

**Боташев Р.Н.**

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ВЕНОЗНОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ

РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», Черкесск, Россия

*Улучшение результатов лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВНК), осложненной трофическими язвами, является актуальной задачей современной медицины. Длительное рецидивирующее течение заболевания приводит к снижению трудоспособности и ухудшению качества жизни, а также стойкой инвалидизации больных, лечение которых создает особые экономические проблемы. На сегодняшний день практически отсутствуют эффективные методики консервативной терапии, что приводит к длительному безуспешному ведению таких пациентов. В статье продемонстрировано клиническое наблюдение комплексного лечения пациентки 63 лет с хроническим заболеванием вен нижних конечностей класса С6 (по классификации CEAP). Заключение. Эффективным комплексным методом лечения трофических язв у пациентов с ВБВНК является коррекция нарушений венозной гемодинамики (в нашем случае методом радиочастотной абляции) совместно с первичной хирургической обработкой язвенного дефекта и одновременной аутодермопластикой перфорированным кожным лоскутом.*

**Ключевые слова:** варикозная болезнь вен нижних конечностей, комплексное хирургическое лечение, радиочастотная абляция, shave-терапия, трофическая язва.

*Для цитирования:* Боташев Р.Н. Комплексное лечение пациентки с венозной трофической язвой. *Клиническая медицина.* 2024;102(5–6):447–449. DOI: <http://doi.org/10.30629/0023-2149-2024-102-5-6-447-449>

*Для корреспонденции:* Боташев Ренат Нюралиевич — e-mail: [renzik84@mail.ru](mailto:renzik84@mail.ru)

**Renat N. Botashev**

### COMPREHENSIVE TREATMENT OF A PATIENT WITH VENOUS TROPHIC ULCER

Karachay-Cherkess Republican Clinical Hospital, Cherkessk, Russia

*Improving the results of treatment for patients with varicose veins in the lower extremities, complicated by trophic ulcers, is an urgent task for modern medicine. A long-term, recurrent course of the disease leads to a reduction in working capacity and deterioration in quality of life, as well as permanent disability for patients, whose treatment causes special economic problems. At present, there are virtually no effective methods for conservative therapy, leading to prolonged unsuccessful treatment of such patients. This article presents the clinical case of a 63-year-old patient undergoing complex treatment for chronic lower limb venous insufficiency of class C6 according to the CEAP classification. **Conclusion.** An effective complex method for treating trophic ulcers in patients with chronic venous disease involves the correction of venous hemodynamic disorders (in this case, through radiofrequency ablation), as well as primary surgical treatment for the ulcerative defect, and simultaneous autodermaplasty with a perforated skin flap.*

**Key words:** varicose veins of the lower extremities, complex surgical treatment, radiofrequency ablation, shave therapy, trophic ulcer.

*For citation:* Botashev R.N. Comprehensive treatment of the patient with venous trophic ulcer. *Klinicheskaya meditsina.* 2024;102(5–6):447–449. DOI: <http://doi.org/10.30629/0023-2149-2024-102-5-6-447-449>

*For correspondence:* Renat N. Botashev — e-mail: [renzik84@mail.ru](mailto:renzik84@mail.ru)

*Conflict of interests.* The authors declare no conflict of interests.

*Acknowledgments.* The study had no sponsorship.

Received 09.02.2024

Accepted 23.04.2024

В настоящее время варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) — одна из наиболее важных медико-социальных проблем, которая связана с высокой заболеваемостью, значимым ухудшением качества жизни пациентов и неудовлетворительными результатами лечения [1, 2]. Это заболевание, постепенно прогрессирующее вплоть до серьезных трофических изменений кожи, которые выявляются, по некоторым данным, у 1–3% населения, часто приводят к инвалидизации, а также значимым государственным затратам на лечение этой группы больных [3, 4].

Около 70% язв нижних конечностей — венозные, изначальной причиной которых является ВБВНК [5, 6]. Увеличение гидростатического давления в результате рефлюкса или обтурации, генетические и другие predisposing факторы эндотелиальной дисфункции приводят к активизации воспалительных процессов, из-

менению структурных компонентов стенок сосудов (коллагена, эластина), клеточных и внеклеточных элементов, что в конечном итоге проявляется венозной недостаточностью, прогрессирующей вплоть до трофических изменений [7–9].

На сегодняшний день практически отсутствуют эффективные методики консервативной терапии, что приводит к длительному безуспешному лечению больных с рецидивирующими трофическими язвами. Вследствие такого подхода хирургическая тактика, направленная на коррекцию нарушений венозной гемодинамики, становится менее эффективной [10]. По некоторым данным, даже при соблюдении всех алгоритмов консервативного и хирургического лечения частота рецидива язвы достигает до 17% в течении первого года [11]. В связи с этим становится особенно актуальным поиск новых методов лечения пациентов с трофическими язвами при ВБВНК.

