

© Коллектив авторов, 2003.

**В.Княжев, Г.Маринов\*, Д.Големанов**  
**ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**  
**(Martorell's syndrome)**  
**НОВАЯ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ**

*Клиника по сосудистой хирургии – МБАЛ “Св.Анна”,  
Кафедра по анатомии, гистологии и эмбриологии\*, М У- Варна  
Болгария*

**Аннотация:** В клинике были оперированы 26 больных, из которых 21 женщина, с почти непрерывными болями в области язвы по передне-латеральной поверхности нижней трети голени. Средний возраст пациентов 55,3 лет, все страдали гипертонической болезнью в продолжении 10 – 22 лет. Анамнестически и клинически ни у одного из больных не была выявлена хроническая венозная или артериальная недостаточность нижних конечностей, обменные нарушения или лимфатические отеки. Двум пациентам в прошлом были произведены кожные пластики язвы с неудачным исходом. Допплеровское ультразвуковое исследование произведенное периульцерозно по всей окружности язвы, показало наличие высокоамплитудной артериальной систолы в точках, локализация которых не соответствовала проекции периферических артериальных магистралей. Гистологические исследования периульцерозного материала, выявило преобладание эндартериальной пролиферации и субэндотелиального гиалиноза на фоне извитых, гипертрофических артериол, расположенных преимущественно в субдермальном слое.

Предложенный нами метод представлял глубокие чрезкожные прошивания по всей окружности язвы в зоне выявленных посредством УЗД точек с высокостепенной артериальной систолой. Уже в раннем послеоперационном периоде отмечалось существенное уменьшение болей.

Время полного заживления ран зависело от размеров язв и было достигнуто у 100% больных. В отдаленном периоде от 2 до 10 лет не было отмечено ни одного случая рецидива.

**Ключевые слова:** Синдром Марторелла, новая техника операции.

Лечение трофических язв нижних конечностей остается актуальной проблемой в связи с исключительной их распространенностью. Так в США ежегодно от 300000 до 4500000 пациентов с язвами конечностей обращаются за квалифицированной медицинской помощью. Классификации трофических язв многообразны и нередко весьма сложны, что не благоприятствует их дифференциальному диагнозу. Чаще всего встречаются так называемые “венозные” язвы при хронической венозной недостаточности и “артериальные” при ишемии нижних конечностей. В 1945 г. Martorell описал язву в области голени на фоне гипертонической болезни при наличии пульсаций периферических артерий.

**Материал и метод**

С 1992 года в клинике лечились 26 больных, 21 из которых женщины с язвами, локализующимися по передне-латеральной поверхности нижней трети голени. Все больные в продолжение 10-22 лет страдали гипертонической болезнью.

У 14 пациентов язвы появились в последние 6 лет, у 7 существовали около 4 лет, а у пяти остальных 6-8 мес. В 14 случаях был установлен провоцирующий фактор – местная травма, у остальных язва образовалась без видимого повода. Ни у одного из больных в анамнезе и клинически не были установлены данные о хронической венозной или артериальной недостаточности, обменных нарушениях или лимфатического отека конечностей.

Размеры язв варьировали от 1x2 до 5x7 см, с различной глубиной и степенью участия в процессе подлежащих тканей, но с постоянной локализацией на внешней поверхности голени (Фиг.1). Дно язв во всех случаях было покрыто плотным, трудно и болезненно устранимым слоем, напоминающим фибриновый налет. В зоне самой язвы, периульцерозно, отмечался локальный отек, перифокальная пигментация с отдельными островками грануляций. Почти непрерывные боли в области язвы, не зависящие от позиции конечности, наблюдались у 23 больных, несмотря на предшествующее лечение ангиопротекторами, сосудорасширяющими средствами, внутриартериальной перманентной инфузией озоном, простагландиновыми медикаментами и т.д. Двум пациентам несколько месяцев ранее была произведена кожная пластика язв, закончившаяся неудачей.

Всем больным независимо от наличия пульсаций периферических артерий было выполнено ультразвуковое доплеровское исследование, причем ни в одном из случаев не удалось обнаружить отклонения от нормальных показателей, при среднем тиббио-брахиальном индексе 1,19.

То же исследование мы предприняли по окружности каждой язвы. Во всех случаях удалось установить наличие от 3 до 7 точек с высокоамплитудной региональной систолой /Фиг.2/, причем их локализация не соответствовала проекции периферических артериальных магистралей.

Морфологические исследования периульцерозного материала, предпринятые нами у 6 больных еще в 1993 г [1] выявило преобладание эндоартериальной пролиферации и субэндотелиального гиалиноза на фоне извитых, гипертрофических артериол, расположенных преимущественно в субдермальном слое.

Таким образом, нам удалось установить, что в зоне гипертонической язвы существует не область артериальной ишемии, а напротив, повышенная артериальная перфузия сосудов кожи и подлежащих супрафасциальных слоев. Эти данные позволили нам предложить коренно различный, от всех описанных до сих пор, хирургический метод лечения, который мы всегда стремились осуществлять на фоне стабилизации общего кровяного давления.

Техника операции сводилась к глубокому чрезкожному прошиванию тканей толстой нейлоновой или шелковой нитью на накожном тампоне по всей окружности язвы (Фиг.3), прежде всего в отмеченных предварительно точках локальной артериальной гиперперфузии. В послеоперационном периоде в зависимости от степени загрязненности ран ежедневно или на 3-4 дня производилась их санация. Лигатуру снимали на 10-12 день в амбулаторном порядке и продолжали местное воздействие на язвы кремами с некролитическим и ускоряющим репарацию ран действием (Actovegin kreme 5%, Trucsol ung.).

