

фектах проводимой терапии и более выраженном положительном результате лечения. Положительная динамика заживления трофических язв статистически значимо ($p < 0,05$) превалировала в I группе, более чем в 2 раза превосходя результаты контрольной группы. Полученное сокращение сроков эпителизации в I группе пациентов, по нашему мнению, объясняется эффективностью сочетанного воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения и мелкодисперсного распыления лекарственного раствора, позволяющего получить бактерицидный, бактериостатический, анальгезирующий и седативный эффекты на течение фаз экссудации и репарации язвенного процесса. Мелкодисперсное распыление лекарственного препарата позволяет исключить повреждение развивающейся грануляционной ткани. Через 12 месяцев количество рецидивов составило в I группе 8 (34,8%), а в контрольной – 12 (66,7%) наблюдений, что объясняется отсутствием оперативной коррекции выраженных нарушений венозной гемодинамики характерных для С6 класса.

Полученные в послеоперационном периоде результаты свидетельствуют о том, что несомненное улучшение показателей венозной гемодинамики не достигает данных практически здоровых лиц. Поэтому хирургическая коррекция должна целенаправленно комбинироваться с консервативными методами лечения. Применение сочетанного воздействия рассматриваемых факторов позволило снизить дооперационный период в 2,8 раза и проводить аутодермопластику пациентам I группы на $6,1 \pm 1,1$ сутки, в то время как во II группы только на $17,2 \pm 1,3$ сутки от начала госпитализации. Причем полное приживление аутодермотрансплантата наблюдалось у 45 (75%) пациентов в I и только у 11 (32,3%) – во II группе, что, с нашей точки зрения, объясняется проведенной предоперационной подготовкой трофических дефекта.

Выводы. Местное применение сочетанного низкоинтенсивного лазерного излучения и мелкодисперсного лекарственного орошения является патогенетически обоснованным неинвазивным методом консервативного лечения и предоперационной подготовки трофических язв у пациентов С6 класса.

*Корсак В.В., Болдижар П.О.,
Русин В.И., Калинич С.С.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина*

Актуальность. Несмотря на большое количество разработанных способов лечения варикозной болезни нижних конечностей и ее осложненных форм, к сожалению, нет единых оптимальных методов, которые характеризовались бы радикальностью и малой травматичностью, не сформулированы четкие показания к использо-

ванию того или иного миниинвазивного метода хирургического лечения.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с декомпенсированной хронической венозной недостаточностью нижних конечностей путем оптимизации миниинвазивных хирургических технологий.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 124 пациентов с хронической венозной недостаточностью в стадии декомпенсации (класс С6 по классификации СЕАР).

В зависимости от выполненного хирургического лечения все пациенты были разделены на четыре группы: I – первая включала 35 (28,2%) пациентов, которым выполнена кроссэктомия с коротким стриппингом и стволовая склерооблитерация вен голени. II – вторая группа (контрольная) включала 25 (20,2%) пациентов, которым выполняли флебэктомию с субфасциальной перевязкой перфорантных вен по Бэбкоку-Линтону. III – третья группа включала 36 (29%) пациентов, которым была применена echo-foam склерооблитерация перфорантных вен и v. Leonardo под контролем ультразвукового дуплексного сканирования. IV – четвертая группа включала 28 (22,6%) пациентов, которым проведена консервативная терапия с использованием многослойных и компрессионных цинк-желатиновых повязок.

У пациентов I и II групп причиной декомпенсированной хронической венозной недостаточности была варикозная болезнь нижних конечностей, у пациентов III и IV групп диагностирован посттромбофлебитический синдром бедренно-подколенно-берцовой локализации в стадии реканализации.

Результаты и обсуждение. В отдаленном периоде наблюдения, через год, у пациентов I группы выявлена полная облитерация вен голени в 27 (77,14%) случаях, частичная реканализация – в 6 (17,14%) случаях, полная реканализация – в 2 (5,72%) случаях.

Почти все пациенты (96%) II группы отмечали кожные парестезии голени вследствие травмы при выделении большой подкожной вены.

При обследовании через год у 30 (83,33%) пациентов III группы выявлена полная облитерация, у 3 (8,33%) пациентов – частичная реканализация и у 3 (8,33%) – полная реканализация перфорантных вен.

Пациентам IV группы проводилась консервативная терапия, которая включала в себя применение гидрогелевых, гидроколлоидных повязок, хирургическую некрэктомию. У 6 пациентов применили биологическую некрэктомию личинками зеленой мясной мухи *Lucilia sericata* (maggottherapy), у 12 – наложение цинк-желатиновых повязок.

Среди пациентов I и II групп хорошие результаты (заживление трофических язв) получены в 97,2% и 92% соответственно. Среди пациентов III и IV групп хорошие результаты получены соответственно в 86,1 и 75,0%. Наименьший процент удовлетворительных результатов (зна-

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

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

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

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

Выводы.

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

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

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

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

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

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

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

Материал и методы. В период с 2001 г. по 2014 г. под наблюдением находился 131 пациент с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии. Операции с применением SEPS выполнены 56 пациентам, консервативное лечение при невыполнимости хирургических вмешательств - 75. Пациенты, в лечении которых ограничились только терапевтическим пособием, распределены на 2 группы. К 1-й группе отнесен 41 пациент, которому в 2003-2010 гг. проводили лечение согласно принципам, разработанным коллективом факультетской хирургической клиники им. С.И. Спасокукоцкого РНИМУ им. Н.И. Пирогова: эластическая компрессия, антибактериальная терапия, улучшение микроциркуляции - детралекс, противовоспалительная и антигистаминная терапия, местное лечение. Во 2-ю группу включены 34 пациента, которые в 2010-2014 гг. получили комбинированную системную фармакотерапию. Лечение у них было усилено воздействием на патологический процесс препаратов с доказанной эффективностью: ангиофлюкс (сулодексид), флеботоник с отличным от детралекса механизмом действия (антистакс или гинкор-форт) и депротеинизированный диализат из крови телят (актовегин или солкосерил). Из этих пациентов 19 были жителями Томска, а 15 - проживали в других городах. Они обратились за помощью, написав в Кабинет онлайн-консультаций Кошевого А.П. на сайте