

Лечение трофических язв у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей

А.А. Ларионов, М.Ю. Речкин, О.А. Кравчук

Treatment of trophic ulcers in a patient with obliterating atherosclerosis of the lower limbs

A.A. Larionov, M.Y. Rechkin, O.A. Kravchouck

Государственное учреждение

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Заживление трофических язв при хронической артериальной недостаточности конечностей характеризуется длительным течением восстановительных процессов и нередко сопровождается рецидивами [1].

Грубые нарушения регионарного кровоснабжения тканей и хроническое инфицирование патологического очага снижают эффективность раздельного применения разнообразных методик консервативного и хирургического лечения трофических язв ишемического генеза. Рациональным путем сокращения общих сроков лечения больных с ишемическими язвами конечностей может служить комбинирование современных хирургических методик, предусматривающих одновременную санацию изъязвленного участка со стимуляцией периферического кровообращения и репарации тканей.

Нами наблюдался больной Н., 59 лет, поступивший в клинику РНЦ "ВТО" им. акад. Г.А.Илизарова с диагнозом: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; хроническая артериальная недостаточность IIIб стадии; синдром Лериша; трофическая язва первого пальца и некроз культи пятого пальца правой стопы.

Из анамнеза известно, что больной неоднократно получал консервативное и хирургическое лечение по месту жительства. Два месяца назад там была произведена некрэктомия пятого пальца правой стопы. Однако проводимое лечение не привело к улучшению периферического кровообращения и заживлению послеоперационной культи пятого пальца.

При поступлении больной предъявлял жалобы на зябкость обеих нижних конечностей, постоянные боли в первом пальце и в области культи пятого пальца правой стопы, перемежающуюся хромоту через 50-70 метров.

Локально отмечали, что обе стопы были

бледными и холодными на ощупь. На культе пятого пальца правой стопы имелся участок некроза размерами 1,0×1,0 см. а на первом пальце располагалась трофическая язва размерами 1,0×1,5 см (рис. 1).



Рис. 1. Трофические язвы I пальца и культи V пальца правой стопы больного Н. до лечения

На протяжении 10 дней больной получал курс инфузионной терапии вазоактивными препаратами, а на культю пятого пальца и трофическую язву накладывали мазевые повязки для очищения и заживления изъязвленной поверхности. Однако эти мероприятия были неэффективными и было принято решение о необходимости хирургической стимуляции кровоснабжения и репарации тканей пораженной конечности.

В условиях операционной через проколы мягких тканей были выполнены остеоперфорации спицами для чрескостного остеосинтеза обоих метафизарных отделов правой бедренной кости, большеберцовой кости, пяточной кости, метафизарных отделов плюсневых костей пра-

вой стопы. Одновременно с помощью лазерного хирургического аппарата "Ланцет - 2" произвели некрэктомию и обработку изъязвленной поверхности культи пятого и первого пальцев правой стопы расфокусированным углекислотным лазером в непрерывном режиме с мощностью 10 Вт до свободного отделения образовавшегося при этом струпа.

Через 14 дней больному были повторно выполнены аналогичные остеоперфорации на протяжении всей конечности. На этот раз лазерную обработку осуществляли в суперимпульсном режиме и подвергали ей не только изъязвленную поверхность, но и прилежащие участки кожи до появления признаков гиперемии обрабатываемой поверхности. Операция заканчивалась наложением асептических повязок на спицевые дефекты кожи и изъязвленную поверхность.

После выполнения остеоперфораций в сочетании с лазерной обработкой отмечали резкую активизацию репаративных процессов, что выразилось в потеплении конечности, очищении изъязвленной поверхности, формировании очагов грануляции, а затем эпителизации раневой поверхности. Язва полностью эпителизировалась через 15 дней после второй операции (рис. 2).



Рис. 2. Вид правой стопы больного Н. после лечения

На контрольном осмотре через шесть месяцев достигнутый эффект сохранялся.

Таким образом, комбинирование методик стимуляции периферического кровообращения и репарации тканей обеспечивает благоприятные условия для заживления трофических язв при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков, В.Я. Трофические язвы стопы и голени / В.Я. Васютков, Н.В. Проценко. - М.: Медицина, 1993. - С. 113 - 122.

Рукопись поступила 30.12.02.