев Н.Н. Дерматология: Справ. практикующего врача – М.: Литтерра, 2005. – 480 с.
22. Никитин Г.Д., Карташев И.П., Рак А.В. и др. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв. - СПб.: Сюжет.-2001.-с.191.
23. Попандопуло А.Г., Шгутин А.А., Казаков В.Н. Первый опыт применения эквивалента дермы в лечении трофических язв нижних конечностей // Международный медицинский журнал. – 2003. - №2. – С.94-96.
24. Сабельников В.В., Шулупова Е.К. Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему // Мир Медицины. – 2001. - №3-4. – С.31-34.
25. Савельев В.С. Современные направления в хирургическом лечении хронической венозной недостаточности//Флебологическая 1996; 1: 5–7.
26. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология. Руководство для врачей.-М.: Медицина.- 2001.-с.664.
27. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность.//Флебологическая 2000; 11: с-10.
28. Сашикова В.Г. Профилактика и лечение трофических язв нижних конечностей. - СПб.:Гиппократ.-1995.-с.96.
29. Солошенко Э.Н. Экзема: современные представления об этиопатогенезе и методах рациональной терапии // Международный медицинский журнал. – 1997. – №3. – С.24-29.
30. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Ермаков Н.А. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств // Consilium medicum. Хирургия.-2001-приложение.-с.28-31.
31. Сухарев И.И. Варикозная болезнь нижних конечностей // Лікування та діагностика. – 2000. - №2. – С.33-38.

32. Топчий Н.В. Ведение пациентов с трофическими поражениями кожи в условиях общеврачебной (семейной) практики // Медицинская сестра. – 2004. - №2. – С.21-27.
33. Туманов В.П. Морфологический анализ клеточного состава ожоговой раны при трансплантации культивированных аллофибробластов. Международный симпозиум. Саратов, 1998,с.40.
34. Хохлов А.М. Варикозно-трофические язвы // Хирургия. 2002. - №10. – С.53-55.
35. Швальб П.Г. Повышенное венозное сопротивление гемодинамическая основа формирования хронической венозной недостаточности нижних конечностей. // Флебологическая, 2001; 13: 47.
36. Шевченко С.І., Лодяна І.М., Зюзько С.Н. Сьогодні в лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозного генезу // Врacheбная практика. – 2003. - №6. – С.40-44.
37. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Скрабовский В.И. Анатомо-физиологические особенности мышечно-венозных синусов голени.//Ангиология и сосудистая хирургия 2000; 6 (1): 57-60.
38. Щербюк А., Ветшев П., Фролов К. и др. Варикозное расширение вен: клиника, диагностика, лечение // Врач. – 2002. - №5. – С.17-21.
39. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. М.: Издательство «Берег» 1999; 128 с.
40. Vassaglini U. «Эпидемиология венозных язв нижних конечностей в Европе». Медикография 22, №3, 2000, 43.
41. Bolivar-Flores Y.J., Kuri-Harcuch W. Cure of acute,chronic and complicated leg ulcers with frozen allogeneic human epidermal cultures // Home Health Care Consultant 2000; 7[4]: 11-16.
42. Dormandy J.A. Pathophysiology of venous leg ulceration:an update. // Angiology. - 1997. - N 48. - P. 71 - 75.
43. Franks P.J., Moffatt C.J., Connolly M. Community leg ulcer clinics: effect on quality of life. // Phlebology. - 1994. - № 9. - P. 83 - 86.
44. Leigh J.M., Purkis P.E., Navsaria H.A. et al. Treatment of chronic venous ulcers with sheets of cultured allogenic keratinocytes // Br.J.Dermatol 117.-1987;591-597.
45. Rucley C.V. Socioeconomic impact of chronic venous inefficiency and leg ulcer. // Angiolog. - 1997. - N 48. - P. 67 - 69.