

УДК 616.14-007.64.089

Рябушко Р.М., Ляховський В.І., Рябушко Н.О.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Прогресування захворювання від простого варикозу до хронічної венозної недостатності (ХВН) і розвитку венозних трофічних виразок (ВТВ) відбувається досить часто. Однак трофічні венозні виразки залишаються недостатньо вивченим захворюванням, методи лікування якого, відповідно, розроблені недостатньо. Успіх лікування захворювання вен нижніх кінцівок багато в чому залежить від ефективності методів діагностики. В статті проведений аналіз літератури, що відображає стан проблеми сучасних підходів до комплексного лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок. Дані літератури свідчать про єдність поглядів на стратегію хірургічного лікування варикозних трофічних виразок, що передбачає усунення вертикального і горизонтального рефлюксів, але відсутня єдність поглядів на тактичні підходи вирішення даних питань. Сучасна хірургія використовує досвід хірургічного лікування трофічних венозних виразок для розробки нових методів лікування.

Ключові слова: трофічні виразки, нижні кінцівки, лікування, варикозна хвороба.

Варикозне розширення вен серед дорослого населення Східної Європи зустрічається більш ніж у 20% (21,8-29,4%) випадків, серед яких у 5% (3,6-8,6%) відзначається венозні набряки, зміни шкіри або венозні виразки (активні – до 0,5%, що зажили – до 1,4%) [56]. За даними проведеного у Сан-Дієго дослідження, у США варикоз вен виявлений більш ніж у 11 млн чоловіків і 22 млн жінок віком від 40 до 89 років, а понад 2 млн. дорослих мають виражені хронічні захворювання вен (ХЗВ), ускладнені шкірними змінами або ulcerацією [1,45]. За останні 20 років частота розвитку посттромботичних венозних виразок не змінилася в жінок, але підвищилися у чоловіків [36]. У США щорічно венозні виразки діагностуються в 20 тис. осіб [58].

Прогресування захворювання від простого варикозу до хронічної венозної недостатності (ХВН) і розвитку венозних трофічних виразок (ВТВ) відбувається досить часто: за даними Північно Американського реєстра проведення субфасціальних ендоскопічних перфорантних хірургічних втручань, велика кількість осіб з вираженою ХВН мали в анамнезі первинне захворювання вен (70%), а післятромбофлебітичну хворобу (ПТФХ) - (30%) [40]. Однак трофічні венозні виразки залишаються недостатньо вивченим захворюванням, методи лікування якого, відповідно, розроблені недостатньо.

Успіх лікування захворювання вен нижніх кінцівок в багато в чому залежить від ефективності методів діагностики [7]. Нині існують різні методи дослідження кровообігу нижніх кінцівок у людей (лазерна доплерівська флоуметрія, капіляроскопія, тепловізуалізація та ін.). Вони застосовуються в різних клінічних, патофізіологічних і фармакологічних дослідженнях, а також дають цінну діагностичну та прогностичну інформацію [43]. Тому нам було вирішено звернути на головні з них.

Останні десять років, як вказують цілий ряд авторів, при варикозній хворобі в діагностиці перше місце належить ультразвуковому дуплексному скануванню [34]. Всім хворим з підозрою на

ХЗВ рекомендується насамперед проведення дуплексного сканування [33,34]. Це безпечний, неінвазивний недорогий і надійний метод. Він за точністю діагностики венозної недостатності набагато перевершує безперечно-хвильову доплерографію [49].

Плетизмографія (повітряна або оклюзійна) використовується для неінвазивного дослідження насосної функції литкового м'язу, загального венозного рефлюксу та обструкції венозного відтоку [57].

Метод внутрішньосудинного ультразвукового дослідження успішно використовується для визначення ступеня компресії або обструкції клубової вени та для моніторингу хворих після стентування вен [52].

Ефективність лікування трофічної виразки визначають за зменшенням їх площі. Тому, площу виразкового дефекту визначали всі автори, але методики визначення у всіх були різними. Так, з кінця минулого та початку нинішнього століття, визначення площі виразкового дефекту «на око» змінив спосіб визначення за допомогою перенесення контуру трофічного дефекту на міліметровий папір, але цей спосіб занадто часозатратний та не можна його провести всім хворим у якості повсякденного рутинного визначення площі [2,35]. В останні часи швидкість зменшення площі виразкового дефекту стала основним показником якості отриманого лікування хворих з трофічними виразками венозного генезу і визначається вона шляхом множення вертикального розміру на горизонтальний [5,7].

