

М.Д. ДИБИРОВ, д.м.н., профессор, МГМСУ

Лечение венозных трофических язв при варикозной недостаточности у лиц пожилого и старческого возраста

Хроническая варикозная недостаточность (ХВН) — заболевание, широко распространенное среди взрослого населения. Эпидемиологические исследования показали, что повсеместно, лишь с небольшими колебаниями, ХВН страдает 20—25% женщин и 10—15% мужчин [1, 2].

Ключевые слова: хроническая варикозная недостаточность, методы лечения, варикозная экзема, Актовегин

Среди лиц пожилого и старческого возраста чрезвычайно много больных с ХВН. У 25—30% из них встречаются циркулярные трофические язвы голени, лечение которых является тяжелой проблемой. Больных с циркулярными язвами подвергают неоднократным пересадкам кожи без предварительного устранения причины возникновения язвы [3]. Вследствие этого всегда наступает ранний или поздний рецидив язвы.

Лица пожилого и старческого возраста с трофическими язвами годами занимаются самолечением или в лучшем случае получают лечение в поликлинических условиях, т. к. госпитализация этих больных затруднена.

В стационаре для заживления язвы требуется в среднем 3—4 месяца. Из-за тяжелой сопутствующей патологии и обширности язвенной поверхности у 50—60% оперативное лечение невозможно.

Повышение из-за патологического рефлюкса проницаемости капилляров приводит к увеличению объема интерстициальной жидкости и развитию отека и лимфостаза. Из-за увеличения проницаемости капилляров происходит миграция, адгезия и гибель лейкоцитов с ос-

вобождением биологически активных веществ: цитокинов, лейкотриенов, фактора активации тромбоцитов, свободных радикалов, протеолитических ферментов. Эти факторы и большое количество возникающих в результате венозного застоя поврежденных эритроцитов приводят к резкому нарушению микроциркуляции, гипоксии, склерозу подкожной клетчатки, индукции кожи. Указанные причины в конечном итоге приводят к образованию трофических язв, значительно снижающих качество жизни пациентов.

Лечение венозной недостаточности является прерогативой хирургов. Лечение венозной недостаточности в стадии компенсации и субкомпенсации венозного оттока не вызывает особых затруднений. Однако при декомпенсации венозного оттока, когда имеется стойкий отек, индукция и трофические язвы, особенно у пациентов с высоким риском оперативных вмешательств, это является трудной задачей. Основным принципом при этом является сочетание мало-травматического хирургического и консервативного методов лечения. Лечение должно быть направлено в первую очередь на улучшение макро- и микроциркуляции. При

наличии трофических нарушений к лечению должны быть подключены дерматологи и фармакологи. Хирургический метод является наиболее радикальным методом лечения венозной язвы. Основными принципами хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с трофическими язвами являются:

1. Ликвидация вено-венозного рефлюкса и снижение венозной гипертензии.
2. Минимальная инвазивность (травматичность) оперативного вмешательства.

Наиболее распространенным и надежным способом устранения вено-венозного сброса является приустьевая резекция большой подкожной вены, которая получила название кроссэктомия (операция по Троянову-Тренделенбургу). Операция Бэбкокка — удаление большой и малой подкожных вен с помощью металлического зонда — остается классическим способом хирургического лечения магистрального варикоза. При ХВН на почве посттромбофлебитического синдрома наиболее эффективна локальная субфасциальная перевязка коммуникантных вен. Однако выполнение классических операций ликвидации ХВН и вено-ве-

нозного рефлюкса у лиц пожилого и старческого возраста неоправданны и нередко не выполнимы из-за тяжести состояния больного и сопутствующей патологии. Внедрение эффективных склерозирующих препаратов и видеосимпатэктомиической техники привели к широкому внедрению мини-малоинвазивных хирургических методик в лечении этой тяжелой категории больных с ХВН и трофическими язвами.

