

УДК 616.748-002.44-009.85-08

ББК 54.5

Л61

Рецензент акад. РАМН, д-р мед.наук,
проф. Г. М. Соловьев

Липницкий Е. М.

Л61 Лечение трофических язв нижних конечностей. — М.: Медицина, 2001. — 160 с.: ил.: [12] л. ил. ISBN 5-225-04389-5

В книге отражен опыт лечения 3011 больных с трофическими язвами нижних конечностей, развившимися на фоне хронической венозной недостаточности. Дан анализ методов диагностики заболевания, показана клиническая ценность ультразвуковых исследований. Проведена сравнительная оценка амбулаторного и стационарного консервативного лечения, которое рассматривалось в большинстве случаев как предоперационная подготовка; показаны преимущества амбулаторного ведения больных. Изложены принципы общего лечения, включающего новые флеболимфотропные средства, опыт местного лечения язв коллагеновыми, комбинированными препаратами, сорбентами, а также в управляемой абактериальной среде, с помощью криотерапии, пневмовибрации, эластической компрессии, повязки Кефера и др. Представлены сравнительный анализ эпи- и субфасциальной перевязки перфорантных вен, методов аутодермопластики, послеоперационного ведения больных, преимущества эпифасциальной перевязки перфорантных вен в сочетании с иссечением трофической язвы и аутодермопластикой.

Для хирургов.

Lipnitsky Ye. M.

Therapy of trophic ulcers of the lower limbs. Moscow, Meditsina Publishers, 2001 ISBN 5-225-04389-5

The author shares his experience gained in the treatment of 3011 patients with trophic ulcers of the lower limbs, which developed in the presence of chronic venous insufficiency. Diagnostic methods are analyzed and the clinical value of ultrasonic examinations is shown. Conservative treatment in an outpatient and inpatient settings is compared, which was regarded as preoperative treatment in the majority of cases, and the advantages of outpatient management of patients are demonstrated. Common treatment, including new phlebolymphotropic agents, and local therapy of ulcers with collagen and combined drugs, adsorbents, in controlled abacterial environment, by cryotherapy, pneumovibration, elastic compression, under Kefer's dressing, etc., are described. Epi- and subfascial ligation of perforating veins, autodermplasty, postoperative management, and advantages of epifascial ligation of perforating veins in combination with dissection of trophic ulcer and autodermplasty are discussed.

Addressed to surgeons.

ББК 54.5

ISBN 5-225-04389-5

© Е. М. Липницкий, 2001

Все права автора защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Введение	7
Глава 1. Преемственное лечение больных с хронической венозной недостаточностью в поликлинике и стационаре	11
1.1. Классификация хронической венозной недостаточности	17
Глава 2. Некоторые неинвазивные методы диагностики хронической венозной недостаточности	21
2.1. Ультразвуковая флебография	21
2.2. Тепловизионная диагностика	28
2.3. Реовазографическая диагностика	33
2.4. Роль нарушения микроциркуляции и свободных радикалов в патогенезе трофических расстройств	36
Глава 3. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами, в поликлинике и стационаре	44
3.1. Компрессионная терапия	44
3.2. Фармакотерапия хронической венозной недостаточности	50
3.3. Местное лечение трофических язв	59
3.4. Роль коллагеновых препаратов в местном лечении трофических язв	65
3.5. Исследование механизма стимулирующего действия комбутека на заживление трофических язв	72
3.6. Опыт лечения трофических язв комбутеком-2	82
3.7. Криотерапия в комплексном лечении трофических язв	85
3.8. Лечение трофических язв с помощью пневмовибрации	86
3.9. Отдаленные результаты консервативного лечения	93
Глава 4. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами	96
4.1. Показания и подготовка к операции	102
4.2. Положение больного на операционном столе и обработка операционного поля	106
4.3. Обезболивание	108

4.4. Некоторые методы хирургического лечения хронической венозной недостаточности, осложненной трофической язвой	111
4.4.1. Операционные разрезы	111
4.4.2. Субфасциальная перевязка перфорантных вен	115
4.4.3. Эпифасциальная перевязка перфорантных вен	120
4.4.4. Методы хирургического лечения без вмешательства на перфорантных венах	124
4.4.5. Место аутодермопластики в хирургическом лечении трофических язв	126
4.4.6. Послеоперационное ведение больных	134
4.4.7. Склеротерапия при хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами	141
4.4.8. Отдаленные результаты хирургического лечения	145
Заключение	150
Послесловие	154
Список литературы	155

*Дорогому учителю
Генриху Ильичу Лукомскому
посвящая эту книгу.*
Автор

ПРЕДИСЛОВИЕ

История заболевания вен нижних конечностей стара, как само человечество, "трофические язвы превратились в бич человечества с тех пор, как оно приняло вертикальное положение". Хронической венозной недостаточностью нижних конечностей страдают 25—30 % женщин и 10—20 % мужчин. В 40—90 % случаев венозная недостаточность осложняется трофическими язвами.

