

УДК 616.718-002.44

© М.В. Аралова, А.А. Глухов,

## Клинический случай лечения пациентки с язвой Марторелла

М.В. АРАЛОВА<sup>2</sup>, А.А. ГЛУХОВ<sup>1</sup>Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д. 10, Воронеж, 394036, Российская Федерация<sup>1</sup>Воронежская областная клиническая больница №1, Московский пр-т, д. 151, Воронеж, 394068, Российская Федерация<sup>2</sup>

**Актуальность** «Гипертоническая ишемическая язва» впервые описана испанским кардиологом Мартореллом у пациенток старшей возрастной группы с тяжелой артериальной гипертонией. Синдром Марторелла большинству практических врачей малоизвестен, так как в «чистом» виде, как его описывал автор, встречается редко. Провоцирующими моментами могут послужить расчесы, травма или другие причины, которые больной не всегда может восстановить в своей памяти. Начало заболевания характеризуется появлением папулы или области красно-синюшного цвета, с незначительной болезненностью, переходящих в изъязвления. Язвы Марторелла неглубокие, с вялой грануляцией и скудным отделяемым, развиваются очень медленно. Главная отличительная черта этих язв - постоянные мучительные боли. Пациентам ставят традиционно диагноз "трофическая язва". В основе диагноза «язва Марторелла» лежат следующие критерии: наличие тяжелой формы гипертонической болезни и стойкий постоянный болевой синдром в язве, а также данные гистологического исследования, во время которого находят явления эндоартериальной пролиферации и субэндотелиального гиалиноза.

**Цель исследования** Описание случая лечения пациентки с язвой Марторелла.

**Материалы и методы** Представлена пациентка с тяжелой формой гипертонической болезни и наличием язвы на левой голени. В ходе обследования поставлен диагноз - трофическая язва левой голени (синдром Марторелла). ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2-3. Кардиосклероз диффузный. Гипертоническая болезнь, ст. III, риск ССО 4. H2A. В процессе лечения проводилась коррекция артериального давления, реологическая, ангиотропная, антибактериальная терапия, местное лечение раны, физиолечение. В результате за 3 недели удалось достичь полной эпителизации трофической язвы.

**Выводы** В основе положительного результата лечения пациентки с язвой Марторелла лежит правильная диагностика основного заболевания и последующая комплексная терапия, включающая нормализацию артериального давления, ангиопротекторы, современные перевязочные средства.

**Ключевые слова** Трофическая язва, синдром Марторелла

## Clinical Case of Treatment of the Patient with Martorell's Ulcer

M.V. ARALOVA<sup>2</sup>, A.A. GLUKHOV<sup>1</sup>N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, 10 Studencheskaia Str., Voronezh, 394036, Russian Federation<sup>1</sup>Voronezh State Regional Clinical Hospital, 151 Moskovskii Ave., Voronezh, 394036, Russian Federation<sup>2</sup>

**Relevance** "Hypertensive ischemic ulcer" was first described by the Spanish cardiologist Martorell in patients older age group with severe hypertension. Martorell syndrome is not well known to most practitioners, as "pure" form, as described by the author, is rare. Provoking moments can serve as scratching, trauma or other reasons, that the patient is not always able to recover his memory. Onset of the disease is characterized by the appearance of papules or area of red-bluish color, with a slight soreness, passing in expressions. Martorell shallow ulcers with granulation sluggish and scanty discharge, developing very slowly. The main distinguishing feature of these ulcers - constant excruciating pain. Patients put traditionally diagnosed "trophic ulcer". The basis of the diagnosis "Martorell ulcer" based on the following criteria: the presence of severe hypertension and stable constant pain in the ulcer, as well as the data of histological examination, during which the phenomena are endoarterialnoy proliferation and subendothelialhyalinosis

**The purpose of the study** Description of a case of treatment of the patient with an ulcer Martorell.

**Materials and methods** The patient presented with severe hypertension and the presence of ulcers on the left lower leg. In a survey of the diagnosis - a trophic ulcer of the left shin syndrome (Martorell). Coronary artery disease, angina, FC 2-3. Cardiosclerosis diffuse. Hypertension, Art. III, the risk of MTR 4. H2A. In the treatment of the correction of blood pressure, rheological, angiotropnaya, antibiotic therapy, topical treatment of wounds, physiotherapy. As a result, 3 weeks achieved complete epithelialization of trophic ulcers.