К ним относятся:

1. Склерохирургия
 2. Видеоэндохирургия
 3. Комбинация различных мало-травматических методов (хирургических, склерозирующих, эндоскопических и компрессионных).
- Склерохирургия подразумевает комбинированное лечение ХВН, включающее в себя патогенетически оправданные малотравматические хирургические вмешательства с рациональным использованием различных методов флосклерозирующего лечения. При стволовой форме варикоза в настоящее время наиболее целесообразным является так называемая катетерная флебэктомия. Эта методика значительно повышает косметичность и снижает травматичность операций, что особенно важно у больных пожилого и старческого возраста с высоким риском оперативных вмешательств. Оперативное лечение у больных с высоким оперативным риском проводят под эпидуральной анестезией.

Эндохирургия варикозной болезни

Развитие эндоскопической техники привело к интенсивному внедрению в клиническую практику принципиально новой малотравматической методики — флебоэндохирургии. Особенно хорошо эта методика показала себя при хирургическом лечении трофических

язв и индуративных изменениях кожи голени. Стало возможным эндоскопическое выполнение травматической операции по Линтону через небольшой разрез вдали от патологически измененных тканей.

Универсальным методом, позволяющим осуществлять ревизию всего субфасциального пространства, является медиальный доступ из в/з голени. Длина разреза 2—4 см (при классической операции по Линтону и разрезу по Фельдеру — 25—30 см).

Эндохирургия при венозной недостаточности, не уступая по своей радикальности классической операции по Линтону, позволила в 7—10 раз снизить травматичность и количество тяжелых осложнений (нагноения, кожные некрозы, лимфорея, коллоидные рубцы, лигатурные свищи, рожистое воспаление). Кроме того, резко улучшилась косметическая сторона проблемы и значительно уменьшились сроки реабилитации и нетрудоспособности.

Является одним из основных и необходимых методов лечения венозной недостаточности во всех ее формах и стадиях. Правильный подбор компрессионных изделий (чулки, бинты), равномерное, физиологическое распределение давления и оптимального режима позволяют нормализовать флебогемодинамические и микроциркуляторные нарушения. Выбор вида компрессионного трикотажа зависит от степени конкретной клинической ситуации и в каждом конкретном случае подбирается индивидуально. Таким образом, лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей является сложной и, несмотря на длительную историю и множество методов лечения, далеко не решенной проблемой.

Консервативное лечение:

Лечение этой патологии должно быть комплексным. Основным

принципом при этом является сочетание хирургических и консервативных методов лечения. При выборе лекарственных препаратов необходимо воздействие на различные звенья патологического процесса:

1. Повышение тонуса вен.
2. Улучшение венозного и лимфатического оттока.
3. Воздействие на микроциркуляцию.
4. Коррекция гемореологии.
5. Купирование воспалительных и других кожных проявлений (изъязвление, язва, экзема, истечение лимфы, мацерация).

Для повышения тонуса вен и улучшения оттока используют ряд хорошо знакомых практическим врачам препаратов: Анавенол (внутри по 20 капель 3—4 раза в сутки в течение месяца), Венорутон (по 1 таблетке 2 раза в сутки), Эскузан (1—2 драже 3 раза в сутки), а также препараты нового поколения: Детралекс (по 2 таблетки в день), Гинкор Форт (по 2 капсулы в день), Цикло 3 Форт (по 2—3 капсулы в день), Эндотелон (по 150 мг 2 раза в день).

С целью устранения микроциркуляторных расстройств и нормализации гемореологии используют Трентал (по 1 драже 3 раза в день), Тиклид (по 1 таблетке 2 раза в день), Плавикс (по одной таблетке 1 раз в сутки), Тромбо АСС (по 1 таблетке в сутки).

Для купирования воспаления применяют нестероидные противовоспалительные средства: Диклофенак (по 1 таблетке 3 раза в сутки), Индометацин (до 4 капсул в сутки) и аналогичные мази: индометациновая, индовазин, мазь с диклофенаком.

При лечении трофической язвы правильный выбор местной терапии играет большую роль для ускорения заживления язвы.

При этом используется:

1. Адекватная компрессионная терапия с помощью эластических

бинтов или чулок (снижается венозная гипертензия и улучшается состояние мышечно-венозной помпы).

2. Возвышенное положение конечности для ускорения венозного и лимфатического оттока.

3. Создание функционального покоя конечности для восстановления венозного тонуса.

