

© В.М. Воронич, М.В. Воронич, А.П. Шеремет, В.В. Манкулич, 2014

УДК: 616.147.3–007.64–02:616.5–002.44]–089.844

В.М. ВОРОНИЧ, М.В. ВОРОНИЧ, А.П. ШЕРЕМЕТ, В.В. МАНКУЛИЧ

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород

ЗАСТОСУВАННЯ ВІЛЬНОЇ АУТОВЕНОЗНОЇ ПЛАСТИКИ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ВАРИКОЗНОГО ГЕНЕЗУ

Проблема трофічних виразок нижніх кінцівок варикозної етіології надзвичайно актуальна в сучасній флебології. В даному дослідженні висвітлюються саме хірургічні аспекти лікування даної патології.

Метою дослідження було визначення можливостей та оцінка результатів застосування вільної аутовенозної пластики трофічної виразки нижніх кінцівок у хворих на варикозну хворобу змодельованими сегментами видаленої великої підшкірної вени під час флебектомії.

Робота базується на результатах хірургічного лікування 36 хворих, оперованих з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок з ХВН 6s ст.

В ході дослідження хворі були поділені на дві групи. Перша група – пацієнти, яким виконувалась типова флебектомія без пластичного закриття трофічної виразки; друга група – пацієнти, яким проводилася флебектомія та вільна аутовенозна пластика трофічної виразки змодельованими сегментами основного стовбуру видаленої великої підшкірної вени.

В результаті проведеного дослідження отримано такі висновки: флебектомія є основним методом лікування варикозної хвороби, ускладненої трофічними виразками; для вибору обсягу операційного втручання необхідно проводити ультразвукове дуплексне сканування венозної системи ураженої нижньої кінцівки з визначенням типу венозного рефлюксу та спроможності клапанного апарату венозного дерева; застосування вільної пластики трофічних виразок нижніх кінцівок змодельованими аутовенозними трансплантами із сегментів видаленої великої підшкірної вени під час флебектомії дозволяє значно скоротити терміни загоєння виразкового дефекту, прискорити ліквідацію больового синдрому в зоні виразки у ранньому післяопераційному періоді та зменшити середній ліжко-день.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, трофічні виразки нижніх кінцівок, хірургічне лікування, вільна аутовенозна пластика

Вступ. Трофічні виразки нижніх кінцівок залишаються актуальною та не вирішеною проблемою в сучасній хірургії. Основною причиною виразок нижніх кінцівок є венозна та/або артеріальна патології, проте лікування основного захворювання набагато важливіше, ніж вибір перев'язувального матеріалу [8]. Приблизно у 70% всіх випадків виникнення трофічних виразок нижніх кінцівок пов'язане з венозною недостатністю. Венозні виразки нижніх кінцівок – це вікове захворювання, розповсюджене серед літніх людей, особливо серед жінок. За даними медичної статистики, в розвинених індустріальних країнах трофічні венозні виразки виявляють у 1–2% осіб працездатного віку. У популяції старше 70 років їх частота досягає 4–5%. Очікується, що збільшення тривалості життя призведе як мінімум до 20% приросту кількості хворих з венозними виразками [6, 10].

Хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок характеризується такими симптомами, як біль, важкість у ногах, судоми, парестезії, набряк кінцівок, синдром втомлюваності нижніх кінцівок. До косметичних проблем ХВН відносяться телеангіоектазії, ретикулярний варикоз, варикоз вен, набряк і такі зміни шкіри, як пігментація, ліподерматосклероз, дерматит і в кінцевому результаті – утворення трофічної виразки [1, 5, 7, 12].

Трофічні виразки (ТВ), що є сумним підсумком тривалого порушення кровопостачання, значно стійкі до лікувальних дій, схильні до прогресуван-

ня і рецидивування до тих пір, поки не вдається покращити кровоплин у нижній кінцівці. Краї виразок та їх дно можуть мати різний характер, що залежить від вираженості основного захворювання і ступеня інфікованості [2].

Велика кількість запропонованих методів лікування ТВ судинного генезу досі не дозволила повністю розв'язати цю складну проблему. Для лікування ТВ сьогодні використовується не менше 200 консервативних і хірургічних методів і більше 1000 різних засобів і лікарських препаратів, причому, число їх продовжує неухильно збільшуватися [3, 13]. Необхідність корекції гемодинамічних розладів оперативним шляхом робить хірургічне втручання необхідним завершальним етапом у лікуванні хворих із цією патологією [4, 9, 11].

Вкрай важливим для пацієнта є якнайшвидше загоєння трофічної виразки, що веде за собою ліквідацію локального больового синдрому, ексудації з виразки та паравиразкових ускладнень (дерматит, екзема тощо) і в кінцевому результаті призводить до покращення якості життя.

Мета дослідження. Визначення можливостей та оцінка результатів використання вільної аутовенозної пластики для закриття виразкового дефекту нижніх кінцівок у хворих на варикозну хворобу, ускладнену активними трофічними виразками.