**Conclusion** The basis of a positive result of treating a patient with an ulcer Martorell is the correct diagnosis of the underlying disease and the subsequent complex therapy, including normalization of blood pressure, angioprotektory modern dressings.

**Key words** Trophic ulcers, Martorell's syndrome

«Гипертоническая ишемическая язва» впервые описана испанским кардиологом Мартореллем у пациенток с тяжелой артериальной гипертонией. Чаще возникает у женской части населения старшей возрастной группы (после 40 лет). Начало заболевания характеризуется появлением папулы или области красно-синюшного цвета, с незначительной болезненностью. При развитии болезни они переходят в изъязвления. Провоцирующими моментами могут послужить расчесы, травма или другие причины, которые больной не всегда может восстановить в своей памяти. Изъязвление часто симметричное. Гипертонические язвы неглубокие с вялой грануляцией и скудным отделяемым, развиваются очень медленно, сопровождаются постоянными мучительными болями. Описаны случаи малигнизации язвы. При отсутствии адекватного лечения размер язв прогрессивно увеличивается. Часто присоединяется раневая инфекция. Синдром Марторелла в «чистом» виде, как его описывал автор, встречается редко и большинству практических врачей малоизвестен, пациентам ставят традиционно диагноз "трофическая язва" [2,4]. Кроме того, больные могут иметь и сопутствующую патологию - варикозное расширение вен, облитерирующий атеросклероз, сахарный диабет, избыточный вес и т.д. При этом диагностика и лечение артериальных язв еще более затруднительны [3]. В основе диагноза гипертонических язв должны лежать следующие критерии: 1) тяжелая форма гипертонической болезни с изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы или других органов; 2) болевой синдром не соответствует патологическим изменениям в сосудах, обнаруженных при дуплексном обследовании. Иногда при доплерографии удается выявить характерные артерио-венозные систолические шумы, что подтверждает смешанный (артериально-венозный) характер язвы. Клиническая



Рис. 1. Вид трофической язвы при поступлении.

картина болезни должна быть подтверждена данными гистологического исследования, во время которого находят явления эндоартериальной пролиферации и субэндотелиального гиалиноза [1,3].

*Представляем клинический случай лечения пациентки с язвой Марторелла*

Пациентка 64 лет, обратилась в БУЗ ВО ВОКБ №1 с жалобами на наличие в средней трети левой голени длительно незаживающей раны, резко болезненной, особенно при смене повязки и ходьбе, боли вызывают бессонницу.

Язва существует около 7 месяцев. Образование раны связывает с укусом насекомого, на месте которого появилось красное пятно, затем кожа почернела, появилось изъязвление. Лечилась амбулаторно в поликлинике по месту жительства, прошла курс лечения в хирургическом отделении районной больницы по месту жительства. Состояние без улучшения, язва не изменилась в размере, стала резко болезненна. Направлена на консультацию и лечение в областную клиническую больницу №1.

В анамнезе – ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2-3, гипертоническая болезнь злокачественного течения более 10 лет, АД колеблется от 150 до 240 мм рт.ст.

Общее состояние ближе к удовлетворительному. Температура вечером 37,2°C. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Гемодинамика стабильная; АД 180/90 мм.рт.ст.; пульс 86 уд. в 1 мин. Сердечные тоны: ритмичные; приглушены. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости – без особенностей.

Status localis: на границе нижней и средней трети по наружной поверхности левой голени имеются 2 трофические язвы, размером 3\*2 и 1\*0,8 см, глубиной 0,2-0,5 см. Дно язвы с участками некроза, покрыто фибрином, грануляции вялые, отделяемое скудное (рис. 1).

Данные дополнительных обследований.

Общий анализ крови: гемоглобин –9,6, эритроциты –3,5, лейкоциты –7,0, тромбоциты - 246, СОЭ - 31.