4. Лечебная гимнастика и физиотерапевтические процедуры для улучшения микроциркуляции (магнитотерапия, ультразвуковые волны, лазерная терапия)

5. При воспалительных явлениях вокруг язвы и мокнутия широко применяются примочки (риванола, спирт-фурацилин 1:2, диоксидин, 5%-ный марганцовокислый калий, йодопирон и др).

После снижения острого воспалительного процесса на язву накладывают повязки с противовоспалительными мазями (5%-ная диоксидиновая левомеколь, левосин, йодопириновая) или аэрозолями (олазол, диокиколь, пантенол и др.), а также желе солкосериле или актовегине.

После стихания воспалительного процесса и очищении язвы от гнойно-некротических тканей с помощью протеолитических ферментов в стадии грануляции наиболее эффективны мази (солкосериле, актовегине, метилурацилол, масла (облепиховое, шиповниковое, рапсовое).

Среди лекарственных препаратов, применяемых для улучшения микроциркуляции при хронической венозной недостаточности, самым распространенным является препарат эскузан — венотонизирующее средство, содержащее экстракт из плодов конского каштана и витамин В1. Препарат избирательно действует на все компоненты, играющие важную роль в патогенезе развития отека и трофических язв конечностей при хронической венозной недостаточности. Изменения, возникающие при ва-

рикозной болезни на тканевом, клеточном и микроциркуляторном уровнях определяют необходимость разработки программы рационального медикаментозного лечения. Абсолютными показаниями к фармакотерапии являются осложненные формы заболевания (трофические нарушения, вторичный лимфостаз), выраженные симптомы венозной недостаточности (чувство тяжести, судороги в области икроножных мышц, отеки, синдром).

Влияние «гинкор форте» на функцию мышечно-венозной «помпы» голени у пациентов с декомпенсированными стадиями варикозной болезни доказано на основании динамической радионуклидной флебографии. Было установлено, что в результате приема препарата по оригинальной схеме (первые 15 дней — по 2 капсулы 2 раза в день, в последующие 30 дней — по 1 капсуле 2 раза в день), пропульсивная способность мышечно-венозной «помпы» голени достаточно возрастает.

В последнее время наибольшее распространение получил микронизированный флавоноид — Детралекс, который назначают по 1 таблетке 2 раза в день в течение двух месяцев. Наиболее значимые результаты применения детралекса отмечены у пациентов с сопутствующей лимфатической недостаточностью, проявляющейся как переходящими, так и стойкими отеками. Необходимо отметить, что монотерапия варикозной болезни с использованием современных флеботонических препаратов, оказывающих поливалентное действие, позволяет добиться устойчивого терапевтического эффекта и избежать таких недостатков обычно используемого лечения, как большое количество гастроинтестинальных и аллергических реакций, а также полипрагмазии.

Лечение варикозной экземы является трудной задачей и осуществ-

ляется совместно дерматологами и хирургами.

Важным звеном комплексного лечения варикозной экземы является местная терапия, которая обязательно проводится с учетом стадии болезни, фазы воспаления и степени выраженности кожных проявлений.

В последние годы на смену традиционным средствам наружной терапии пришли препараты, обладающие плейотропными свойствами с высоким терапевтическим эффектом. К этим препаратам относится Актовегин.

Фармакология и механизм действия Актовегина

Актовегин представляет собой высокоочищенный депротеинизированный гемодериват, не содержащий эндотоксинов и антигенов; состоит из более чем 200 биологически активных субстанций с молекулярной массой менее 5 000 дальтон, получаемый методами ультрафильтрации и диализа из крови теллят. Препарат содержит исключительно физиологические компоненты: аминокислоты, олигопептиды, нуклеотиды, промежуточные продукты метаболизма жирных кислот и углеводов, низкомолекулярные компоненты клеточных мембран, а также неорганические электролиты и важные микроэлементы. Актовегин состоит из молекул, которые содержатся в организме в физиологических условиях. Данные, полученные в результате экспериментов, подтверждают, что препарат имеет множество активных составляющих, которые участвуют во многих внутриклеточных процессах и влияют на специфические пути метаболизма клеток, уменьшая негативные эффекты ишемии. Препарат обладает антиоксидантными, нейропротективными, антигипоксическими, инсулиноподобными свойствами. Одним из основных эффектов актовегина

