

УДК 616.14-007.64:616.5-002.44]-089

В.І. Русин, В.В. Корсак, Г.М. Діккер, Б.А. Митровка

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Ужгородський національний університет

У роботі представлено аналіз хірургічного лікування 107 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю. У передопераційній підготовці хворим проводили комплексне ультразвукове обстеження поверхневих та глибоких вен нижніх кінцівок та застосовували фармакотерапію з компресійним лікуванням за допомогою пов'язки Уна. Розпрацьовано комплекс хірургічних методів лікування хронічної венозної недостатності. Адекватно виконане хірургічне лікування з врахуванням стадії захворювання та патоморфологічних і анатомічних особливостей хвороби у більшості випадків сприяє покращенню трофіки шкіри та загоєнню трофічних виразок.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, хірургічне лікування, трофічні виразки.

Лікування венозних трофічних виразок являє собою складну хірургічну проблему, якою світова медицина займається не одну тисячу років [2, 4].

Цілком очевидно, що провідна роль у лікуванні трофічних виразок належить хірургічним методикам, тим не менш консервативна терапія залишається важливим методом у підготовці пацієнта до патогенетично обґрунтованого хірургічного втручання [1, 5].

У певної частини хворих, коли хірургічне лікування є протипоказаним або неможливим, консервативна терапія залишається єдиним та самостійним видом медичної допомоги [6].

Оптимальним варіантом хірургічного лікування є одночасне вирішення питання корекції венозного кровоплину та загоєння виразки.

Мета роботи – визначити черговість корекції венозного кровоплину та загоєння виразки у хворих з хронічною венозною недостатністю (ХВН) у стадії декомпенсації.

Матеріал та методи

На базі хірургічної клініки Закарпатської

обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака з 2006 року прооперовано 107 хворих з хронічною венозною недостатністю (С6) в стадії декомпенсації.

На основі комплексного ультразвукового обстеження з визначенням вертикального рефлюкса по глибоких та поверхневих венах нижніх кінцівок та горизонтального по перфорантних венах, хворі були розділені на дві групи. Першу групу склало 70 (65,4%) хворих з поверхневою, а другу – 37 (34,6%) хворих з глибокою формою венозної гіпертензії [3].

Величина трофічних виразок була більшою у хворих з глибокою формою венозної гіпертензії (табл. 1.).

У 56 (52,3%) хворих першої групи виконувалася ендоскопічна субфасціальна дисекція перфорантних вен у поєднанні з венектомією та склеротерапією у 41 (38,3%) хворого.

У 51 (47,7%) хворого (14 пацієнтів першої та 37 другої групи) виконували субфасціальну дисекцію перфорантних вен у класичному вигляді.

Усі 107 хворих на етапі доопераційної корекції венозного кровоплину лікувалися кон-

Розмір трофічних виразок гомілки в групах

Таблиця 1.

Діаметр трофічної виразки (см)	I група, n=70	II група, n=37
>2<5	44 (62,8%)	6 (16,2%)
>5<10	17 (24,3%)	14 (37,8%)
>10	9 (12,9%)	17 (45,9%)

Таблиця 2.

Зміни розмірів трофічної виразки під час лікування

Діаметр трофічної виразки (см)	I група, n=70		II група, n=37	
	Кількість днів	Кількість пов'язок Уна	Кількість днів	Кількість пов'язок Уна
>2<5	56±4,2 (n=44)	2	61±6,7 (n=6)	2-3
>5<10	72±9,1 (n=17)	3-4	78±11,2 (n=14)	4-5
>10	87±7,1 (n=9)	4-5	91±9,2 (n=17)	5

сервативно. З метою нормалізації флебогемодинаміки, функції венозної стінки та корекції порушень мікро- та макроциркуляції, реології, лімфообігу та запальних змін застосовували фармакотерапію та компресійне лікування за допомогою пов'язки Уна.

Результати та обговорення

У частини пацієнтів вдалося досягти загоєння трофічних виразок до операції (табл. 2).

При цьому повна епітелізація при виразках до 5 см була досягнута в обох групах. При виразках від 5 до 10 см повна епітелізація настала у 11 з 17 хворих протягом 72 днів у пацієнтів з поверхневою венозною гіпертензією. У хворих з глибокою формою венозної гіпертензії повна епітелізація виразки настала тільки у 7 (50%) пацієнтів. При трофічних виразках більше 10 см у діаметрі повна епітелізація відмічена тільки у одного хворого першої групи.

При повній епітелізації виразки корекція

горизонтального рефлюкса виконувалася методом субфасціальної перев'язки перфорантних вен (рис. 1).