### Результаты и обсуждение

Уже в первые дни после операции наблюдалось существенное уменьшение болей в области язв. Язвы небольшого размера закрывались в течение двух-трех недель (Фиг.4). Эпителизация значительных по площади и глубоких требовала более продолжительного времени – от 6 до 10 недель (Фиг.5). В отдаленном послеоперационном периоде до 10 лет на фоне проводившейся антигипертонической терапии не было отмечено ни одного рецидива (Фиг. 6). У одной больной два года после операции на 5-6 см вблизи закрывшейся язвы появилась новая, которая была вылечена аналогичным образом.

Первое описание заболевания появилось в 1945 г, когда F.Martorell [2] сообщил о 4 больных со злокачественной гипертонической болезнью, у которых на нетипичных местах голе-

ни появились незаживающиеся раны кожи. Это позволило автору предложить тезис о наличии новой самостоятельной нозологической единицы. В следующие годы появились публикации, как подтверждающие наблюдения Martorell-a [3, 4], так и отрицающие специфический генезис синдрома [5]. Существенным в этих публикациях был факт неудовлетворительного терапевтического эффекта от конвенционального лечения и частого рецидивирования заболевания. [6, 7]. Большинство авторов использовали для лечения так называемые поверхностно-активные субстанции, включающие эпителизирующие кремы, физиотерапию, ангиопротекторы, региональные блокады анестетиками [8]. Поскольку указанные методы, включительно и кожные пластики [9], не являются патогенетически обоснованными, эффект от их использования обычно непродолжительный, несмотря на значительные усилия, вложенные средства и время.

Предложенный нами метод хирургического лечения гипертонической язвы направлен не на улучшение, а на редукцию артериального кровотока в области язвы. С технической стороны способ исключительно прост, доступен и не требует существенных материальных затрат. Анализ послеоперационных данных подтвердил многолетние положительные результаты описанного нами метода.

### Литература

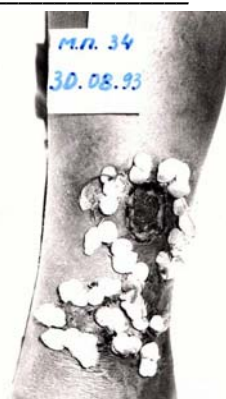
1. Княжев В., Друмева П., Маринов Г., Големанов Д., Рабанова К., Хрелев Св. Синдром на Martorell – терапевтични възможности. Първи Нац. Конгрес по ангиология и съдова хирургия, София, 29-30.10. 1993, Abstract, p.14.
2. Martorell F. Las ulcers supramalleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas. Actas del Instituto Policlinico de Barcelona. 1945;1:6-9.
3. Duncan HJ, Faris IB. Martorell's hypertensive ischemic leg ulcers are secondary to an increase in the local vascular resistance. J Vasc Surg 1985 Jul;2(4):581-4
4. Graves JW, Morris JC, Sheps SG. Martorell's hypertensive leg ulcer: case report and cosive review of the literature. J Hum Hypertens 2001, apr; 15/4/:279-83.
5. Leu HJ. Hypertensive ischemic leg ulcer (Martorell's ulcer): a specific disease entity? Int Angiol, 1992, Apr-Jun;11(2):132-6.
6. Henderson C.A., Highet AS, Lane SA, Hall R. Arterial hypertension causing leg ulcers. Clin Exp Dermatol, 1995, Mar; 20/2/:107-14.
7. Trabattoni P, Gerloni A. The Martorell ischemic hypertensive leg ulcer. Minerva Med. 1977, Jan 7; 68/1/:37-40.
8. Gohil P, Young JR, Clarke TH. Hypertensive ischemic ulcers of the leg. J Am Podiatry Assoc, 1981, Jul;71(7):363-7.
9. Rude T, Bunkis J, Walton RL. Hypertensive leg ulcers. J Foot Surg. 1983, Summer; 22/2/:134-8.



Фиг. 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.



Фиг. 4.



Фиг. 5.



Фиг. 6.

**V Knyazhev, M. Marinov\*, D. Golemanov**  
**MARTORELL'S HYPERTENSIVE**  
**LEG ULCER**

**A NEW OPERATIVE TECHNIQUE**

*Vascular Surgery Clinic, Department of Anatomy,  
Histology and Embriology\*  
Varna, Bulgaria*

Described are the symptoms, clinical course and treatment methods in 26 patients with the so called hypertonic ulcer, reported firstly by Martorell in 1945.

Our first trials of ulcer excisions, their dermal plastics, selective permanent infusions of vasoprotective drugs and other activities ended with complete failure.

The ultrasound doppler examination close to the edge of the whole ulcer circumference showed in all cases the presence of several or more points

of high-amplitude arterial systola with no detection of main peripheral arteries in that area.

The performed in 6 cases histological analysis of the periulcerous tissues confirmed the presence of many pathologically elongated, hypertrophic, thick-walled arterioles, located in the dermo-epidermal stratum.

In all cases /26 patients/ we put thick wab ligatures deeply in the skin around the whole circumference of the ulcer for a period of 15-20 days. The pain decreased in the first several postoperative days. The complete ulcer healing depended on their size but it was achieved in 100 per cent of the cases.

On the background of antihypertensive therapy we didn't register any recurrence for a period of 10 years.

**Key words:** hypertensive leg ulcer, new operative method

**Княжев Виктор Владимиров** - Профессор, Руководитель Клиники по сосудистой хирургии МБАЛ "Св.Анна", Медицинский Университет Варна, Болгария **Correspondence:** [knyaz@mail.bg](mailto:knyaz@mail.bg)