За останнє десятиліття асоціаціями ангіологів та судинних хірургів по всьому світі були розроблені і впроваджені нові технології з лікування патології вен [23].

Нині використовують препарати на основі папаїн-сечовини і колагенази. Важливою перевагою комплексу папаїн-сечовини є можливість ефективного видалення некротичних тканин в широких діапазонах рН (від 3,0 до 12,0). Колагеназа – водорозчинний фермент, вибірково розщеплює позбавлений мукополісахаридного фут-

ляра "мертвий" колаген на межі живих і девіталізованих тканин, які швидко і атравматично відділяються від ранового ложа. Коллагеназа не лише не ушкоджує компоненти сполучно-тканинного матриксу, але і збільшує проліферацію кератиноцитів майже в 10 разів і сприяє швидкому очищенню трофічної виразки. Пік активності цього ферменту лежить в межах pH = 6-8. [37].

Впровадження в клінічну практику низькоенергетичного лазерного випромінювання, на думку ряду авторів, дозволяє прискорити процеси репарації. Вони пов'язують це з підвищенням утилізації кисню тканинами, зниженням змісту продуктів перекисного окислення ліпідів, збільшенням фагоцитарної активності лейкоцитів і активацією мікроциркуляції в уражених тканинах під його дією [46,49].

В останні десятиліття, з метою ефективнішого очищення виразкової поверхні від гнійно-некротичних тканин, активно використовується ультразвукова кавітація за допомогою низькочастотного ультразвуку [43]. Після обробки трофічних виразок низькочастотним ультразвуком, на думку авторів, знижується кількість мікробних тіл в рані, збільшується дифузія лікарських речовин в уражені тканини [5].

На думку багатьох дослідників, принциповою умовою, необхідною для закриття трофічних виразок і запобігання їх рецидиву, є застосування адекватної еластичної компресії нижніх кінцівок, спрямованої на нормалізацію венозного відтоку, [50] яка може здійснюватися за допомогою еластичних бинтів або спеціального компресійного трикотажу, методами, що взаємодоповнюють один одного [9]. Основний гемодинамічний результат накладення компресійного биндажа – це багаторазове збільшення дебіту крові і зниження інтравенозного тиску, поліпшення функції мікроциркуляторного русла за рахунок підвищення швидкості капілярного кровотоку і зменшення артеріоло-венулярного шунтування [30]. Відсутність еластичної компресії практично завжди нівелює ефект медикаментозної або хірургічної корекції недостатності венозного кровообігу.

Разом з цим, Coleridge Smith [58] підкреслює, що незалежно від варіантів і способів застосування, компресійна терапія не може реально прискорити закриття венозних виразок, тривалість якого, за даними різних дослідників, займає від 12 до 24 тижнів [38,39,42]. В зв'язку з цим стають актуальними різні системні лікарські препарати, що модулюють цей процес [48].

Однак, на думку деяких дослідників, системна фармакотерапія, незважаючи на певний позитивний вплив, носить допоміжний характер і доповнює традиційну еластичну компресію. Застосування антибіотиків, аспірину, анаболічних стероїдів, простагландину E1 ніяк не впливає на перебіг венозних виразок і не попереджає їх рецидиву [5,8].

Роль системної фармакотерапії в лікуванні

венозних трофічних виразок, незважаючи на її широке застосування, залишається спірною. Ряд авторів відмітили реальне прискорення загоєння венозних виразок за допомогою застосування похідних пентоксифіліну і мікронізованого діосміну [25]. Висока ефективність мікронізованого діосміну обумовлена його дією на основні ланки патогенезу ХВН: підвищенням тону вен [28], поліпшенням лімфодренажної функції [68] і мікроциркуляції [28].

Оперативне втручання на самій ВТВ та венозній системі, на даний час розвитку медицини являється етапом комплексного лікування венозних трофічних виразок. Сучасні оперативні втручання відрізняються за способами, методиками та інструментарієм, що використовується, хоча передбачають максимальний косметичний ефект та повний радикалізм стосовно причин виникнення хронічної венозної недостатності. [14,20] Корекція патологічних вено-венозних рефлюксів є основним методом усунення венозної гіпертензії, що лежить в основі прогресу ХВН і розвитку трофічних розладів, у тому числі і виразок [15]. Встановлено, що етіологічна причина ВТВ - патологічний рефлюкс - може виникнути в підшкірних, глибоких, перфорантних венах і місцем оперативного втручання мають бути ті венозні сегменти, в яких встановлений патологічний процес. Операція може бути виконана одномоментно або у два етапи: спочатку усувається вертикальний вено-венозний рефлюкс, а потім горизонтальний [1,16,36]. Використовуючи сучасні мініінвазивні технології, адекватна і повна корекція венозного кровотоку враженої кінцівки виконується одномоментно та максимально непомітно як у плані косметичного ефекту так і післяопераційного періоду [14,22,24].

