

РАЗДЕЛ 3. ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ

Алиев С.А., Алиев Э.С.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ И ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Азербайджанский медицинский университет,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. Лечение хронической венозной недостаточности (ХВН), осложненной трофическими язвами нижних конечностей (ТЯНК), является одной из нерешенных задач современной флебологии и представляет весьма серьезную медико-социальную проблему. Трофические язвы нижних конечностей, как наиболее тяжелая клиническая манифестация ХВН, встречаются у 1-2,5% пациентов.

Цель. Оценка эффективности некоторых флеботропных препаратов в комплексе фармакотерапии ХВН, осложненной ТЯНК.

Материал и методы. В работе представлен клинический анализ результатов лечения 56 пациентов с ХВН, осложненной ТЯНК. Возраст пациентов от 32 до 76 лет. Женщин – 34, мужчин – 22. Клиническую характеристику пациентов проводили в соответствии с Международной классификацией хронических заболеваний вен нижних конечностей по системе CEAP. Из 56 пациентов III стадия ХВН была у 23, IV стадия – у 15, V стадия – у 10, VI стадия – у 10. Протокол обследования включал ультразвуковую доплерографию, ультразвуковое дуплексное флебоангиосканирование и различные лабораторные тесты (биохимический анализ крови, коагулограмма, бактериологическое и цитологическое исследования трофических язв).

Результаты и обсуждение. В комплексе лечения пациентов с ХВН, осложненной ТЯНК, использовали флеботропные препараты флавоноидной группы (детралекс, дафлон) и синтетического происхождения (трибенозид). Длительность лечения составила 2-3 мес. С целью местного лечения ТЯНК использовали мази на гидрофильной основе (левомеколь, левосин, диоксиколь). Для ускорения процесса очищения трофических язв от гнойно-некротических масс применяли коллагенолитические препараты (ируксол, колладиосорб) и протеолитические ферменты (химопсин, химотрипсин). В фазе пролиферации (репарации) язвенного процесса использовали препараты топического (куриозин), антиоксиданты (токоферол, аевит) и депротеинизированные дериваты крови телят (солкосерил, актовегин). Комплексное лечение трофических язв проводили в сочетании с дозированной эластической компрессией нижних конечностей с использованием медицинского трикотажа, различными физиотерапевтическими процедурами (токи УВЧ, электрофорез

трипсина, лидазы, террилитина) и постуральным дренажем.

Выводы. Полученные нами результаты показывают, что комбинированное применение детралекса и трибенозида в системе комплексной терапии ХВН, осложненной ТЯНК позволяет улучшить результаты лечения и качества жизни пациентов.

*Баешко А.А., Шестак Н.Г.,
Гаврин П.Ю., Попченко А.Л.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Белорусский государственный медицинский университет,
медицинский центр «Экомедсервис»,
Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В 75-90% случаев причиной возникновения трофических язв нижних конечностей является венозная патология. Эта проблема требует больших финансовых затрат, включая стоимость обследования и лечения, а также потери в производственной сфере. УЗ-контролируемая пенная склеротерапия является альтернативой хирургическому и термальным методам, применяемым в лечении пациентов, страдающих венозными язвами.

Цель. Оценить эффективность и безопасность пенной склеротерапии в лечении пациентов с трофическими язвами нижних конечностей.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 29 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной развитием трофических язв (С6) за период с января 2009 г. по май 2014 г. Возраст пациентов варьировал от 35 до 78 лет (ср. $54,4 \pm 12$ лет). Женщин было 21 (72,4%), мужчин – 8 (27,6%).

Продолжительность существования язвы варьировала от 1 года до 8 лет (ср. 4,5 лет). Средняя площадь язвенного дефекта – $9,3 \pm 17$ см² (от 1 до 82,1 см²); ≤ 2 см² – 11 пациентов (37,9%), от 2 до 6 см² – 15 (51,8%), больше 6 см² – 3 (10,3%). Язвенную поверхность покрывал фибриновый налет, глубина язвы была различной.

Все пациенты до процедуры склеротерапии лечились консервативно в поликлинике по месту жительства с применением веноактивных препаратов. Должного компрессионного лечения (эластическое бинтование и/или компрессионный трикотаж) не получали. 5 пациентов в прошлом перенесли операцию флебэктомии с последующим рецидивом варикоза.

Всем пациентам накануне склеротерапии