По данным сводной статистики, в индустриально развитых странах трофические язвы приводят к инвалидности и нетрудоспособности чаще, чем туберкулез, ревматизм и транспортный травматизм вместе взятые. В этом отношении актуальность темы несомненна. Несмотря на длительную историю изучения, эта проблема очень далека от решения. Публикаций на эту тему недостаточно, а освещающих данную проблему комплексно, включая и организационные вопросы, вовсе нет.

Рассматриваемая в книге патология сложна тем, что больные с трофическими язвами длительно и нередко безуспешно лечатся консервативно, так как им отказывают в оперативном лечении из-за незажившей трофической язвы. В то же время добиться стойкой ремиссии заболевания можно только хирургическим путем.

Автор делится 25-летним личным опытом лечения больных, подробно освещая все этапы лечения от первичного обращения в консультативный кабинет до послеоперационной реабилитации.

Очень важна организационная часть освещаемой проблемы. Автор убедительно доказывает необходимость расширения сети консультативных кабинетов, в которых должна проводиться основная догоспитальная диагностическая и лечебная работа. Консультативный кабинет становится посредником между поликлиникой и стационаром, координирует всю подготовительную работу, поднимая ее на более высокий научный и практический уровень. Значительно сокращая предоперационный койко-день и сроки нетрудоспособности, такая форма преемственного лечения больных с трофическими яз-

вами экономически чрезвычайно эффективна. В этом разделе рукописи автор подробно описывает схему консервативного лечения, которая у большинства больных является предоперационной подготовкой. Подробно характеризуется и патологически обосновывается широкий спектр современных медикаментозных и дополнительных средств и методов, часть из которых разработана и испытана с участием автора.

Основным и важным разделом рукописи является анализ практической работы автора — более 1000 оперативных вмешательств на венозной системе. На большом клиническом материале автор убедительно доказывает возможность радикального оперативного лечения хронической венозной недостаточности при незажившей трофической язве, подробно описывает методику, специфические приемы.

Представленный в книге материал имеет выраженную практическую направленность, что важно для практикующего врача.

Академик РАМН,
лауреат Государственной премии,
доктор медицинских наук,
профессор Г. М. Соловьев

ВВЕДЕНИЕ

Эпиграфом к предлагаемому руководству вполне могло бы послужить заглавие статьи Е. С. Арнольди "Ulcus cruris Venosum — Crux medicorum" (1967), что в переводе означает "Венные язвы голени — крест медицины".

При массовых обследованиях населения было установлено, что хроническая венозная недостаточность встречается у 15—18 % сельского населения и у 20—80 % промышленных рабочих. Частота декомпенсированных форм заболевания, по данным разных авторов, колеблется от 15 [Савельев В. С., 1996, 1998] до 50 % [Jantet G., 1997].

По данным председателя Международного флебологического союза G. Jantet (1997), стоимость лечения больных с хроническими заболеваниями вен (лекарства, потери рабочего времени, госпитализация и др.) чрезвычайно высока: в Великобритании, Франции, Германии, США она составляет по 1 млрд долл. в год.

Несмотря на то что рассматриваемая проблема постоянно находится в поле зрения медицины, лечение трофических язв до настоящего времени представляет одну из сложнейших проблем хирургии.

Еще на XIX пленуме Правления Всесоюзного научного общества хирургов (1983) В. С. Савельев подчеркнул, что в патогенезе венозной недостаточности наименее изучен механизм повреждения тканей на клеточном уровне — звено, являющееся причиной трофических расстройств. В то же время эта проблема заслуживает внимания в плане разработки патогенетической терапии и научной основы для консервативных мероприятий, предшествующих хирургическому вмешательству или проводимых после него.

Решение вышеуказанной проблемы осложняется тем, что появилась тенденция объединять трофические язвы в единую нозологическую форму. Считают, что конечный "субстрат болезни" — язва — теряет в конце концов связь с этиологическим фактором и становится самостоятельным заболеванием, которое в некоторых странах лечат дерматологи. Ведутся по-



а



б

Рис. 3.2. Трофическая язва при хронической венозной недостаточности на фоне облитерирующего атеросклероза и сахарного диабета. Больная 82 лет. Продолжительность заболевания 30 лет. Последний рецидив 5 лет. К с. 62.

а — к началу местного лечения ируксомом амбулаторно (воспаление в области язвы, выраженный дерматит); б — после 16 сут лечения ируксомом (фаза регенерации, проявления дерматита уменьшились).



в

Рис. 3.2. Продолжение. К с. 83.