Об'єм хірургічного втручання визначається ступенем важкості порушень гемодинаміки венозної системи кінцівки, ступенем та розмірами трофічних порушень шкіри гомілки та ступні. На наш погляд, судинний етап операції повинен включати флектомію ектазованих стовбурів поверхневих вен та різноманітні доступні способи субфасціальної дисекції перфорантних вен.

Хворі, у яких не відбулося повного загоєння трофічної виразки, оперовані в плановому порядку після очищення виразки і зменшення проявів дерматиту та екземи. Патологічні рефлюкси у цих пацієнтів були ліквідовані за допомогою малоінвазивних способів оперативного лікування (рис. 2.).

Стовбурову флектомію при незагоєних трофічних виразках виконуємо тільки на стег-

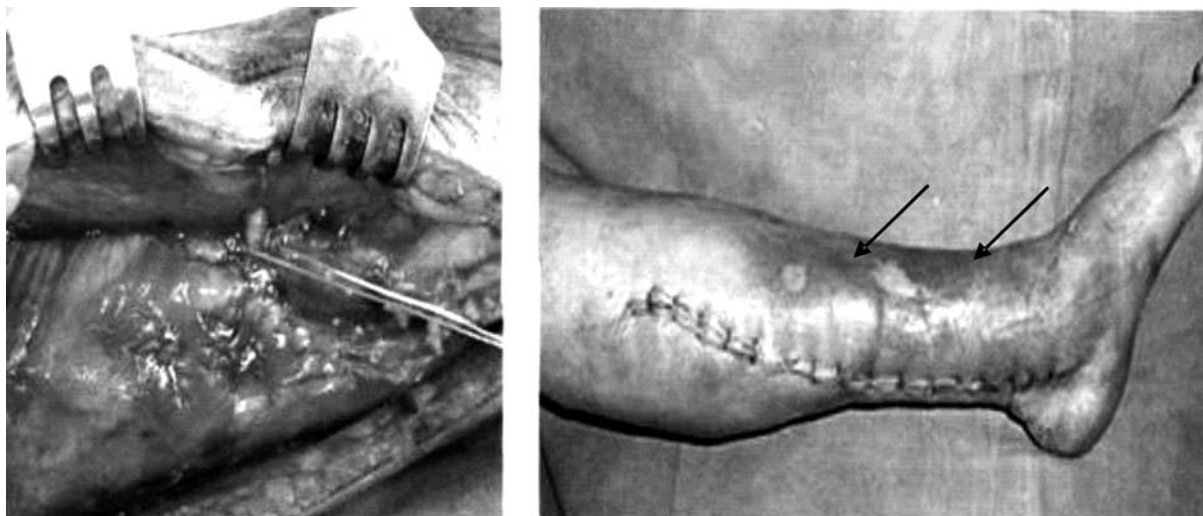


Рис. 1. Субфасціальна перев'язка перфорантної вени гомілки під час операції Лінтона. Операція Лінтона в умовах загоєної виразки у хворих з ХВН.

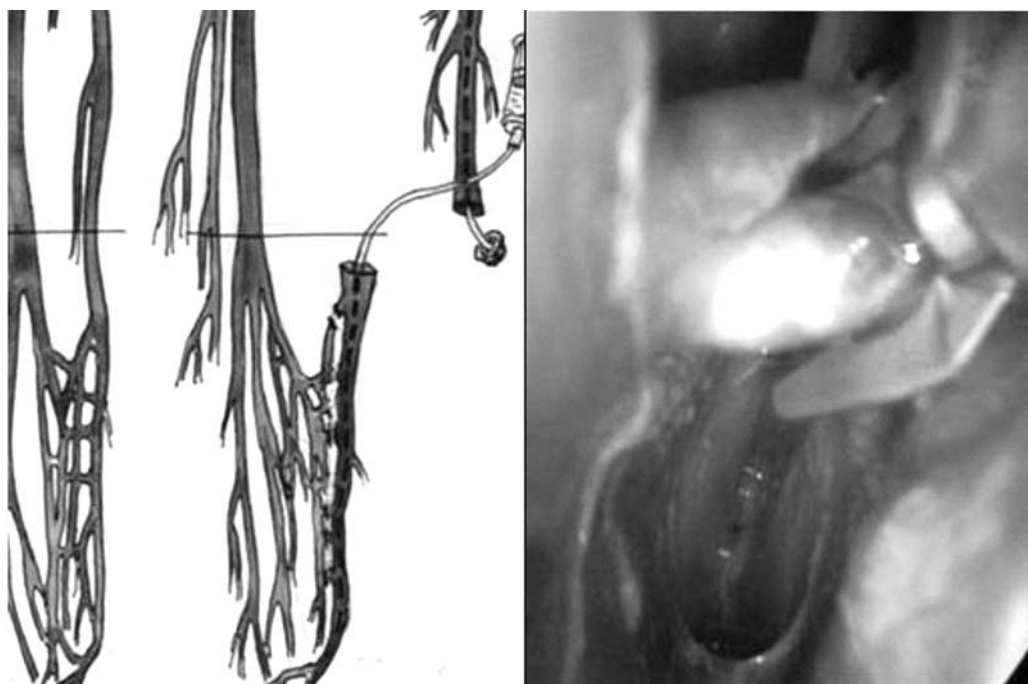


Рис. 2. Схема операції короткого стріпінгу на стегні та склероблітерації великої підшкірної вени на гомілці після ендоскопічного субфасціального кліпування перфорантних вен гомілки.

