

ЦВЕТКОВ В.О., КОЛОВАНОВА О.В., АСРИЕВ Е.А.

СЛОЖНЫЕ И НЕТИПИЧНЫЕ ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

*Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова департамента
здравоохранения г. Москва, университетская клиника ран и раневой инфекции,
г. Москва*

*Первый Московский государственный медицинский университет им.
И.М. Сеченова, кафедра хирургии института послевузовского образования, г.
Москва*

TSVETKOV V.O., KOLOVANOVA O.V., ASRIEV E.A. DIFFICULT-TO-TREAT AND ATYPICAL TROPHIC ULCERS APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

*City clinical hospital named after V.V. Vinogradov of the Moscow city health
department, university clinic of wounds and wound infection, Moscow
First Moscow state medical university named after I.M. Sechenov, department
of surgery of the institute of postgraduate education, Moscow*

Резюме. В докладе представлен алгоритм обследования пациентов с нетипичными и резистентными к лечению трофическими язвами нижних конечностей. Предлагаемый подход позволяет систематизировать диагностический поиск и, таким образом, улучшить результаты лечения данной группы пациентов. При невозможности установить основной диагноз аккуратная хирургическая обработка с использованием дополнительных методов воздействия на рану, а также применение современных биodeградируемых покрытий остаются единственными способами решения проблемы.

Ключевые слова: трофическая язва, язвенно-некротический васкулит, гангренозная пиодермия, язва Мортарелли, узловатая эритема.

Resume. We present an approach to diagnosis and treatment of non-typical and difficult-to treat leg ulcers. Sequential excepting the most probable reasons of non-healing skin defects allows do determine the origin of the disease. When the investigation remains unsuccessful, precious local treatment with accurate debridement and use of modern biodegradable chitosan-based vulnerary is the only way to solve this problem.

Keywords: trophic ulcer, ulcerative-necrotic vasculitis, gangrenous pyoderma, Mortarelli ulcer, nodular erythema.

Актуальность. Среди пациентов с длительно незаживающими язвам нижних конечностей большую часть составляют больные с хронической артериальной недостаточностью, лимфовенозной недостаточностью и дистальной нейропатией. Однако примерно один из десяти клинических случаев не укладываются в эти рамки, требуя глубокого диагностического поиска. Традиционно пациенты с трофическими язвами находятся под наблюдением

хирурга, однако зачастую трофические язвы являются первым и единственным симптомом системного заболевания, что требует командного подхода с участием врачей различных специальностей.

Цель исследования. На основании анализа обширного клинического опыта предложить алгоритм диагностики «нетипичных» и «сложных» трофических язв.

Материалы и методы исследования. Предложенный алгоритм обследования и лечения пациентов предполагает последовательное исключение наиболее вероятных причин образования язвенных дефектов и нарушения заживления и, по возможности, купирование выявленных патогенетических факторов. При невозможности выявить и устранить причину язвообразования ведущую роль в лечении играет местное лечение, включающее прецизионную некрэктомию и хирургическую обработку, использование дополнительных физических методов воздействия на рану, местное медикаментозное лечение на основе современных биodeградируемых раневых покрытий.

Результаты и их обсуждение. Учитывая сложность и зачастую многокомпонентность патогенеза трофических язв нижних конечностей разработка полноценной этиологической классификации не представляется возможной, так как одни и те же случаи могут быть правомерно отнесены к различным группам. С учетом этого предлагаемый клинический подход заключается в последовательном выявлении и, при возможности, купировании наиболее вероятных причин заболевания.

1. Оценка магистрального артериального кровотока – Ультразвуковое ангиосканирование, рентгенконтрастная ангиография. При наличии гемодинамически значимого нарушения проходимости – ангиохирургическое либо эндоваскулярное реваскуляризирующее вмешательство.

2. Оценка нарушений флебогемодинамики конечности по данным доплерографии вен. При наличии признаков клапанной недостаточности, варикозной трансформации либо тромбоза глубоких вен – компрессионная терапия, назначение флеботропных препаратов, определение показаний к хирургической или малоинвазивной коррекции венозного оттока.

3. Оценка вегетативной, двигательной и сенсорной иннервации конечности. При выявлении нарушений – углубленное неврологическое обследование и патогенетическое лечение.

4. Углубленное кардиологическое обследование пациентов – мониторинг артериального давления, выявление и купирование хронической недостаточности кровообращения.

5. Оценка состояния окружающих тканей для исключения трофической язвы рубца при длительном заживлении ран после травм, ожогов, лучевой терапии и т.п.

6. При отсутствии выявленных нарушений выполняем гистологическое исследование кожи из края язвы для выявления признаков кожного васкулита, гранулематозного воспаления, гангренозной пиодермии либо малигнизации.

7. Параллельно производим скрининг для исключения наиболее вероятных нозологических форм, манифестирующих как васкулит. Обследование данной группы пациентов включает общий анализ крови с определением белков острой фазы, выявление ANCA-антигена, криоглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов, антител к фосфолипидам, комплекс тестов для диагностики системной красной волчанки, углубленный онкологический скрининг, обследование пациента на ВИЧ, гепатиты В и С.

8. Бактериологическое исследование отделяемого из раны, цитологическое исследование мазка-отпечатка, серологические исследования на стрептококковую и грибковую инфекцию, сифилис; туберкулез; специфические инфекционные болезни тропических широт, паразитарные заболевания.

При выявлении основного заболевания успех лечения полностью зависит от возможностей этиотропной терапии. Однако, у значительного числа пациентов тщательное всестороннее обследование не позволяет выявить причину трофической язвы. В этих случаях на первый план выходит местное лечение, заключающееся в аккуратной некрэктомии и хирургической обработке раны, применении дополнительных физических методов воздействия на раневой процесс и тщательном подборе препаратов для местного медикаментозного лечения.

В докладе представлены клинические наблюдения проблемных и нетипичных трофических язв, обсуждаются вопросы хирургического и местного медикаментозного лечения с использованием современных биodeградируемых раневых покрытий на основе хитозан-коллагенового комплекса.

Выводы. Предлагаемый алгоритм позволяет систематизировать решение сложнейшей проблемы – дифференциальной диагностики длительно незаживающих язвенных дефектов.

Прогноз лечения трофической язвы напрямую зависит от выявления ее этиологии и возможности купирования основного заболевания.

Местное лечение трофической язвы с применением рациональной хирургической обработки, дополнительных методов воздействия на рану и современных раневых покрытий позволяет улучшить прогноз течения раневого процесса даже в самых сложных случаях.

Список литературы

1. Hess C.T. Checklist for Differential Diagnosis of Lower-extremity Ulcers. *Advances in Skin and Wound Care*. 23(10): 480.
2. Оболенский В.Н., Родоман Г.В., Никитин В.Г. и др. Трофические язвы нижних конечностей – обзор проблемы. *РМЖ*. 2009; 25:1647.
3. Солнцев В.В. Современные аспекты лечения ангиитов кожи (обзор литературы // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2004 - № 3.:8-13.
4. Захарова Е.В. ANCA–ассоциированные и криоглобулинемические васкулиты – диагностика и лечение (обзор литературы) – 2006.
5. Roger H. Skin Ulcers Misdiagnosed as Pyoderma Gangrenosum. *N Engl J Med* 2002.

6. Бежин И.А., Липатов В.А., Цветков В.О, и др. Инновационные биологически активные ранозаживляющие средства на основе хитозана и коллагена. Курск. 2023:150.