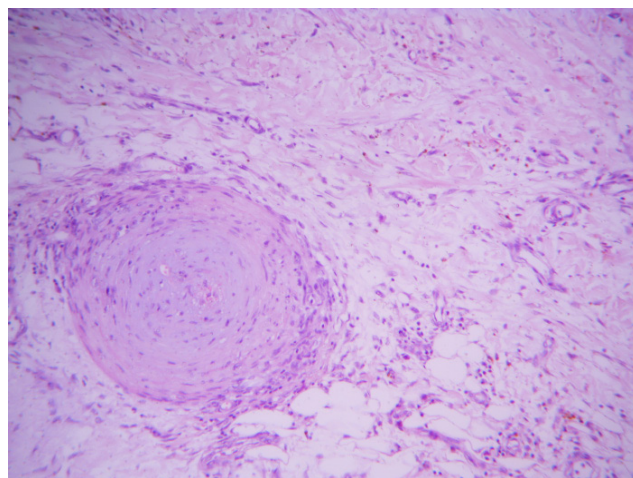


Рис. 2. Микропрепарат. Увеличение 100. Окраска гематоксилин-эозином. Практически полное исчезновение просвета сосуда.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0, общий билирубин - 10, общий белок - 71, АСАТ - 19, АЛАТ - 24, амилаза – 34, креатинин - 87.

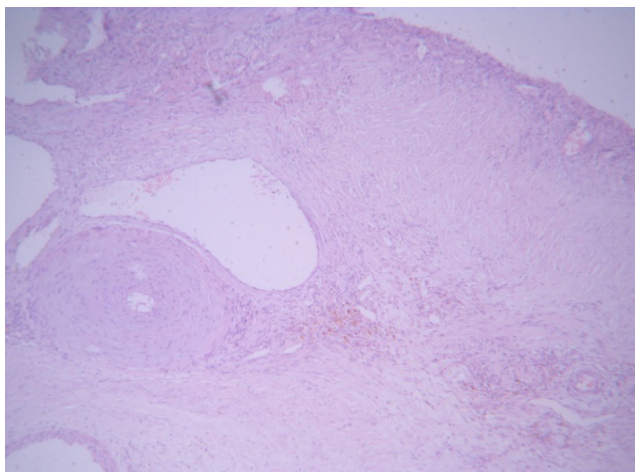
Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, реакция кислая, плотность 1017, белок – 0,033, немного плоского эпителия, лейкоциты – 40-45, эритроциты неизмененные 0-1, кристаллы мочевой кислоты.

УЗДГ артерий нижних конечностей, заключение: снижение эластичности сосудистой стенки. Гемодинамически значимых изменений сосудов не момент осмотра не выявлено.

Ультразвуковое ангиосканирование с доплерографией и цветным картированием кровотока обеих нижних конечностей: данных за тромбоз и клапанную недостаточность нет.

При бактериологическом исследовании выделены микроорганизмы –Staphylococcus aureus 10<sup>8</sup>.

Произведена биопсия из края язвы. Данные гистологического исследования: явления эндоартериальной пролиферации и субэндотелиального гиалиноза сосудов.



ноза с практически полным исчезновением просвета сосудов, рис. 2-4.

Установлен диагноз: трофическая язва левой голени (синдром Марторелла). ИБС, стенокардия напряжения, ФК 2-3. Кардиосклероз диффузный. Гипертоническая болезнь, ст. III, риск ССО 4. Н2А.

В процессе лечения проводилась коррекция артериального давления, реологическая, ангиотропная, антибактериальная терапия, местное лечение раны, физиолечение.

Пациентке подобрана гипотензивная терапия – ингибиторы АПФ (Нолипрел А бифорте), β-блокаторы (Конкор), также она принимала кардиомагнил, сулодексид, ципрофлоксацин, кеторол.

В локальной терапии трофической язвы на разных стадиях применялись альгинатные, гидроколлоидные, сетчатые раневые покрытия. Рана промывалась раствором Пронтосан, применялась мазь Офломелид.

В результате комплексной терапии уже через несколько дней АД держалось на уровне 140-150 мм.рт.