Оперативні втручання для усунення вертикального рефлюксу крові в підшкірних венах найбільш популярні хірургічні втручання, розроблені ще наприкінці 19 століття - операція Троянова-Тренделенбурга, яка була удосконалена М. М. Дитерихсом, і у такому вигляді дійшла до наших часів під назвою, кросектомія; видалення стовбурів магістральних підшкірних вен за допомогою спеціального зонду (операція Беккока або стріпінг). В той же час, застосування цих операцій у хворих з венозними трофічними виразками можливо лише у разі варикозної трансформації магістральних підшкірних вен. Незважаючи на радикальність, слід зазначити ускладнення, що нерідко виникають після таких втручань: ушкодження підшкірних нервів, лімфатичних колекторів, утворення великих гематом в каналі великої підшкірної вени, що супроводжуються тривалим больовим синдромом, затяжним післяопераційним періодом і частими рецидивами трофічних виразок – у 14% пацієнтів через рік, у 20% – через 2 і у 26% – через 3 роки [30].

З впровадженням в клінічну практику ультразвукових методів дослідження з'явилася можливість виявити межі справжньої варикозної тран-

сформації підшкірних вен, що дозволяє обмежитися видаленням лише уражених венозних сегментів з неспроможним клапанним апаратом, варикозна трансформація яких незворотна, і уникнути більшості ускладнень, пов'язаних з видаленням дистального відділу великої підшкірної вени. [1,3]

Для видалення варикозозмінених підшкірних вен в наш час широко розповсюджені мініфлебектомії, такі як операції Вараді та Мюлера з використанням ними розроблених інструментів. Перевагами даних методик є можливість їх виконання у поліклінічних умовах, інша назва цих операцій – амбулаторна флебектомія; використання місцевої анестезії; гарний косметичний ефект так як оперативні доступи мають розмір від 2 до 6 мм. [31,41,44].

В останні роки у світі для збереження підшкірної вени і терапії варикозозмінених її гілок Francesci пропонує використовувати метод амбулаторного консервативного гемодинамічного лікування (Cure conservatis et Hemodynamique de l'Insuffisance veineuse en Ambulatoire - CHIVA) [47]. А ряд авторів на чолі з Pittaluga пропонують в таких випадках метод амбулаторної селективної абляції під місцевою анестезією (Ablation Selective des varices sous Anesthésie Locale - ASVAL), хоча дана методика застосовується в основному у осіб з легкими ступенями ХВН [55].

Якщо більш детально про метод CHIVA, то можна сказати, що маючи мету – знизити гідростатичний тиск у підшкірних венах та їх гілках шляхом перев'язки у певних місцях системи поверхневих вен і зберегти дренажну функцію поверхневих вен зазвичай за рахунок реверсивного кровотоку, дана методика включає у себе кросектомію, перев'язку неспроможних гілок великої підшкірної вени, підтримання прохідності основного стовбура підшкірної вени і її функціонуючих підшкірних гілок, а також дренаж підшкірної вени з системою глибоких вен через так звані re-entry перфорантних вен. Отже можна сказати, що метод являє собою системний підхід лікування варикозозмінених вен, а не просто технологію оперативного втручання. [51].

Оцінивши результати рандомізованих клінічних досліджень, можна сказати, що методика CHIVA у лікуванні хворих з трофічними виразками варикозного ґенезу, на відміну від компресійної терапії, показала гарний результат з перевагою у швидкості загоєння у 2 рази та меншою у 4 рази кількістю рецидивів у послідовному [32,53].

Нині доведено, що в патогенезі трофічних порушень при ХВН провідну роль грає рефлюкс крові через неспроможні перфорантні вени [7,21]. Його усунення в 80% випадків приводить до загоєння трофічних виразок і запобігає їх рецидивам впродовж багатьох років [7,8,12].

