

**С.Н. ЯКУШКИН**, к.м.н., врач-хирург флебологического центра  
ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Департамент здравоохранения г. Москвы

## Результат кратковременного применения гидроактивных повязок в комплексном лечении трофической язвы голени у пациента с посттромботической болезнью

Венозные трофические язвы являются следствием значительных нарушений кровообращения на фоне варикозной или посттромботической болезней нижних конечностей [3—5]. По данным разных авторов, они осложняют течение хронической венозной недостаточности в 15—18% случаев [1, 2, 5] и составляют около 70% в общей структуре язв нижних конечностей различного генеза [1, 2], встречаясь у 1—2% взрослого трудоспособного населения и 4—5% пожилых людей [3, 5]. Для них характерно длительное рецидивирующее течение, ухудшающее качество жизни пациентов [1, 2, 5].

*Ключевые слова:* венозные трофические язвы, комплексная консервативная терапия, клинический случай, применение повязок HydroClean® plus

Лечение трофических язв — трудный, дорогостоящий и не всегда эффективный процесс [1, 2, 4]. Большинство флебологов едины во мнении о необходимости проведения патогенетически обоснованного лечения, направленного на устранение основной причины развития хронической венозной недостаточности — венозного застоя [1—5]. Однако хирургическое вмешательство по ряду причин (состояние кожных покровов, сопутствующая патология, социально-бытовые условия, возраст пациентов и др.) выполнено быть не может [1, 2, 4]. В таких случаях ключевую роль играет консервативное лечение (соблюдение лечебно-охранительного режима, компрессионная терапия, системная фармакотерапия, местное воздействие, физиотерапия), которое реализуется далеко не идеально врачами амбулаторно-поликлинического звена [1, 2]. Наш клинический случай показывает, как в амбулаторных услови-

ях в течение небольшого промежутка времени, в течение одного месяца, с применением современных раневых покрытий можно добиться сокращения размера раневой поверхности почти в 2 раза.

Пациент А., 75 лет, обратился за амбулаторной помощью в декабре 2015 г. В результате данных анамнеза, осмотра, проведенных диагностических мероприятий был установлен клинический диагноз: «Посттромботическая болезнь нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей III ст. Трофическая язва левой голени. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей от 2003 г., имплантированный кава-фильтр».

При осмотре жаловался на наличие длительно (около 2 лет) незаживающей язвы латеральной поверхности левой голени с налетом фибрина, участками некроза и умеренным отделяемым. В анамнезе перенес тромбоз глубоких

вен нижних конечностей в 2003 г., тогда же имплантирован кава-фильтр. Регулярно принимает антикоагулянты, курсами принимает флеботоники, режим компрессии нижних конечностей не соблюдал. В течение двух лет лечился в поликлинике по месту жительства с использованием водорастворимых мазей и различных раневых покрытий, однако результата от лечения не было, наблюдалась тенденция к увеличению размеров язвы.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД = 16 в минуту. PS = 76 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается, не усилена. Физиологические отправления не нарушены.

**РИСУНОК 1 (1.1, 1.2).** Начальный вид трофической язвы левой голени (площадь раны 17,44 см<sup>2</sup>)



поверхности бедра, по задней и медиальной поверхности голени. Пальпируется дефект фасций на уровне нижней и средней трети голени. Пальпация сосудисто-нервного пучка на голени и бедре безболезненная. Движения в полном объеме. Чувствительность не нарушена. Артериальная пульсация сохранена на протяжении. Симптомы Мозеса, Хоманса отрицательные. На левой голени по латеральной поверхности в средней трети имеется язвенный дефект кожи неправильной формы с налетом фибрина и участками некроза (рис. 1). Отделяемое скудное. Площадь раны 17,44 см<sup>2</sup>. Кожа вокруг нее умеренно гиперемирована, сухая. Отмечается гиперкератоз. Пальпация болезненна.

### Status localis

Правая нижняя конечность обычной формы. Кожные покровы бедра обычной окраски, в области голени отмечается гиперпигментация кожи и липодерматосклероз. Выраженный отек голени. Расширенные вены по передней и латеральной поверхности бедра, по задней и медиальной поверхности голени. Пальпируется дефект фасций на уровне нижней и средней трети голени. Пальпация сосудис-

то-нервного пучка на голени и бедре безболезненная. Движения в полном объеме. Чувствительность не нарушена. Артериальная пульсация сохранена на протяжении. Симптомы Мозеса, Хоманса отрицательные.

