



В.И. Перцов, Е.В. Пономаренко Я.В. Телушко, А.В. Сех, М.Ю. Григорьева, С.П. Мирный

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, ультразвуковая диагностика, хирургическое лечение

В статье представлены результаты обследования и лечения 146 больных с различными формами хронической венозной недостаточности. Ведущим диагностическим критерием в выборе тактики ведения пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей авторы считают ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным картированием. У больных с обширными язвенными дефектами основным методом лечения являлась аутодермопластика. В комплексе лечения входили фармакотерапия, подбор эластичного компрессионного трикотажа.

Варикозная болезнь и развивающаяся на ее фоне хроническая венозная недостаточность (ХВН) – одно из самых распространенных заболеваний, которым страдает от 20 до 25% трудоспособного населения индустриально развитых стран. Частота возникновения трофических язв в дистальных отделах конечностей при декомпенсации венозного кровообращения у больных, не получавших специального лечения, достигает 90%. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении ХВН в последнее десятилетие, частота этого осложнения остается высокой. Не менее 1% взрослой популяции экономически развитых стран мира страдает трофическими язвами венозной этиологии, поэтому их лечение является важной медико-социальной проблемой [1,2,4].

Успех лечения заболеваний вен нижних конечностей во многом зависит от эффективности диагностики. Используя прямой и импульсный доплеровский сигнал, цветное картирование, можно получить у каждого пациента достоверную информацию о состоянии периферической венозной системы. Ультразвуковое исследование лишено осложнений, связанных с интравенозным введением рентгеноконтрастного препарата: тромбозов, тромбофлебитов, повреждений артерий, образований паравазальных гематом, аллергических реакций [3,5].

Цель работы – разработать тактику диагностики, ведения и лечения пациентов с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены результаты обследования и лечения 146 больных. Среди пациентов мужчин было 67 (45,9%), женщин – (54,1%). Возраст больных с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности колебался от 20 до 76 лет.

Согласно международной классификации CEAP (1994), все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 74 больных в стадии С4-С5. Клинические проявления заболевания в данных стадиях – боль, чувство распирания, тяжесть в ногах, зуд, судороги, кожные изменения в виде пигмента-

ции, венозная экзема, липодермосклероз, белая атрофия, а также трофические язвы в стадии заживления.

Ко второй группе были отнесены 72 пациента с С6 стадией ХВН, у которых были открытые длительно незаживающие трофические язвы.

Ведущим диагностическим критерием в выборе тактики ведения пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей считаем ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным картированием. Исследование выполняли на аппарате "Vivid 3 Exspert" фирмы "General Electric" (США), с использованием линейного датчика с диапазоном частот 3,5-5 МГц (для исследования больных с избыточным весом и при отеках нижних конечностей). В задачи исследования входило подтверждение проходимости вены на всем протяжении, выявление функциональной недостаточности венозных клапанов, получение характеристики просвета сосуда и его стенки, определение патологических вено-венозных рефлюксов.

У пациентов с сопутствующим сахарным диабетом для изучения периферического артериального русла использовали доплерографическое исследование и реовазографию. При наличии трофических язв проводили бактериологический мониторинг раневых поверхностей для целенаправленного назначения антибактериальных препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для выбора тактики ведения пациента всем пациентам 1-ой группы в предоперационном периоде выполняли ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Для определения функциональной полноценности клапанного аппарата применялись проба Вальсальвы, компрессионные пробы Сигала, напряжение и расслабление мышц голени. Выявленный рефлюкс расценивался как патологический при продолжительности ретроградной волны более 1 сек. Несостоятельность коммуникантной вены определялась по выявлению ретроградного кровотока в покое или при функциональных пробах (рис. 1).

При выявлении несостоятельности перфорантной

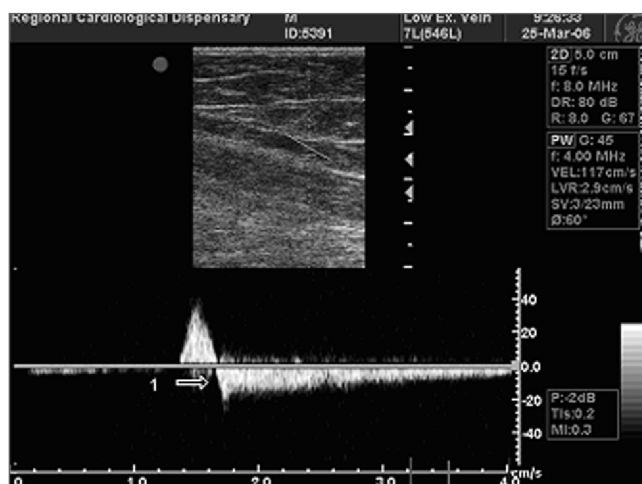


Рис. 1 Патологический рефлюкс по несостоятельной коммуникантной вене

вены измеряется ее диаметр на уровне мышечной фасции и расстояние от коленного сустава или лодыжки (рис. 2); источник заполнения всех варикозно измененных вен; состояние глубокой венозной системы, ее клапанного аппарата, признаки перенесенного тромбоза, анатомические аномалии развития.