Традиційними способами ліквідації горизонтального рефлюксу є субфасціальна (за Лінтоном) і надфасціальна перев'язка перфорантних вен за Кокетом. В той же час, останній метод у

хворих з трофічними розладами застосовується рідко через високий ризик виникнення післяопераційних гнійно-некротичних ускладнень в зоні зміненої шкіри і підшкірно-жирової клітковини [12,13], а у віддаленому періоді – високої частоти рецидиву трофічних виразок, у 35% хворих. В таких умовах операцією вибору є субапоневротична дисекція перфорантних вен через хірургічний доступ, розташований поза зоною трофічних порушень шкіри [26].

Для усунення вено-венозного рефлюксу у перфорантних венах пропонується проводити їх деструкцію з мінірозрізів завдовжки 1-2 мм поза зоною трофічних розладів за допомогою інструментів для мініфлебектомії [15], або склерозуючи їх спеціальним пристроєм, сполученим з діатермокоагулятором [10].

Одним з сучасних способів ліквідації венозного рефлюксу є склеротерапія за допомогою дії на венозну стінку хімічної речовини, лазерного або радіочастотного випромінювання [22]. Найбільш поширеним методом у пацієнтів з трофічними виразками, являється медикаментозний за допомогою препаратів фібро-вейн, тромбовар або етоксисклерол [11]. Ряд авторів використовує його як елемент комбінованого лікування [14,22], інші – в межах варикозних розширених вен в зоні трофічних розладів [1,16,19], або застосовують ехосклерооблітерацію перфорантних вен і підшкірних стовбурів [16]. Описані добрі результати ехосклеротерапії навіть при неможливості адекватного притискання вени, що склерозується, з використанням техніки foam-form, яка полягає в спінюванні склерозанта за допомогою спеціального пристосування вважають foam-form склеротерапію альтернативою хірургічному лікуванню важких форм ХВН [5,24].

Прагнення хірургів здійснювати оперативний доступ для усунення перфорантного скидання крові поза зоною трофічних розладів співпало з розробкою і впровадженням ендоскопічних методів в хірургії. Відеоендоскопічна дисекція перфорантних вен, що вперше виконана у 1985 році німецьким флебологом G. Haueg, стала початком, воістину, революційного просування малоінвазивних операцій у хірургію захворювань вен. Відеоендоскопічна методика була названа P.Gloviczki і його групою субфасціальною ендоскопічною перфорантною хірургією (Subfascial Endoscopic Perforants Surgery), і у зв'язку з цим отримала міжнародну абревіатуру SEPS [40]. Починаючи з 90-х років дана методика міцно увійшла до клінічної практики [18].

Методика виконання ендоскопічної дисекції перфорантних вен гомілки і перелік необхідного устаткування описані в цілому ряді робіт [11,52]. Абсолютним показанням для її застосування, за даними багатьох авторів, являється ХВН з важкими трофічними порушеннями шкіри: індурацією підшкірно-жирової клітковини, рецидивуючими і відкритими, на момент втручання, трофічними виразками. [18,35] На думку P. Gloviczki

[40], безперечними кандидатами на SEPS є пацієнти з ХВН 4-6 клінічних класів за класифікацією CEAP при нормально функціонуючій глибокій венозній системі.

Більшість дослідників відмічають, що це втручання приводить до загоєння трофічних виразок у 82-88% пацієнтів [27,52], рецидив виразки спостерігається — в 15% випадків [28,35]. Найчастіше такі ускладнення зустрічаються у пацієнтів з посттромбофлебітичною хворобою [52]. У роботах інших авторів приводяться дані про частоту загоєння від 79 до 85,5%, а рецидивів — від 2,8 до 20% [29].

Ряд авторів при порівнянні ендоскопічних методик з операцією Лінтона відмітили, що рецидив трофічної виразки в першому випадку виникає у 12% пацієнтів, а у другому у 22% [18]. Порівнюючи різні способи дисекції перфорантних вен, вони вказували на те, що при використанні відкритої операції, через доступ Felder, число пересічених перфорантів перевищує таке при використанні ендоскопічних методів. Не дивлячись, що при усіх варіантах операції спостерігали повне загоєння трофічних виразок, після ендоскопічної дисекції закриття виразок відбувалося значно швидше. Мабуть, кількість пересічених при операції перфорантних вен не є визначальною у забезпеченні патогенетичної достатності хірургічного втручання. Принциповою є дисекція неспроможних перфорантних вен, які виявляються головною причиною трофічних розладів.