Левая нижняя конечность обычной формы. Кожные покровы на бедре обычной окраски, в области голени отмечается гиперпигментация кожи и липодерматосклероз. Выраженный отек голени. Расширенные вены по передней и латеральной

### Дуплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей:

Выявлена реканализация ОБВ, ПБВ, ПкВ и тиббиальных вен слева, недостаточность клапанов глубоких вен левой нижней конечности. Признаки нестенозирующего атеросклероза артерий обеих нижних конечностей без гемодинамических нарушений. Плече-лодыжечный индекс составил 0,9. Комплексная консервативная терапия включала флеботоники, пе-

**РИСУНОК 2 (2.1, 2.2, 2.3).** Динамика заживления язвы в амбулаторных условиях при лечении повязками HydroClean® plus (площадь раны 10,37 см<sup>2</sup>)



**РИСУНОК 3 (3.1, 3.2, 3.3, 3.4).** Дальнейшая динамика заживления язвы при лечении повязками HydroTac® (вид раны на 20-е сутки после начала лечения, площадь раны 10,08 см<sup>2</sup>)



**РИСУНОК 4. (4.1, 4.2).** Заживление язвы под повязками HydroTac® (вид раны на 31-е сутки после начала лечения, площадь раны 9,11 см<sup>2</sup>)



роральные антикоагулянты. Антибактериальная терапия не назначалась ввиду отсутствия системной воспалительной реакции и выраженного локального воспаления. С целью компрессии нижних конечностей назначен компрессионный трикотаж (чулок) с давлением в области лодыжки 34—46 мм рт. ст. (3-й класс).

С учетом хронического характера течения раневого процесса и наличия фибрина и участков некроза начата местная терапия с использованием повязок HydroClean® plus. Данная повязка выбрана в соответствии с ее основными свойствами и клинической эффективностью, продолжительному выделению раствора Рингера и одновременной абсорбции раневого отделяемого. При этом отмечается активная регидратация и устранение фибрина, снижается концентрация матриксных металлопротеаз и этим предотвращается разрушение экстрацеллюлярного матрикса. В результате отмечается активация местного иммунитета, сохраняются функции факторов роста, активируется воспаление, стимулируется ангиогенез и дальнейшая регенерация. Повязка HydroClean® plus — суперабсорбирующая повязка, которая создает и поддерживает влажную раневую среду до 72 ч. Она активно способствует безболезненному удалению некроза и фибрина и длительно поглощает раневую экссудат. Повязка HydroClean® plus содержит в своей структуре полигексанид — антисептик широкого спектра действия, эффективно инактивирующий раневую микрофлору внутри повязки, и, таким образом, ускоряет очищение, уменьшает микробную нагрузку и стимулирует заживление раны во всех ее фазах. Гидрофобное покрытие повязки предотвращает прилипание. Это позволило применять повязки HydroClean® plus для контроля над раневым процессом. При этом ча-

стота перевязок составила не более 3 раз в неделю.

На 10-е сутки применения в качестве местного лечения суперабсорбирующей повязки HydroClean® plus отмечалась явная положительная динамика со стороны язвенных дефектов. Язвы полностью очистились от фибрина, дно ран поднялось до уровня кожи, покрылось хорошо выраженными грануляциями. Экссудация умеренная. Явления воспаления полностью купированы (рис. 2). Местное лечение раны решено было продолжить повязками HydroTas®. В течение трех недель амбулаторного лечения гидроактивными губчатыми повязками HydroTas® при

частоте перевязок один раз в 6 дней удалось ускорить темпы заживления, добиться сокращения площади язвы более чем в полтора раза и эпителизации язвенной поверхности (рис. 3). Применение повязок HydroTas® позволяло поддерживать оптимальную влажность раневого ложа и создавать условия для дальнейшей эпителизации трофической язвы. Таким образом, данный случай показал, что лечение ран во влажной среде с последовательным использованием, в течение одного месяца, гидроактивных повязок HydroClean® plus и HydroTas® позволило добиться полного очищения и активной эпителизации ра-

невой поверхности (уменьшение размера язвы в 2 раза) (рис. 4). Лечение полностью может быть осуществлено врачами-хирургами амбулаторно-поликлинического звена и не требует госпитализации в стационар. Применение современных гидроактивных перевязочных средств позволяет контролировать течение раневого процесса, препятствовать вторичному микробному обсеменению хронической раны, уменьшить количество и болезненность перевязок и тем самым способствовать улучшению качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями вен, имеющих трофические язвы.



#### ИСТОЧНИКИ

1. Васильев В.В. Лечение больных с осложненными формами посттромбофлебитической болезни нижних конечностей на поликлиническом этапе. Автореф. дис. канд. мед. наук. Саратов, 2006, 24 с.
2. Богданец Л.И., Калинина Е.В., Девярых Е.А., Березина С.С., Бычкова Т.В. Принцип влажного заживления — основа местного лечения венозных язв. Труды V конференции Ассоциации флебологов России. М., 2004, с. 158.
3. Богачев В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности: от эпидемиологии к лечению. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2002, 2: 119-126.
4. Гошадзе К.А., Овчинников В.А. Лечение трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности. *Нижегородский медицинский журнал*, 2006, 7: 108-114.
5. Золотухин И.А. Эпидемиология и факторы риска ХВН. В кн: ХВН: от ранних проявлений до трофических язв. Материалы VI конференции Ассоциации флебологов России. Приложение. М., 2006: 1-3.