ні (короткий стріпінг). Венозний стовбур на гомілці блокується шляхом катетерної склеротерапії після ендоскопічної субфасціальної перев'язки перфорантів, чим досягається значне зниження венозної гіпертензії, що сприяє більш ефективному загоєнню виразки. На наш погляд, аутодермопластика в комплексному хірургічному лікуванні венозних виразок є одним із основних методів, тому що можливість загоєння великих виразок є практично

безперспективною, навіть при ліквідації патологічних вено-венозних рефлюксів.

Аутодермопластика можлива після підготовки виразкового дефекту, коли відсутні явища гострого індуративного целюліта, дерматита, мікробної екземи, при повному очищенні дефекту від мікробів, появи яскравих соковитих грануляцій та крайової епітелізації.

При аутодермопластиці виконують економне висічення країв і дна виразки, видаля-

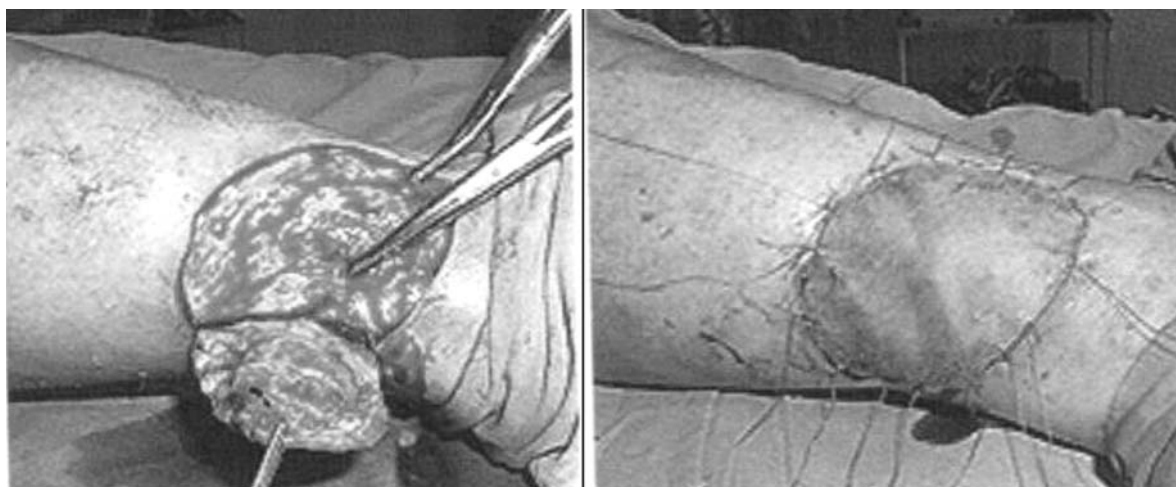


Рис. 3. Висічення країв і дна виразки в межах тканин з дифузною кровоточивістю. Аутодермопластика вільним клаптем

ють обсімінені мікробами грануляції до появи тканини з дифузною кровоточивістю (рис. 3.).

Шкірний неперфорований клапоть товщиною 0,4-0,5 см брали з внутрішньої або зовнішньої поверхні стегна, підшивали до країв дефекта із фіксацією атравматичною ниткою 5/0 над салфеткою, змоченою розчином бетадину та борної кислоти.

При сприятливому протіканні раньового процесу першу перев'язку робили на 5-7 добу, шви знімали на 10-12 добу під час другої перев'язки. Приживлення 80-100% площі трансплантату ми спостерігали у 86,5% хворих, 50-80% – у 6,3%, менше 50% або повний лізис у 5,2% хворих.

Найбільш часто повний лізис або відторгнення трансплантату спостерігали у хворих із післятромбофлебітичною хворобою при неліквідованій перфорантній недостатності. Видовий склад мікробної флори в ділянці рани не впливав на результат аутодермопластики.

Вільна аутодермопластика дозволила виписати із стаціонару до 79% хворих із загоєною виразкою та 15% з невеликими залишковими явищами виразкового дефекта, які потім загоїлися самостійно.