Мультицентрове дослідження, проведене P. Glowiczki et al. [40] показало, що меншу кількість рецидивів трофічних виразок гомілки дає ендоскопічна дисекція перфорантних вен у поєднанні з хірургічним видаленням підшкірних вен, ніж ізольоване втручання в субфасціальному просторі. Однак, головним недоліком даного методу є його висока собівартість та тривале використання, що не знайшло в даний час широкого застосування.

Разом з операціями на венозній системі при виразках, що тривало не гояться, з розвитком грубих змін м'яких тканин у вигляді ліподерматосклерозу, добрі результати дають одномоментне висічення виразки разом зі зміненими тканинами та паратібіальною фасціотомією з наступною шкірною пластикою. За даними Michel Perrin [54], така методика дозволяє досягти загоєння виразок у 60-80% випадків.

Деякі автори, з приводу відкритих венозних трофічних виразок, виконують етапні, радикальні, паліативні і розширені операції. Останні мають за мету корекцію венозного кровотоку із висіченням тканин, що піддалися склерозу, та проведення одномоментної аутодермопластики. При виборі методу і об'єму хірургічного втручання вони враховують індивідуальні особливості венозної системи, ступінь вираження трофічних порушень м'яких тканин і наявність супутньої соматичної патології. [6]

Інші дослідники допускають можливість висічення венозних виразок та навколишніх змінених тканин з наступною аутодермопластикою, без попередньої корекції венозного кровотоку, але з обов'язковою компресійною терапією в післяопераційному періоді. [7,20]

Значення аутодермопластики, особливо у пацієнтів з великими трофічними виразками, важко переоцінити. В той же час, застосування цього методу як самостійного не знайшло належної кількості прибічників через велику кількість рецидивів трофічних виразок. Така тактика сприяє загоєнню виразкового дефекту в 88% випадків, але в 49% спостережень — виразки рецидивують через 4 місяці після операції. [12].

Значна кількість ускладнень, викликаних відторгненням трансплантата, а також недосконалість методики пластики та післяопераційного ведення як донорської, так і реципієнтної ділянок, не дозволяють широко застосовувати цей вид лікування венозних трофічних виразок і вимагають його подальшого вивчення і вдосконалення.

Таким чином, приведені літературні дані свідчать про єдність поглядів на стратегію хірургічного лікування варикозних трофічних виразок, що передбачає усунення вертикального і горизонтального рефлюксів, але відсутня єдність поглядів на тактичні підходи вирішення даних питань. Сучасна хірургія використовує досвід хірургічного лікування трофічних венозних виразок для розробки нових методів лікування.

Література

1. Бебуришвили А.Г. Эндовидеохирургия и склерохирургия в лечении трофических язв при хронической венозной недостаточности нижних конечностей / А.Г. Бебуришвили, А.В. Шаталов, А.А. Шаталов [и др.] // Материалы международного хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». — М., — 2003. — С. 203.
2. Богачев В.Ю. Местное лечение венозных трофических язв / В.Ю. Богачев, Л.И. Богданец, А.И. Кириенко [и др.] // Consilium medicum. — 2001. — № 2. — С.45-50.
3. Богачев В.Ю. Хирургическая тактика при декомпенсированных формах ХВН / В.Ю. Богачев, Л.И. Богданец, А.Ю. Брюшков // Труды 5 конф. ассоциации флебологов России. — М., 2004. — С. 153-154.
4. Богачев В.Ю. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием техники «foam-foam» / В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин, А.Ю. Брюшков [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2003. — Т.9, № 2. — С.81-85.
5. Васютков В.Я. Критическая оценка флебосклерозирующей терапии расширенных вен нижних конечностей / В.Я. Васютков, А.А. Соколов // Труды 5 конф. ассоциации флебологов России. — М., 2004. — С. 169-170.
6. Венгер І.К. Вибір тактики хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладненої трофічною виразкою / І.К. Венгер, Т.В. Романюк, М.В. Чорницький // Клінічна флебологія. — Том 5 - №1 - 2012. — С 48-51.
7. Гудз І.М. Современные подходы в лечении трофических язв венозной этиологии / И.М. Гудз // Материалы VI конференции з міжнародною участю «Сухаревські читання»-«Дискусійні питання в ангіології та судинній хірургії» Київ, 2013. — 256 с.
8. Гудз І.М. Консервативне лікування венозних виразок: що доказано у клінічних дослідженнях? / І.М. Гудз, О.І. Гудз // Клінічна флебологія. — 2012. — Том 5, №1 — С. 56-58.
9. Золотухин І.А. Компрессионное лечение хронической венозной недостаточности / И.А. Золотухин // Флебологическая. — 1998. — № 9. — С. 5-8.
10. Кайдорин А.Г. Роль пункционной электродеструкции в лечении венозных трофических язв / А.Г. Кайдорин, В.С. Руденко, В.Б. Стародубцев [и др.] // Материалы третьей конференции ассоциации флебологов России. — Ростов-на-Дону. — 2001. — С. 66-67.