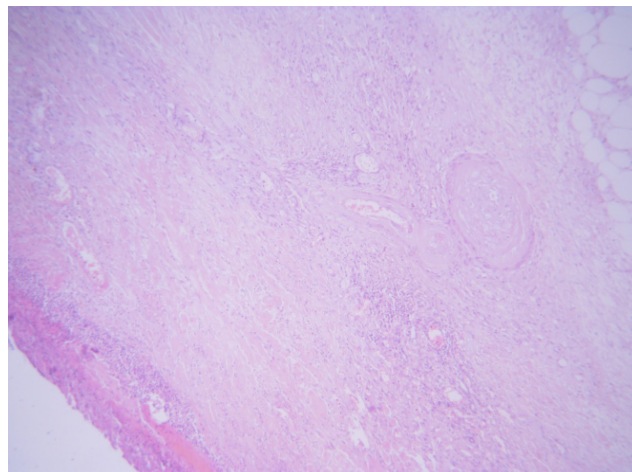


Рис. 3, 4. Микропрепарат. Увеличение 50. Окраска гематоксилин-эозином. Эндоартериальная пролиферация и субэндотелиальный гиалиноз сосудов.



Рис. 5. Вид раны через 10 дней после начала лечения. Рана очистилась, дно раны с активными грануляциями, краевая эпителизация. Площадь раны уменьшилась в 2 раза.



Рис. 6. Область раны через 20 дней после начала терапии. Поверхность язвы полностью эпителизовалась.

ст., необходимость приема обезболивающих препаратов отпала через 8 дней, за 3 недели удалось достичь полной эпителизации трофической язвы. Пациентке рекомендовано продолжить проводимую терапию.

При контроле через 6 месяцев дефектов кожи нет, умеренно выраженные рубцы.

### Выводы

1. Успешное лечение трофической язвы заключается в правильной диагностике основного заболевания.

### Список литературы

1. Кириченко А.И., Кошкина В.М., Богачева В.Ю. Амбулаторная ангиология. М: Литтера, 2007; 328.
2. Савельев В.С., Кириченко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство. 3 т., глава 25. М: ГЭОТАР-Медиа, 2008; I: 864.
3. Falanga V. The chronic wound: Failure to heal. In: Falanga V (ed). *Cutaneous Wound Healing*. London: Martin Dunitz Publishers, 2001: 155–164.
4. Hafner J., Ramelet A., Schmeller W. et al. Management of leg ulcers. *Curr. Probl. Dermatol. Basel*: Karger, 1999; 27: 4–7.

Поступила 12.09.2014

### Информация об авторах

1. Аралова Мария Валерьевна – к.м.н., зав. отделением амбулаторно-поликлинической хирургии Воронежской областной клинической больницы №1; E-mail: Mashaaralova@mail.ru;
2. Глухов Александр Анатольевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии, директор НИИ хирургической инфекции Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко. E-mail: surgery-v@yandex.ru.

2. Как правило, пациентам с синдромом Марторелла ставят диагноз "трофическая язва".

3. Только комплексная терапия, включающая нормализацию артериального давления, ангиопротекторы, современные перевязочные средства может привести к положительному результату лечения пациента с язвой Марторелла.

### References

1. Kirichenko A.I., Koshkina V.M., Bogacheva V.Iu. *Ambulatornaia angiologiya* [Outpatient Angiology]. Moscow: Littera, 2007; 328. – (In Russ.).
2. Savel'ev V.S., Kirienko A.I. *Klinicheskaiia khirurgiia: natsional'noe rukovodstvo* [Clinical Surgery: national leadership]. Moscow: GEOTAR Media, 2008; I: 864. – (In Russ.).
3. Falanga V. The chronic wound: Failure to heal. In: Falanga V (ed). *Cutaneous Wound Healing*. London: Martin Dunitz Publishers, 2001:155–64.
4. Hafner J., Ramelet A., Schmeller W. et al. Management of leg ulcers. *Curr. Probl. Dermatol. Basel*: Karger 1999; 27: 4–7.

Received 12.09.2014

### Information about the Authors

1. Aralova M. - Ph.D., Head. Department of outpatient surgery Voronezh Regional Clinical Hospital №1. E-mail: Mashaaralova@mail.ru;
2. Glukhov A. – MD, Prof., Corresponding Member of the RANH, Head of the Department of General Surgery, Director of the Institute of Surgical Infection of N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, Honored Inventor of the Russian Federation, Chairman of the Voronezh Branch of the Russian Society of Surgeons. E-mail: surgery-v@yandex.ru.