Матеріали та методи. В роботі проаналізовані результати хірургічного лікування 36 хворих, опе-

рованих з приводу варикозного розширення вен нижніх кінцівок з ХВН 6s ст. (за класифікацією СЕАР). Всі 36 пацієнтів (100%) були жіночої статі. Середній вік – 54,7 року. У 100% випадків мали місце активні ТВ гомілок. Поодинокі виразки спостерігались у 31 пацієнта, множинні (2 і більше), – у 5 пацієнтів. Всім хворим було проведено передопераційне планове комплексне клініко-лабораторно-інструментальне обстеження. Останнє включало загальні аналізи крові та сечі, визначення рівня цукру крові, біохімічний аналіз крові та коагулограму, електрокардіографію, посів виділень з ТВ на бактеріальну флору та чутливість до антибактеріальних засобів, ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) вен ураженої кінцівки. При УЗДС визначали тип рефлюксу, неспроможність клапанів сафено-стегнового, сафено-підколінного венозних співусть та перфорантних вен, проводили маркування „неспроможних” перфорантних вен. За даними УЗДС, вертикальний рефлюкс виявлено у 32 пацієнтів (87,5%), горизонтальний – у всіх 36 хворих (100%); при чому у всіх 100% випадків „неспроможні” перфорантні вени, по яких мав місце горизонтальний рефлюкс, локалізувались в проекції перивиразкової зони. Результати УЗДС визначали об’єм операційного втручання: у всіх випадках вертикального рефлюксу виконувалась кросектомія та довгий стріппінг, а при виявленні горизонтального рефлюксу операція доповнювалась лігуванням та відсіченням „неспроможних” перфорантних вен.

В ході дослідження хворі були поділені на дві групи. Перша група – пацієнти, яким виконувалась типова флектомія без пластичного закриття ТВ – 12 хворих (33,4%); друга група – пацієнти, яким проводилась флектомія та вільна аутовенозна пластика ТВ змодельованими сегментами основного стовбуру видаленої великої підшкірної вени (ВПВ) – 24 хворі (66,6%).

Результати досліджень та їх обговорення. Ведення хворих обох груп до операційного втручання та у післяопераційному періоді не мало системних відмінностей. Основну увагу в післяопераційному періоді звертали на локальні зміни в зоні ТВ. Перев’язки здійснювались за стандартними методиками. У зоні аутовенозного трансплантату пацієнтів II групи відзначали крайове просочування серозними виділеннями перев’язувального матеріалу. При щільній фіксації останнього до трансплантату пов’язки в зоні виразки не знімали, а підрізали з країв. Пацієнти обох груп отримували антибактеріальні препарати, анальгетики, нестероїдні протизапальні середники; проводилось еластичне бинтування оперованої нижньої кінцівки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Богачев В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности: от эпидемиологии к лечению / В.Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2002. — Т.8, № 2. — С. 119—126.
2. Гистоморфологические изменения, развивающиеся в тканях посттравматической трофической язвы нижних конечностей / Э.Я. Фисталь, В.В. Ареф’ев, Т.И. Шевченко, А.Г. Попандопуло // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можасва. — 2010. — Т.11, №4. — С. 99—102.

У I хворої II групи мало місце повне відторгнення аутовенозного трансплантату на 3 добу післяопераційного періоду. Інших ускладнень у жодній з досліджуваних груп пацієнтів не спостерігалось. У I групі пацієнтів ТВ епітелізувались самостійно, у II групі хворих загоєння ТВ відбувалось під аутовенозним трансплантатом. В жодній з досліджуваних груп не застосовувались місцеві лікарські засоби (мазі, гелі тощо). Еластичне бинтування оперованої нижньої кінцівки тривало до 2 тижнів. У подальшому пацієнтам призначався еластичний трикотаж (панчохи) II класу компресії (20 мм рт.ст.). Відторгнення аутовенозного трансплантату у пацієнтів II групи проходило поступово, по мірі епітелізації виразкового дефекту у напрямку від периферії до центру і відбувалось по типу відторгнення раньового струпу. У пацієнтів I групи загоєння ТВ відбувалось вторинним натягом. Ліквідація больового синдрому у зоні ТВ у хворих I групи відзначена від 12 до 26 доби післяопераційного періоду; у II групи – від 3 до 6 доби.

У всіх хворих спостерігалася повна епітелізація ТВ нижніх кінцівок. Повне загоєння виразкового дефекту у пацієнтів I групи відзначено у строки від 1,2 до 6 місяців, а у II групи – від 2 тижнів до 1,6 місяця. Віддалені результати були оцінені в період до 6 місяців. Максимальна тривалість післяопераційного спостереження становила 6 років. Випадків прогресування ТВ або рецидиву їх чи варикозної хвороби в цілому в обох групах не виявлено. Летальних випадків у жодній з досліджуваних груп не було.