11. Кириенко А.И. Результаты открытого сравнительного исследования эффективности и безопасности перевязочного материала Воскопран для местного лечения венозных трофических язв во II-III стадиях раневого процесса / А.И. Кириенко., Л.И. Богданец, В.Ю. Богачев [и др.] // Хирургия. - 2003. - № 9. - С. 38-40.
12. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е.М. Липницкий - М.: Медицина, 2010. - 160 с.
13. Липницкий Е.М. Место аутодермопластики в хирургическом лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами / Е.М. Липницкий // Материалы симпозиума «Реконструктивная и пластическая хирургия». - М., 2001. - С. 55-57.
14. Мартемьянов С.В. Комплексное лечение варикозной болезни нижних конечностей / С.В. Мартемьянов, В.В. Есипенко, А.А. Иванов [и др.] // Материалы международного хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». - М., 2003. - С. 211.
15. Матюшенко А.А. Нетелевизионная дистанционная субфасциальная диссекция перфорантных вен голени из мини-доступа / А.А. Матюшенко, В.Е. Васильев, Г.А. Пышаков // Материалы второй конфер. ассоциации флебологов России: М., 1999. - С. 168.
16. Путинцев А.М. Склеротерапия в лечении трофических язв у больных с тяжелой сопутствующей патологией при хронической венозной недостаточности / А.М. Путинцев, В.Н. Сергеев, Д.Е. Филиппов // Материалы 5 конфер. ассоциации флебологов России. - М., 2004. - С. 273.
17. Трофические язвы / [В.С. Савельев, А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев и др.] - Москва: Медицина, 2001. - С. 519-551.
18. Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С. Савельева - М.: Медицина, 2001. - 664 с.
19. Серажитдинов А.Ш. Микросклеротерапия в лечении трофических язв нижних конечностей при посттромбофлебической болезни / Серажитдинов, А.А. Фокин, В.В. Владимирский [и др.] // Традиционные и новые направления сосудистой хирургии и ангиологии: вып. 3. - Челябинск: «Иероглиф». - 2006. - С. 145-148.
20. Трофические язвы нижних конечностей. Клинико-практические рекомендации - Киев, 2010. - 17 с.
21. Тураев П.И. Хроническая венозная недостаточность и трофические язвы нижних конечностей / П.И. Тураев - Винница: Нова книга, 2005. - 208 с.
22. Ханевич М.Д. Стационарозамещающие и минимально инвазивные технологии в лечении трофических язв венозного генеза / М.Д. Ханевич, В.Ф. Зубрицкий, Е.Г. Градусов // Материалы 5 конфер. ассоциации флебологов России. - М., 2004. - С. 307-308.
23. Чернуха Л.М. Хроническое заболевание вен / Л.М. Чернуха // Здоров'я України. - 2011. - Т.259. - №6. - С.18-19.
24. Шиманко А.И. Комплексное лечение трофических язв при хронической венозной недостаточности / А.И. Шиманко, М.Д. Дибиров, А.Ю. Васильев [и др.] // Материалы международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии». Ростов-на-Дону. - 2005. - С. 335.
25. Щеглов Д.Г. Местное и системное лечение венозной трофической язвы / Д.Г. Щеглов // Флебология, специальный выпуск (Труды VI конфер. ассоциации флебологов России). - 2006. - С. 98.
26. Юпатов С.И. Лечение посттромботических и варикозных язв нижних конечностей / С.И. Юпатов, С.М. Смотрин // Хирургия. - 1982. - № 7. - С. 21-24.
27. Argnani M. Subfascial endoscopic perforator surgery (SEPS) as treatment of chronic venous insufficiency / M. Argnani, M. Cevolani, G.U. Turicchia // J. International Angiology, 14th World Congress Union Internationale de phlebologie. Rome. - 2001. - P. 47.
28. Avram J. Late results of SEPS in the treatment of chronic venous insufficiency / J. Avram, R. Avram, F. Cadariu [et al.] // J. International Angiology, 14 th World Congress Union Internationale de phlebologie. Rome. - 2001. - P. 159-160.
29. Baron H.C. Endoscopic subfascial surgery for incompetent perforator veins in patients with active venous ulceration / H.C. Baron, A.A. Saber, M. Wayne // Surg-Endosc. - 2001. - 15(1). - P. 38-40.
30. Barwell J.R. Surgical correction of isolated superficial venous reflux reduces long-term recurrence rate in chronic venous leg ulcers / J.R. Barwell, M. Taylor, J. Deacon // Eur-J-Vasc-Endovasc-Surg. - 2000. - Oct 20(4). - P. 363-368.
31. Bergan J.J. Venous disorders: treatment with sclerosant foam / J.J. Bergan // J. Cardiovasc. Surg. (Torino). - 2006. - Vol. 47, № 1. - P. 9-18.
32. Carandina S. Varicose vein surgery: stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): a long term randomised trial / S. Carandina, C. Mari, M. De Palma [et. al] // J. Vasc Endovasc Surg. - 2008. - № 35. - P. 230-237.
33. Cavezz A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs: UIP consensus document: part
2. Anatomy / A. Cavezzi, N. Labropoulos, H. Partsch [et. al] // J. Vasc Endovasc Surg. - 2006. - № 31. - P. 288-299.