В статье продемонстрировано клиническое наблюдение успешного комплексного хирургического лечения пациентки 63 лет с хроническим заболеванием вен нижних конечностей класса С6 (по классификации CEAP).

### Клиническое наблюдение

Пациентка У., 63 лет, обратилась Карачаево-Черкесскую республиканскую клиническую больницу с жалобами на умеренную боль, отечность, чувство тяжести после длительных статических нагрузок в правой ноге, наличие расширенных подкожных вен, гиперпигментации и трофической язвы в нижней трети правой голени.

Из анамнеза известно, что ВБВНК пациентка страдает более 30 лет. Изначально заболевание проявилось варикозными изменениями вен на ноге, которые ее не беспокоили; состояние постепенно прогрессировало: увеличивалось количество варикозно-расширенных вен, стала усиливаться отечность, цвет кожных покровов в нижней и средней третях голени изменился на темно-коричневый, 6 лет назад появилась трофическая язва. Пациентка наблюдалась хирургом в поликлинике по месту жительства. Регресс заболевания на фоне консервативной терапии не происходил, язва увеличивалась в размерах, изредка отмечалось серозно-геморрагическое отделяемое.

При осмотре правой нижней конечности определяется участок гиперпигментации кожи с липодерматосклерозом и индурацией тканей, отечность (+ 1,5 см на уровне голени в сравнении с левой нижней конечностью), по медиальной поверхности в нижней трети голени и в области голеностопного сустава — трофическая язва размерами 11,0 × 6,0 см, с подрытыми краями, на дне язвы грануляционная ткань с фибрином, серозно-геморрагическим отделяемым, болезненная при пальпации окружающих ее тканей (рис. 1, см. 3-ю стр. обложки). Определяется выраженное варикозное расширение притоков большой подкожной вены (БПВ) на голени. Симптомы Мозеса, Хоманса отрицательные.

Проведено ультразвуковое исследование вен правой нижней конечности, по результатам которого установлена проходимость глубоких вен и состоятельность их клапанного аппарата. В ортостатическом положении пациентки БПВ справа расширена до 8,4 мм, клапаны сафенофеморального соустья несостоятельны, регистрируется тотальный патологический вено-венозный рефлюкс по БПВ. На уровне трофической язвы в нижней трети голени по медиальной поверхности определяется расширенная (до 3,2 мм), несостоятельная перфорантная вена (рис. 2, см. 3-ю стр. обложки).

Поставлен диагноз: Варикозная болезнь. Варикозное расширение поверхностных вен в бассейне БПВ на правой нижней конечности, несостоятельная перфорантная вена нижней трети правой голени. Открытая трофическая язва правой голени. С6,S, Ep, As,p, Pr GSVa, GSVb, CPV, LI по классификации CEAP.

Первым этапом проведена эндовенозная радиочастотная абляция (РЧА) ствола БПВ от сафенофеморального соустья, абляция перфорантной вены Кокетта. Пункция и катетеризация БПВ проводилась под ультра-

звуковым контролем, радиочастотный катетер установлен на расстоянии 0,5 см от сафенофеморального соустья (рис. 3, см. 3-ю стр. обложки). Операция прошла успешно. В послеоперационном периоде использовались эластическая компрессия, ранняя активизация пациентки. Проводилась противовоспалительная терапия, перевязки с 0,05% раствором хлоргексидина и 0,25% раствором нитрата серебра. После санации на поверхность язвы накладывали сорбирующие, синтетические и очищающие язвенную поверхность покрытия.

Вторым этапом через 14 дней после РЧА выполнена резекция измененных тканей в области язвенного дефекта до фасции вглубь и до здоровой дермы по краям язвы с последующей аутодермопластикой перфорированным кожным лоскутом (рис. 4, см. 3-ю стр. обложки). С целью профилактики возможных гнойных осложнений использовали антибактериальные препараты широкого спектра действия (Флемоксин Соллютаб 500 мг 3 раза в сутки в течение 3 дней перед операцией и в течение 5 дней после операции). В послеоперационном периоде пациентка находилась под наблюдением хирурга-флеболога.

Через 2 мес. при контрольном осмотре отмечена эпителизация язвенного дефекта. Жалоб пациентка не предъявляла, пигментация и индурация тканей уменьшились (рис. 5, см. 3-ю стр. обложки). По результату ультразвукового исследования, реканализации облитерированной БПВ и несостоятельной перфорантной вены голени не выявлено.

При контрольном осмотре через 12 мес. после оперативного вмешательства и комплексного лечения пациентки У. 63 лет рецидива ВБВНК и трофической язвы не произошло. Трофическая язва полностью зажила, отмечена полная эпителизация тканей. Сохранились признаки липодерматосклероза, пигментация и индурация тканей значительно уменьшились. По данным ультразвукового исследования целевые вены полностью облитерированы, без признаков реканализации.