является улучшение транспорта глюкозы и поглощение кислорода тканями, приводящее к активации аэробного окисления, увеличению энергетического потенциала клетки и синтеза АТФ [4, 5]. Актовегин также обладает выраженным антиоксидантным эффектом: препятствует образованию свободных радикалов и блокирует процессы апоптоза. Тем самым Актовегин защищает клетки, в особенности нейроны, от гибели в условиях гипоксии и ишемии [6,7]. Помимо этого, показано, что Актовегин улучшает микроциркуляцию в тканях, позитивно воздействуя на эндотелий сосудов [8]. Клинические эффекты препарата отчетливо продемонстрированы у пациентов с хронической патологией периферических вен. Актовегин уменьшал симптомы заболевания, такие как отечность и ощущение тяжести, а также ускорял заживление язвен-

ных дефектов [9]. При лечении ишемических поражений нижних конечностей в нашей клинике широко применяется следующая схема и дозировка Актовегина:

При хронических нетяжелых ситуациях:

1. В/м 200—400 мг 1—2 р/с в течение 14—21 суток
2. Поддерживающая терапия по 1 (200мг) драже 3 раза в течение 30—60 дней.

При тяжелой ишемии, остром периоде и синдроме «диабетическая стопа» проводится последовательная терапия по следующей схеме:

1. 1000—2000 мг (250—500 мл 10%) в/в 1 р/с в течение 20—25 дней.
2. 200—400 мг в/м в течение 3—4 недель.
3. Далее по 1—2 драже 3 раза в течение 2—3 месяцев.

Так, из обследованных нами 200 больных пожилого и старческого

возраста было оперировано 136 (68%) и 30 (15%) произведена склеротерапия. После оперативного лечения и консервативной терапии актовегином трофические язвы полностью эпителизовались или зарубцевались у 118 (59%); 54 (27%) пациентам произведена пересадка расщепленного кожного лоскута с полным приживлением у 50 из 54. Остальные 58 (14%) выписались с улучшением с чистыми гранулирующими гигантскими > 10 см язвами. Таким образом, патогенетически направленные мини-инвазивные хирургические вмешательства и включение в комплексную терапию трофических язв позволяют у 86% достичь заживления и тем самым улучшить качество жизни геронтологических больных с венозными трофическими язвами.



ИСТОЧНИКИ

1. Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей. В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А. И. Кириенко и др.: Под ред. В.С. Савельева. М.: Медицина, 2001, 660.
2. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен в Российской Федерации. Результаты международной исследовательской программы VEIN CONSULT Флебология 2010, 4(3): 9–12.
3. Покровский А.В. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей – современные проблемы диагностики, классификации, лечения. А.В. Покровский, С.В. Сапелкин. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2003, 9(1): 53–58.
4. Buchmayer F, Pleiner J, Elminger MW et al. Actovegin®: a biological drug for more than 5 decades. *Wien Med Wochenschr.* 2011, 161(3–4): 80-88.
5. Machicao F, Muresanu DF, Hundsberger H, Pfläyer M, Guehkt A. Pleiotropic neuroprotective and metabolic effects of Actovegin's mode of action. *J Neurol Sci*, 2012, 322(1): 222–227.
6. Elminger MW, Kriebel M, Ziegler D. Neuroprotective and Anti-Oxidative Effects of the Hemodialysate Actovegin on Primary Rat Neurons in Vitro. *Neuromolecular Med.*, 2011, 13(4): 266–274.
7. Асташкин Е.И., Глейзер М.Г. и др. Актовегин снижает уровень радикалов кислорода в образцах цельной крови пациентов с сердечной недостаточностью и подавляет развитие некроза переживаемых нейронов человека линии SK-N-SH. Доклады Академии Наук. 2013, 448(2): 232-235.
8. Fedorovich AA. Non-invasive evaluation of vasomotor and metabolic functions of microvascular endothelium in human skin. *Microvasc Res*, 2012, 84: 86–93.
9. Учкин И.Г., Мосесов А.Г., Цырульников А.А. Актовегин как компонент комплексной терапии осложненных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *РМЖ*, 2007, 15(12): 981–5.