Ультразвуковое сканирование использовалось для оценки результатов лечения, раннего выявления рецидива (длинная культя большой подкожной вены, реканализованные или не лигированные перфорантные вены) и осложнений варикозной болезни с развитием тромбофлебита поверхностных вен и перехода тромботического процесса через вены - перфоранты на глубокую венозную систему, выявление тромбоза культы большой подкожной вены, который может стать угрозой развития ТЭЛА (рис. 3).

Основным приемом лечебной тактики является хирургическое вмешательство – корригирующие операции на поверхностной венозной системе. Этапами венэктомии были перевязка у устья и пересечение большой и (или) малой подкожной вен, перевязка и пересечение несостоятельных перфорантных вен, иссечение стволов подкожных вен и варикозно расширенных коллатералей. Такая тактика дала положительный результат во всех случаях. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Все больные выписывались на 5-7-е сутки после вмешательства с обязательными рекомендациями по назначению флеболимфотоников и эластичного компрессионного трикотажа.

Проведение диагностических и лечебных мероприятий у пациентов 2-ой группы затруднялось в связи с некоторыми социально-экономическими аспектами и характерными особенностями больных с трофическими язвами. А именно: недостоверность сведений об анамнезе и катамнезе болезни, отсутствие данных о результатах обследования и выполненных оперативных вмешательствах, неадекватность хирургических



Рис. 2 Несостоятельная перфорантная вена



Рис. 3 Тромбированная перфорантная вена

коррекций венозного оттока, отсутствие условий для ультразвукового дуплексного обследования (особенно горизонтального рефлюкса), ограничение возможностей для полноценной коррекции венозного оттока, неудовлетворенность больных от проводимого ранее консервативного и оперативного лечения. А также основное желание больного – заживление трофических язв (даже учитывая возможность рецидива).

Больным второй группы выполнялись оперативные вмешательства на трофической язве по ее закрытию (рис. 4). Предварительно пациенты получали комплексное консервативное лечение для улучшения венозного оттока, микроциркуляции и раневой язвенной поверхности.

Для подготовки ран к аутодермопластике у 39 больных производили кюретаж трофической язвы, у 33 – иссечение грануляций дерматомом на толщину до 2-3 мм. Забор аутолоскутов производили электродерматомом, толщиной до 0,25 мм. Лоскут перфорировали 1:2 либо производили насечки скальпелем (рис. 5).

Эластичные бинты накладывали сразу же после



Рис. 4 Полуциркулярная трофическая язва голени

операции, оперированной конечности предавали возвышенное положение. Первая перевязка всем пациентам осуществлялась на 1-е-2-е сутки. В раннем послеоперационном периоде больные продолжали получать флеболимфотоники, ангиопротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики с учетом чувствительности, а также постельный режим с приподнятым положением нижних конечностей и эластичное компрессионное бинтование.

Результаты лечения во второй группе зависели от приживления кожного трансплантата и коррекции венозного оттока. У 57 (79,2%) больных отмечалось первичное приживление аутодермотрансплантата на площади от 95 до 100% поверхности раны. После иссечения грануляций приживление лоскута проходило быстрее, и процент лизиса был меньше. При использовании более толстых лоскутов приживление проходило хуже, однако в случае благоприятного исхода уменьшалось количество рецидивов, улучшался косметический эффект. Количество и характер высеваемой микрофлоры при иссечении грануляций и адекватной антибиотикотерапии с учетом чувствительности практически не отражалось на приживлении пересаженного лоскута.

У 15 (20,8%) больных произошел частичный лизис аутодермотрансплантата, что очевидно связано с невозможностью адекватной подготовки раневой поверхности к пересадке (недостаточное обезболивание, наличие сопутствующей патологии, декомпенсаций основного заболевания). Этим больным выполнялась повторная аутодермопластика после дополнительной предоперационной подготовки. Средний койкодень

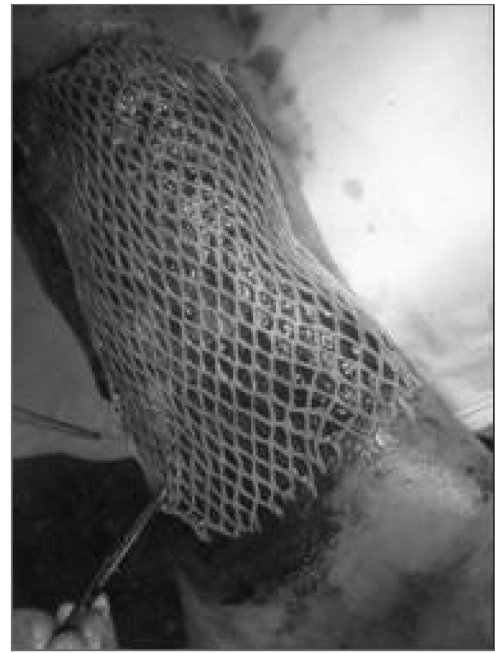


Рис. 5 Этап аутодермопластики

составил 33,4 суток.