### Обсуждение

В настоящее время особенно актуален поиск новых методов консервативной терапии и хирургического лечения пациентов с хроническим заболеванием вен нижних конечностей класса С6 (по классификации CEAP).

При обширных венозных трофических язвах необходимо проведение комплексного лечения с использованием ранней хирургической тактики в целях восстановления нормальной гемодинамики венозного русла. Своевременно оказанное оперативное пособие в сочетании с использованием эластической компрессии, а также адекватное местное лечение дают возможность ускорить процессы регенерации венозных трофических язв.

В Российских и зарубежных рекомендациях по диагностике и лечению хронических заболеваний вен эндовенозные термические методы (эндовазальная лазерная облитерация – ЭВЛО, РЧА) представляются как эффективные и безопасные методы лечения пациентов. Они обеспечивают меньшую травматичность операции, снижают риск послеоперационных осложнений, дают

возможность ранней активизации пациента, сокращают срок реабилитационного периода и благодаря этому значительно улучшают качество жизни больных [1, 12].

Приведенное нами клиническое наблюдение комплексного лечения пациентки 63 лет с хроническим заболеванием вен и открытой трофической язвой показало высокую эффективность методики РЧА в коррекции венозной гемодинамики и является примером успешной эпителизации трофической язвы после аутодермопластики.

Достигнута полная облитерация ствола БПВ и несостоятельной перфорантной вены голени. Жалоб со стороны пациента во время проведения операции и в раннем послеоперационном периоде не было. В результате через 2 месяца отмечалась полная эпителизация дефекта с хорошим косметическим эффектом, в течение года наблюдения рецидив ВБВНК отсутствовал.

### Заключение

Таким образом, у пациентов с ВБВНК и открытой трофической язвой устранение рефлюкса на начальном этапе лечения создает идеальные условия для быстрого заживления дефекта. Сочетание РЧА с первичной хирургической обработкой, одновременной аутодермопластикой перфорированным кожным лоскутом и консервативной терапией способствует эффективной эпителизации, снижает риск рецидива заболевания.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Камаев А.А., Булатов В.Л., Стойко Ю.М., и др. Клинические рекомендации. Варикозное расширение вен. *Флебология*.

- 2022;16(1):41108. [Kamaev AA, Bulatov VL, Stoiko YuM, et al. Clinical recommendations. Varicose veins. *Phlebology*. 2022;16(1):41108. (In Russian)]. DOI: 10.17116/flebo20221601141
2. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М. Клиническая флебология. М., ДПК Пресс, 2016. [Shevchenko Y.L., Stoiko Y.M. Clinical phlebology. M., DPK Press, 2016. (In Russian)]
3. Ruckley C.V., Evans C.J., Allan P.L., Lee A.J., Fowkes F.G.R. Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations. The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. *J. Vasc. Surg.* 2002;36:520e5.
4. Jawien A., Grzela T., Ochwat A. Prevalence of chronic venous insufficiency in men and women in Poland: multicentre cross-sectional study in 40,095 patients. *Phlebology*. 2003;18:110e22.
5. Tatsioni A., Balk E., O'Donnell T., Lau J. Usual care in the management of chronic wounds: a review of the recent literature. *J. Am. Coll. Surg.* 2007;205:617e24.
6. Nelzen O. Leg ulcers: economic aspects. *Phlebology*. 2000;15:110e4.
7. Raffetto J.D. Pathophysiology of wound healing and alterations in venous leg ulcers-review. *Phlebology*. 2016;31(1):56–62.
8. Chi Y.W., Raffetto J.D. Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment. *Vasc. Med.* 2015;20:168–81.
9. Pihlaja T., Vanttila L.M., Ohtonen P., Pokela M. Factors associated with delayed venous ulcer healing after endovenous intervention for superficial venous insufficiency. *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* 2022;10(6):1238–1244. DOI: 10.1016/j.jvsv.2022.07.008
10. Carandina S., Mari C., De Palma M. Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): A long term randomised trial. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2008;35:230–7
11. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Трофические язвы. *Флебология*. М. 2001;519–51 [Saveliev VS, Kiriienko AI, Bogachev VYu. Trophic ulcers. *Phlebology*. M. 2001;519–51 (In Russian)].
12. Nicolaides A., Kakkos S., Baekgaard N. et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part II. *Int. Angiol.* 2020;39(3):175–240. DOI: 10.23736/S0392-9590.20.04388-6

Поступила 09.02.2024

Принята в печать 23.04.2024

### Информация об авторе

Боташев Ренат Нуралиевич — врач, сердечно-сосудистый хирург? Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

### Information about the authors

Renat N. Botashev — doctor, cardiovascular surgeon, Karachay-Cherkess Republican Clinical Hospital