Післяопераційний ліжко-день становив у I групі – від 7 до 15 днів (у середньому 9,3 дня), у II групі – від 5 до 11 днів (у середньому 7,4 дня) ($p>5$).

Висновки.

1. Флектомія є основним методом лікування варикозної хвороби, ускладненої ТВ.
2. Для вибору обсягу операційного втручання при варикозній хворобі нижніх кінцівок, ускладненої ТВ, необхідно проводити УЗДС венозної системи нижньої кінцівки з визначенням типу венозного рефлюксу та спроможності клапанного апарату венозного дерева.
3. Застосування вільної пластики ТВ нижніх кінцівок змодельованими аутовенозними трансплантатами із сегментів видаленої ВПВ під час флектомії дозволяє значно скоротити терміни загоєння виразкового дефекту, прискорює ліквідацію больового синдрому в зоні виразки у ранньому післяопераційному періоді та знижує середній ліжко-день.

3. Инновационные технологии в лечении варикозной болезни нижних конечностей / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч, П.И. Никульников [и др.] // *Клінічна хірургія*. — 2007. — № 2—3. — С.123—124.
4. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування хронічних захворювань вен // *Клін. флебологія*. — 2010. — №1. — С. 27—28.
5. Куценко И.В. Консервативное лечение трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности / И. В. Куценко, Ю.В. Андрашко // *Методические рекомендации*. — 2009. — С. 24.
6. Оболенский В.Н. Трофические язвы нижних конечностей — обзор проблемы / В.Н. Оболенский, Г.В. Родоман, В.Г. Никитин // *РМЖ. Избрание лекции для семейных врачей*. — 2009. — Т. 17, №25. — С. 16.
7. Оценка рефлюкса в большой подкожной вене ноги в практике флеболога / В.А. Прасол, В.И. Троян, О.С. Рябинская [и др.] // *Клінічна хірургія*. — 2005. — №4—5. — С. 88—89.
8. Саркар П.К., Баллантин С. Лечение язв нижних конечностей / Докт. дисс. // *Мед. ж-л*. — 2000. — №76. — С. 674—682.
9. Спосіб хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок / О.І. Сопко, В.В. Вальчук, І.В. Лозян [та ін.] // *Хірургія України*. — 2009. — №2. — С. 13—18.
10. Чернуха Л.М. Варикозная болезнь. Реальность и перспективы / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч // *Клінічна хірургія*. — 2005. — №4—5. — С. 93.
11. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен в комплексном лечении больных с трофическими язвами / К.В. Малышев, А.И. Курбангалеев, М.В. Шакиров [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2005. — №1 (продолжение). — С. 81.
12. Bergan J.J. Chronic venous disease / J.J. Bergan, G.W. Schmid-chonbein, Philip D. Coleridge-Smith // *N. Engl. J. Med.* — 2006. — № 353. — P. 488—496.
13. Intermittent pneumatic compression as an adjuvant therapy in venous ulcer disease / S. Kumar, K. Samraj, V. Nirujogi [et al.] // *J. Tissue Viability*. — 2002. — Vol.12. — P. 42—48.

V.M. VORONYCH, M.V. VORONYCH, A.P. SHEREMET, V.V. MANKULYCH

Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod

USING FREE AUTOVENOUS PLASTIC IN SURGERY TREATMENT OF LOWER EXTREMITIES VENOUS TROPHIC ULCERS VARICOSE GENESIS

The problem of venous ulcers of the lower extremities wich has varicose etiology is extremely relevant in current Phlebology. This study presented surgical treatment aspects of this pathology.

The aim of the study was to identify opportunities and evaluation results of the free autovenous plastic trophic ulcers of the lower extremities in patients with varicose veins modeled segments remote large saphenous vein during flebectomy. The work is based on the results of surgical treatment of 36 patients operated on for varicose veins of the lower extremities with 6s ischemia.

Patients were divided into two groups. The first group – patients who performed a typical flebectomy without plastic closure trophic ulcers, the second group – patients who underwent flebectomy and free autovenous plastic trophic ulcers modeled segments of the main trunk of the deleted large saphenous vein.

As a result of the study, the following conclusions: flebectomy is the main treatment for varicose veins complicated by trophic ulcers, to select the amount of surgical intervention should be performed ultrasound duplex scanning of the venous system of the affected lower extremity venous reflux determining the type and capacity of valvular venous tree, the use of free plastic trophic ulcers of the lower limbs modeled autovenous graft segment great saphenous vein deleted during flebectomy significantly reduces the healing time of the ulcer, to accelerate the elimination of pain in the area of ulceration in the early postoperative period and reduce the average bed-day.

Key words: chronic venous insufficiency, trophic ulcers of the lower extremities, surgical treatment, free autovenous plastic

Стаття надійшла до редакції: 21.05.2014