Отдаленные результаты прослежены у 32 (44,4%) больных. Среди них у 9 пациентов наблюдался рецидив трофической язвы в период от 1,5 до 6 месяцев. Хирургическая коррекция венозного оттока у этих больных ранее не проводилась.

Учитывая полученные результаты лечения пациентов обеих групп, следует отметить важную роль консервативной терапии в профилактике развития венозной недостаточности и рецидивировании трофических язв. Ее основными компонентами являются фармакотерапия препаратами группы диосмина (флебодиа, детралекс, вазокет), лечебная гимнастика и пневмомассаж, индивидуальный подбор эластичного компрессионного трикотажа "Varisma".

Основные задачи компрессионного лечения - это коррекция венозного оттока, восстановление дренажа лимфы, улучшение микроциркуляции, лечение и профилактика трофических нарушений, использование в комплексе послеоперационных мероприятий, реабилитация больных после острых венозных тромбозов.

При лечении трофических язв компрессионные методы являются одним из основных средств профилактики рецидива и лечения венозной и лимфатической недостаточности.

ВЫВОДЫ

1. Прогрессирование хронической венозной недостаточности с проявлениями трофических расстройств и осложнений (кровотечения, тромбофлебиты) – абсолютное показание к хирургическому вмешательству при варикозной болезни.

2. Скрининговым методом диагностики различных



форм венозной недостаточности является ультразвуковое дуплексное сканирование, которое позволяет осуществлять дифференцированный подход к выбору метода хирургической коррекции.

3. Свободная пластика расщепленным перфорированным кожным лоскутом является эффективным методом лечения трофических язв нижних конечностей венозной этиологии.

4. Иссечение грануляций на толщину до 2-3 мм является методом выбора при подготовке трофической язвы к аутодермопластике.

5. Дифференцированный подход к выбору метода хирургической коррекции позволяет достичь положительных результатов во всех случаях в первой группе и заживления трофических язв в 87,5% случаев у пациентов второй группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение тяжелых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В.И. Перцов, А.В. Сех, Я.В. Телушко, П.Н. Тимошев, С.А. Шепелев // Серце і судини: Актуальні питання судинної та ендovasкулярної хірургії: Додаток. - 2006. - № 4. - С.368-370.
2. Тураев П.И., Бобров О.Е., Мендель Н.А., Музь Н.И. Хроническая венозная недостаточность, варикозная и посттромбофлебитическая болезни нижних конечностей. - К., 2002. - 109 с.
3. Флебология / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко, и др. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.
4. Чернуха Л.М., Гуч А.А., Никольников П.И. Тяжелые формы варикозной болезни нижних конечностей. Возможна ли радикальность хирургического лечения? // Хірургія України. - 2005. - № 4 (16). - С. 33 - 37.
5. Этюды современной ультразвуковой диагностики / А.А. Гуч, О.Б. Дынник, И.И. Сухарев и др. - К.: Укрмед, 2000. - 191 с.

Поступила 12.12.2007г.

В.И. Перцов, О.В. Пономаренко Я.В. Телушко, А.В. Сех, М.Ю. Григор'єва, С.П. Мирний

Діагностика та лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок

У статті представлені результати дослідження та лікування 146 хворих з різноманітними формами хронічної венозної недостатності. Ведучим діагностичним критерієм у виборі тактики ведення пацієнтів з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок автори вважають ультразвукове дуплексне сканування з кольоровим картуванням. У хворих з великими виразками базовим методом лікування була аутодермопластика. До комплексу лікування входили фармакотерапія, підбір еластичного компресійного трикотажу.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, ультразвукова діагностика, хірургічне лікування

V.I. Pertsov, E.V.Ponomarenko J.V.Telushko, A.V.Sekh, M.J.Grigoryeva, S.P. Mirniy

Diagnostics and treatment of chronic venous failure of the bottom extremities

In article results of inspection and treatment of 146 patients with various forms of chronic venous failure are submitted. In a choice of tactics of conducting patients with chronic venous failure of the bottom extremities authors count conducting diagnostic criterion ultrasonic duplex scanning with color картированием. At patients with extensive ulcerative defects the basic method of treatment was autodermplastic. The pharmacotherapy, selection of elastic compression jersey entered into a complex of treatment.

Key words: chronic venous failure, ultrasonic diagnostics, surgical treatment

Сведения об авторах:

Перцов В.И., д.мед.н., профессор, зав. кафедрой медицины катастроф, нейрохирургии и военной медицины ЗГМУ;

Пономаренко Е.В., к.мед.н., ассистент кафедры медицины катастроф, нейрохирургии и военной медицины ЗГМУ;

Телушко Я.В., ассистент кафедры медицины катастроф, нейрохирургии и военной медицины ЗГМУ;

Сех А.В., врач-комбустиолог больницы СМП и ЭМП;

Григор'єва М.Ю., врач ультразвуковой диагностики, КУ ЗОКБ;

Мирний С.П., к.мед.н., ассистент кафедры медицины катастроф, нейрохирургии и военной медицины ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Перцов Владимир Иванович, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского 26, ЗГМУ, кафедра медицины катастроф, нейрохирургии и военной медицины. Факс: 8 (0612) 33-61-75. e-mail: profpertsov@mail.ru