34. Coleridge-Smith P. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs: UIP consensus document: part 1. Basic principles / P. Coleridge-Smith, N. Labropoulos, H. Partsch [et. al] // J. Vasc Endovasc Surg. - 2006. - № 30. - P. 710-719.
35. Criado E. Conservative hemodynamic surgery for varicose veins / E. Criado, S. Lujan, L. Izquierdo // Semin Vasc Surg. - 2002. - № 15. - P. 27-33.
36. Dissemond J. Der Einfluss des pH-Wertes auf die Wundheilung / J. Dissemond // J.of Wound Healing. - 2004. - № 5. - P. 242-243.
37. Falanga V. Wound Bed Preparation and the Role of Enzymes: A Case for Multiple Actions of Therapeutic Agents / V. Falanga // WOUNDS: A Compendium of clinical Research and Practice. - 2002. - № 2. - P. 47-57.
38. Gerlach H.E. Introducing controlled outpatient management of deep venous thrombosis: a feasibility study with 827 patients / H.E. Gerlach, W. Blatter // Phlebologie. - 2002. - № 31. - P. 77-84.
39. Ginsberg J.S. Prevention and treatment of postphlebotic syndrome. Results of a 3-part-study. / J.S. Ginsberg, J. Hirsh, J. Julian // Arch Intern Med. - 2001. - № 161. - P. 2105-2109.
40. Gloviczki P. Handbook of venous disorders / P. Gloviczki, S.T. Yao James - London: ARNOLD. - 2001. - P. 73-79.
41. Goren G. Minimally invasive surgery for primary varicose veins: limited invaginated axial stripping and tributary (hook) stab avulsion / G. Gorgen, A.E. Yellin // Ann Vasc Surg. - 1995. - № 9. - P. 401-414.
42. Graves J.W. Martorell hypertensive leg ulcer: case report and concise review of the literature / J.W. Graves, J.C. Morris, S.G. Sheps // J Human Hypertension. - 2001. - № 15. - P. 279-283.
43. Johnson F. Low-frequency ultrasound to manage chronic venous leg ulcers / F. Johnson // Br. J. Nurs. - 2003. - V.12(19 Suppl). - P. 14-24.
44. Kabnick L.S. Phlebectomy. In: Gloviczki P, editor. Handbook of venous disorders: guidelines of the American Venous Forum 3rd ed London / L.S. Kabnick. - 2009. - P. 105-110.
45. Kaplan R.M. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study / R.M. Kaplan, M.H. Criqui, J.O. Denenberg [et. al] // J. Vasc Surg. - 2003. - № 37. - P. 1047-1053.
46. Lagan K. A case report of low intensity laser therapy (LILT) in the management of venous ulceration: potential effects of wound debridement upon efficacy / K. Lagan [et al.] // J. Clin Laser Med Surg. - 2000. - V.18(1). - P. 15-22.
47. Maeso J. Comparison of clinical outcome of stripping and CHIVA for treatment of varicose veins in the lower extremities / J. Maeso, J. Juan // Ann Vasc Surg. - 1995. - № 9. - P. 401-414.
48. McDaniel H.B. Recurrence of chronic venous ulcers on the basis of clinical, etiologic, anatomic, and pathophysiologic criteria and air plethysmography / H.B. McDaniel, W.A. Marston, M.A. Farber // J Vase Surg. - 2002. - № 35. - P. 723-728.
49. McMullin G.M. An evaluation of Doppler ultrasound and photoplethysmography in the investigation of venous insufficiency / P.M. McMullin, C. Smith // Aust N Z J Surg. - 1992. - № 62. - P. 270-275.
50. Meaume S. Prognostic factors for venous ulcer healing in non-selected population of ambulatory patients / S. Meaume, D. Couilliet, F. Vin // J Wound Care. - 2005. - V.4(1). - P. 31.
51. Movatt-Larssen E. CHIVA / E. Movatt-Larssen, C. Shortell // Semin Vasc Surg. - 2010. - № 23. - P. 118-122.
52. Nepleg P. Intravascular ultrasound scan evaluation of the obstructed vein / P. Nepleg, S. Raju // J. Vasc Surg. - 2002. - № 35. - P. 694-700.
53. Pare J.O. Varicose vein surgery: stripping versus the CHIVA method: a randomized controlled trial / J.O. Pare, J. Juan, R. Tellez [et. al] // Ann Vasc Surg. - 2010. - № 251. - P. 624-631.
54. Partsch H. Does thigh compression improve venous haemodynamics in chronic venous insufficiency? / H. Partsch, G. Menzinger, B. Borst-Krafek // J Vase. Surg. - 2003. - №36. - P. 948-952.
55. Pittaluga P. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein / P. Pittaluga, S. Chastanet, B. Rea [et. al] // J. Vasc Surg. - 2009. - №50. - P. 107-118.
56. Rabe E. Epidemiology of chronic venous disorders. In: Gloviczki P, editor. Handbook of venous disorders: guidelines of the American Venous Forum 3rd ed London / E. Rabe, F. Pannier. - 2009. - P. 105-110.
57. Rooke T.W. Exercise strain-gauge venous plethysmography: evaluation of a "new" device for assessing lower limb venous incompetence. / T.W. Rooke, J.L. Hesser, P.J. Osmundson // Angiology. - 1992. - № 43. - P.219-228.
58. Smith J.J. Evaluating and improving health related quality of life in patients with varicose veins / J.J. Smith, A.M. Garratt, M. Guest [et. al] // J. Vasc Surg. - 1999. - № 30. - P. 710-719.