в — поверхность голени через 2 нед лечения комбутеком (очаговая эпителизация, дерматит купирован).



Рис. 3.20. Методика измерения биопотенциала. К с. 83.

До обращения в нашу клинику 90 больных (5,3 %) получили стероидные гормоны, причем 51 из них — по поводу трофических язв и 39 — по поводу сопутствующих заболеваний (полиартрит, бронхиальная астма, системные заболевания и др.), а 28,2 % больных назначали длительное время различные нестероидные противовоспалительные средства, причем не только при обострении тромбозов (чаще для лечения трофических язв).

В этих двух группах больных в процессе обследования были выявлены признаки хронического и во многих случаях дегенеративного воспаления. У 50,3 % больных были выявлены сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, облитерирующий атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца и мозга, хронический бронхит, эмфизема легких, полиартрит, деформирующий артроз, сахарный диабет, ожирение II—III степени и др.; 3 больных перенесли в прошлом тромбоэмболию легочной артерии с развитием инфарктной пневмонии, у 3 имелись остаточные явления нарушения мозгового кровообращения.

Мы сознательно подробно остановились на клинической характеристике оперированных нами больных, чтобы показать, как широк диапазон операбельных больных с трофическими язвами венозной этиологии.

4.1. Показания и подготовка к операции

Широкий арсенал хирургических вмешательств, производимых в настоящее время, позволяет свести противопоказания к оперативному лечению трофических язв венозной этиологии до минимума. И по объему оперативного вмешательства, и по характеру обезболивания возможности хирургии настолько широки, что в большинстве случаев имеется возможность выбрать адекватную форму лечения. По существу имеет смысл говорить не о показаниях к оперативному лечению, какими являются венозная недостаточность, осложненная трофическими язвами, а о противопоказаниях к нему. Если подразделять оперативные вмешательства условно на две группы — радикальные вмешательства, корригирующие венозную недостаточность, и паллиативные — только на трофической язве, то и противопоказания должны формулироваться дифференцированно. Абсолютными противопоказаниями к радикальному оперативному лечению при незажившей трофической язве мы считаем нереканализованные формы посттромбофлебитической болезни, преобладание артериальной недостаточности над венозной, а относительными — обострение сопутствующих заболеваний. Противопоказаний к паллиативным операциям практически нет.

Одновременно с предоперационной подготовкой назначали

обследование в поликлинике по месту жительства. Амбулаторное обследование больных позволило не только уменьшить нагрузку на лаборатории стационара, сократить время стационарной предоперационной подготовки, но и своевременно выявить сопутствующие заболевания, требующие соответствующей коррекции амбулаторно или в соответствующих стационарах. Так, проводилось лечение перед операцией в профильных стационарах сахарного диабета (18 больным), ожирения III степени (19), гипертонической болезни (112 больным). Из 411 больных 314 (76,4 %) лечились по поводу сопутствующих заболеваний амбулаторно у соответствующих специалистов, и вопрос о подготовленности к операции решался только после положительного заключения специалиста поликлиники. В предоперационном периоде 190 больным амбулаторно произведена склеротерапия.

Предоперационная амбулаторная подготовка больных с трофическими язвами позволяет не только "разгрузить" хирургический стационар, что особенно важно при дефиците специальных палат, но и дает большой экономический эффект (значительно сокращается предоперационный койко-день, лечение проводится без отрыва больного от работы).

Из 1085 больных, оперированных в нашей клинике, 720 больных (66,4 %) проходили подготовку к операции амбулаторно, что позволило снизить предоперационный койко-день с 30,5 до 7,7. Причем 61,8 % больных в этот период работали и только 9,7 % из них в разное время получали больничный лист.

Из 365 больных (33,6 %), готовившихся к операции в стационаре, часть поступила из других городов, различных республик (56,8 %), часть — госпитализированы по экстренным показаниям (43,2 %).

У 24 больных, госпитализированных с острым тромбозом глубоких вен, диагноз не подтвердился. У них была выявлена посттромбофлебитическая болезнь, осложненная трофическими язвами, и операции проводились в плановом порядке. Мы не склонны в данном случае осуждать врачей за ошибку на догоспитальном этапе, ибо эта гипердиагностика была, несомненно, в пользу больного.

Из 38 больных, поступивших с острым тромбозом поверхностных вен и трофическими язвами, 28 оперированы в течение 1—2 сут после поступления; 6 больных этой группы поступили на 10—15-е сутки после развития острых явлений и были оперированы в плановом порядке после стихания острого воспаления и санации язвы в стационаре.

Большие трудности возникают при лечении больных с венозной недостаточностью, осложненной трофическими язвами и экстренными хирургическими заболеваниями. Мы наблюдали 15 больных острым холециститом, госпитализиро-