В оперативному лікуванні хронічних венозних виразок в літературі розрізняють три види хірургічних втручань [1]:

1. Операції на венозній системі нижніх кінцівок, направлені на патогенетичні механізми виразкоутворення
 - флебектомія або склерозування великої та/або малої підшкірних вен;
 - ендофасціальна перев'язка перфорантних вен одним із способів, або склерозування перфорантних вен;
 - втручання на глибоких венах: резекція задніх тібціальних вен, вальвулопластика та інші;
 - поєднання різних способів втручання.
2. Втручання безпосередньо на трофічній виразці
 - аутодермопластика;
 - висічення виразки при допомозі гострої дермотензії або дозованого розтягнення тканин;
 - різні види індійської, італійської пластики, філатовським стеблем, пересадки сальника, комплексу тканин на мікросудинному анастомозі.
3. Комбіновані втручання на венозній системі нижніх кінцівок і трофічній виразці.

У патогенезі виразкоутворення найсуттєвіша роль належить вено-венозним рефлюксам в системі глибоких, поверхневих або перфорантних вен.

При великій трофічній венозній виразці навіть ліквідація одного з наявних рефлюксів приводить до суттєвих гемодинамічних змін, які полегшують процеси загоєння.

Видалення варикозно розширеної великої і/або малої підшкірної вени до рівня виразки з одномоментною ліквідацією горизонтального рефлюкса та одномоментним висіченням виразки та аутодермопластикою є операцією вибору у хворих з декомпенсованою ХВН [1, 3].

В той же час необхідно відмітити, що навіть радикальна на даний момент операція, яка завершується загоєнням великої виразки, не гарантує неможливості рецидиву або появи виразки в новому місці, що пов'язане з декомпенсацією венозного кровообігу при прогресуванні основного захворювання (варикозної або посттромбофлебітичної хвороби).

В и с н о в к и

Проблема попередження розвитку венозних трофічних виразок невід'ємно пов'язано з профілактикою прогресування ХВН.

Адекватно виконане хірургічне лікування з врахуванням стадії захворювання, патоморфологічних і анатомічних особливостей хвороби у більшості випадків сприяє покращенню трофіки шкіри та загоєнню трофічних виразок.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В.И. Русин, В.В. Корсак, Г.М. Диккер, Б.А. Митровка

В работе представлен анализ хирургического лечения 107 пациентов с хронической венозной недостаточностью. В предоперационной подготовке больных проводили комплексное ультразвуковое обследование поверхностных и глубоких вены нижних конечностей и применяли фармакотерапию с компрессионным лечением с помощью повязки Уна. Разработано комплекс хирургических методов лечения хронической венозной недостаточности. Адекватно выполнено хирургическое лечение с учетом стадии заболевания и патоморфологических и анатомических особенностей болезни в большинстве случаев способствует улучшению трофики кожи и заживлению трофических язв.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, хирургическое лечение, трофические язвы.

SURGICAL TREATMENT ASPECTS OF TROPHIC ULCERS IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

V.I. Rusyn, V.V. Korsak, G.M. Dikker, B.A. Mitrovka

The surgical treatment analysis of 107 patients with chronic venous insufficiency is presented. The complex ultrasonic examination of superficial and deep lower extremities veins, pharmacotherapy with compression treatment by the Una bandage was done in all patients as preoperative preparation. We worked out the complex of surgical treatment techniques in case of chronic venous insufficiency. Adequately performed surgical treatment with taking into account the disease stage and pathomorphologic and anatomic features of the disease in most cases improves the skin trophic and cicatrization of trophic ulcers.

Key words: chronic venous insufficiency, surgical treatment, trophic ulcers.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гнойная хирургия: Атлас / [С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, И.А. Бутивщенко]; под ред. И.С. Абрамова. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2004. – С. 353-379.
2. Мишалов В.Г. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В.Г. Мишалов, Н.Ю. Литвинова // Серце і судини. – 2010. – № 4. – С. 28-37.
3. Русин В.І. Систематизація ультрасонографічної діагностики основних форм венозної гіпертензії у хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок / В.І. Русин, П.О. Болдіжар, Ф.В. Горленко [та ін.] // Сучасні медичні технології. – 2010. – С. 53-58.
4. Тураев П.И. Хроническая венозная недостаточность, варикозная и посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей / Тураев П.И. – К. : Феникс, 2002. – 105 с.
5. Український консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок / [Л.М. Чернуха, О.В. Губка, І.М. Гудзь та інш.]. Київ, 2005. – 19 с.
6. Arnould B. Change in the quality of the life in patients with chronic venous disease: results of a 6-month study using Daflon 500 mg / B Arnould, A Reznault, M Perrin // European Venous Forum abstracts. Phlebology. – 2004. – Vol. 19, №. 3. – P. 153.

Стаття надійшла 28.02.2011