Реферат

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рябушко Р.Н., Ляховский В.И., Рябушко Н.А.

Ключевые слова: трофические язвы, нижние конечности, лечение, варикозная болезнь.

Прогрессирование заболевания от простого варикоза к хронической венозной недостаточности (ХВН) и развития венозных трофических язв (ВТВ) происходит довольно часто. Однако трофические венозные язвы остаются недостаточно изученным заболеванием, методы которого, соответственно, разработаны недостаточно. Успех лечения заболевания вен нижних конечностей во многом зависит от эффективности методов диагностики. В статье проведен анализ литературы, отражающий состояние проблемы современных подходов к комплексному лечению венозных трофических язв нижних конечностей. Данные литературы свидетельствуют о единстве взглядов на стратегию хирургического лечения варикозных трофических язв, что предусматривает устранение вертикального и горизонтального рефлюкса, но отсутствует единство взглядов на тактические подходы к решению данных вопросов. Современная хирургия использует опыт хирургического лечения трофических венозных язв для разработки новых методов лечения.

Summary

MODERN APPROACHES TO INTEGRATED TREATMENT OF VENOUS TROPHIC ULCERS OF LOWER EXTREMITIES (REVIEW ARTICLE)

Ryabushko R.N., Lyahovskyy V.I., Ryabushko N.A.

Key words: trophic ulcers, lower limbs, treatment, varicose veins.

Progression of the disease from simple vein varicosity to chronic venous insufficiency (CVI) and the development of venous trophic ulcers (VTU) are reported to be quite common condition. However, some aspects of trophic venous ulcers are still unclear, and therefore, management of this condition requires in-depth study. The successful outcomes of the disease of vein varicosity of the lower limbs considerably depend on the effectiveness of diagnostic methods. The article presents the analysis of the relevant literature on the state of the problem, modern approaches in integrated treatment of venous trophic ulcers of the lower extremities. The data reported demonstrate the unity of views on the strategy of surgical treatment of varicose trophic ulcers that stipulates the removal of vertical and horizontal reflux, but there is no unity of views on tactical approaches of these issues. Modern surgery uses the experience of surgical treatment of trophic venous ulcers to develop new more effective treatment approaches.