

Клинический случай: комплексное лечение обширной трофической язвы при варикозной болезни нижней конечности с применением лизата тромбоцитов в аутологичной плазме.

Научный руководитель – Нимаев Вадим Валерьевич

Исаева Татьяна Николаевна

Аспирант

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет,

Новосибирск, Россия

E-mail: phmshonok@mail.ru

Варикозная болезнь нижних конечностей страдает от 20 до 50% населения. До 70% всех трофических язв развиваются на фоне прогрессирующей венозной недостаточности.

Пациентка ОТН, 61 год, поступила в хирургическое отделение клиники НИИКЭЛ в ноябре 2016г с жалобами на обширную трофическую язву правой голени, боли в области дефекта, обильное промокание повязок.

При сборе анамнеза выяснено, что наличие варикозно измененных вен отмечает с 1981г (появление связывает с родами). Точечная трофическая язва нижней трети голени впервые возникла в 1997г. Лечилась амбулаторно, язва периодически заживала и рецидивировала. В 2010 году увеличилась до 6 см в диаметре. В 2011г на фоне наличия открытой раны перенесла рожистое воспаление, размер дефекта увеличился. С 2014г отметила появление отечности голеней в вечернее время после ортостатических нагрузок. В октябре 2015г проведена кожная пластика, лоскут прижился, в отдаленном периоде язва диаметром до 3 см. С апреля 2016г постепенный рост размеров дефекта до 25*18 см, увеличение объема раневого отделяемого, присоединился болевой синдром.

При осмотре по медиальной и задней поверхности нижней и средней трети правой голени трофическая язва размером 25*18 см, глубиной до 2,5 см, поверхность бугристая, выполнена вялыми грануляциями с наложениями фибрина, края неровные. Обильное серозное отделяемое, кожа по периметру мацерирована раневым отделяемым. По задней поверхности обеих голеней визуализируются варикозно измененные вены. Стопы пастозны.

На основании анамнеза, данных осмотра и УЗИ вен нижних конечностей поставлен диагноз: Варикозная болезнь нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность С6 справа, С3 слева. Из сопутствующей патологии отмечено: Ожирение I степени (ИМТ=33 кг/м²), алиментарно-конституциональное. Гипертоническая болезнь II, АГ2, риск 2.

Проведены сосудисто-метаболическая, ангиотропная, антибактериальная терапия, перевязки с растворами антисептиков, обработкой поврежденной кожи вокруг дефекта, использование сорбционных повязок, эластичное бинтование. Дополнительно к традиционной схеме ведения язв и сопутствующей патологии после очищения раневой поверхности и выполнения ее грануляциями дважды с интервалом в 5 дней введено по 4 мл аутологичной плазмы, обогащенной лизатом тромбоцитов (АПОЛТ) параульцерозно.

В лаборатории клеточных технологий в условиях стерильного бокса АПОЛТ получали в два этапа:

1. Аутологичную плазму из периферической крови осаждали в течение 6 мин при 3800 об/мин на центрифуге (EBA20, Hettich, Германия) в пробирках (PlasmoliftingTM), содержащих натрия гепарин со специализированным тиксотропным гелем. Количество тромбоцитов подсчитывалось и клетки концентрировались в 1 мл плазмы.

2. Лизат тромбоцитов получали после 2 циклов замораживания в жидком азоте и размораживания в воде с температурой 37°C, фильтрация через фильтры с диаметром пор 0,2 мкм для удаления фрагментов разрушенной мембраны тромбоцитов. Полученный лизат добавляли к аутологичной плазме. Половину АПОЛТ замораживали и хранили при -700С до повторного применения.

После достижения стойкой положительной динамики раневого процесса (активная грануляционная ткань по большей площади, краевая эпителизация до 2 см по периметру, минимальное количество раневого отделяемого) пациентка выписана с рекомендациями на амбулаторный этап.

В январе 2017г госпитализирована повторно, на ровной раневой поверхности проведена аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Следующим этапом в апреле 2018 после значительного уменьшения площади трофической язвы выполнена подкожная комбинированная флебэктомия справа. В январе 2019 повторно проведены процедуры обкалывания краев язвенного дефекта лизатом тромбоцитов в аутологичной плазме, аутодермопластика. На данный момент дефект полностью эпителизовался.

Показано, что сочетание традиционного лечения с параульцерозным введением АПОЛТ привело к ускорению заживлению обширного язвенного дефекта. Данный метод безопасен и эффективен при лечении пациентов с длительносуществующими резистентными к стандартным подходам язвами.

Иллюстрации



Рис. 1. Динамика раневого процесса