

УДК 616.14-007.64.

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕКОМПЕНСОВАНИХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кутовий О.Б., Соколов О.В.

Дніпропетровська медична академія МОЗ України, кафедра хірургії №2, м. Дніпро, Україна,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2744-4595>,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4991-0366>,

e-mail: prof.kutovoy@gmail.com

Резюме. Мета. Визначення ефективності використання комбінованого методу лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок з трофічною виразкою, який включає хірургічну корекцію патологічного венозного рефлюксу і первинну пластику виразки аутовенозним клаптом.

Матеріали та методи. Проведено обстеження та аналіз результатів лікування 46 хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок з трофічними виразками. Зроблено порівняльний аналіз результатів комбінованого лікування за запропонованою методикою з використанням аутовенозної пластики виразки в порівнянні з загальноприйнятою тактикою.

Результати дослідження. Під час спостереження в післяопераційному періоді у пацієнтів групи дослідження ознаки адгезії клаптя до поверхні виразки відзначені в першу добу у 21 пацієнта (95,5%). У 1 хворого (4,5%) сталася диспозиція клаптя. У всіх пацієнтів відзначено перетворення клаптя в струп, який закриває поверхню виразки в терміни до 7 діб. Одночасно відзначено значне зменшення болю у виразці в післяопераційному періоді в порівнянні з контрольною групою. Відторгнення струпа у хворих групи дослідження спостерігали в терміни $23 \pm 7,2$ днів. У терміни до 1 місяця виразки повністю зажили у 19 хворих (90,1%) групи дослідження і 11 хворих контрольної групи (45,8%).

Висновки. Застосування методики дає змогу пришвидшити загоєння виразки, сприяє зниженню кількості ускладнень та підвищує якість життя пацієнтів у післяопераційний період. Залишається потреба пошуку шляхів тривалої фіксації аутовенозного клаптя у зоні трофічних змін.

Ключові слова: варикозна хвороба, трофічна виразка, хірургічне лікування, місцеве лікування виразки.

Вступ. Трофічні виразки при декомпенсованих формах варикозної хвороби через труднощі загоєння, незважаючи на значний розвиток різноманітних методик лікування, залишаються складною медичною та соціально-економічною проблемою [1]. Рівень інвалідизації таких хворих залишається стабільно високим та складає в Україні 0,27 на 10 000 населення [2]. Більше 70 % всіх випадків трофічних виразок розвиваються внаслідок прогресування хронічної венозної недостатності [3]. Саме з цих причин виникає необхідність адекватної корекції венозного відтоку з ліквідацією наявних патологічних рефлюксів та компартмент-синдрому гомілки [4]. На сучасному етапі комплексне лікування венозних виразок нижніх кінцівок ґрунтовано складається з таких напрямів, як постійна та/або переміжна компресійна терапія, хірургічне лікування, системна фармакотерапія, місцеве лікування [5].

За умови комплексного лікування більшість виразок площею до 1 см² самостійно загоюються після проведення венектомії у терміни до 2 місяців [6]. Проте виразкові дефекти гомілки більшого розміру потребують окремого підходу. Саме тому цікавість до нових методів, спрямованих на прискорення регенерації виразкового дефекту, не згасає [7, 8, 10, 11].

Обґрунтування дослідження. При плануванні лікування пацієнтів з хронічними виразками гомілки практич-

но ніколи не слід очікувати швидкого ефекту. Після хірургічної ліквідації патологічних рефлюксів у місці розташування виразки покращуються процеси репарації, але наявність локальної ішемії, розповсюдження фіброзу та розвитку різноманітних ускладнень вимагають декількох послідовних етапів хірургічного лікування [4]. Догляд за виразкою за таких умов потребує тривалої уваги та має відповідати вимогам сучасних рекомендацій, основаних на доказових даних багатьох центрових досліджень [6].

Високий ризик розвитку ускладнень на ранніх етапах відновлення виразки пов'язаний з наявністю неприкритого дефекту тканин та активної ексудації [12]. У цей самий час больові відчуття у виразці є максимальними у порівнянні з наступними фазами загоєння. Після закриття виразки вищезгадані прояви знижуються та пацієнти починають відчувати себе краще [11]. Таким чином скорочення термінів ранніх етапів регенерації виразки має прискорювати загальний час одужування пацієнтів [8].

Останнім часом приділяється багато уваги аспектам клітинної терапії в лікуванні венозних виразок, таких як використання фібробластів, плазми, збагаченої тромбоцитами, кордової крові та ін. Аутогенні матеріали дозволяють прискорити процеси відновлення за рахунок впливу на клітинну проліферацію, синтез екстрацелюлярного матриксу, вивільнення факторів росту, які впливають на васкуляризацію [5].

Використання клаптя, виготовленого з аутовени, яка видаляється з метою корекції рефлюксу після очищення виразки, в якості аутогенного біологічного покриття та джерела факторів стимуляції відновних процесів має низку беззаперечних методологічних та економічних переваг перед іншими методами клітинної терапії та потребує подальшого дослідження.

Мета дослідження. Визначення ефективності використання комбінованого методу лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок з трофічною виразкою, який включає хірургічну корекцію патологічного венозного рефлюксу і первинну пластику виразки аутовенозним клаптом.

Матеріали та методи. Проведено обстеження та аналіз результатів лікування 46 хворих на базі відділення хірургії судин КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечнікова» (м. Дніпро) на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок з трофічними виразками на медіальній поверхні гомілки. Загальна кількість чоловіків була 18 (39,1%), жінок – 28 (60,8%). Середній вік – $42,5 \pm 18,3$ років. Середня площа трофічних виразок склала $12,0 \pm 5,0$ см².

При надходженні в стаціонар для оцінки стану пацієнтів проводили клінічний огляд, ЕКГ, рентгенографію органів грудної клітини, лабораторні методи дослідження, ультразвукове ангіосканування вен нижніх кінцівок, планіметрію і бактеріологічне дослідження виразок, інтенсивність больового синдрому у виразці за 10-бальною аналоговою шкалою болю, а також оцінку тяжкості хронічної венозної недостатності і якості життя за системою Venous Clinical Severity Score (VCSS). Всім хворим призначали стандартне комплексне консервативне лікування, що включало компресійну терапію (II клас компресії), Детралекс по 1 таблетці 2 рази

на добу на весь період лікування, зміну пов'язок на післяопераційних ранах та виразках, рекомендації щодо способу життя і режиму активності, у відповідності до чинних клініко-практичних рекомендацій. Аналіз показника комплаєнтності лікування визначали для всіх хворих.

Критерії включення: згода на участь в дослідженні, хронічні захворювання вен з підтвердженням на ультразвуковому скрінингу рефлюксом у поверхневій системі вен у стадії С6 за класифікацією CEAP.

Критерії виключення: тромбоз глибоких вен на момент огляду або в анамнезі; порушення артеріального кровотоку зі зникненням пульсу більш ніж на одній з артерій ступні; рецидивуюча бешиха; малігнізовані виразки гомілки; декомпенсована артеріальна гіпертензія з середньодобовими показниками АТ вище за 160/100 мм рт ст.

Обсяг хірургічного втручання у всіх пацієнтів передбачав комбіновану венектомію, яка включала кросектомію та стріпінг, з метою усунення вертикального рефлюксу крові до рівня верхньої третини гомілки. У випадках, коли при обстеженні було виявлено виражений горизонтальний

рефлюкс, додатково проводили перев'язку перфорантних вен – у 3 випадках (6,5%). Евстравазальна корекція клапанів глибоких стегнових вен спіраллю Введенського була проведена у 2 випадках (4,4%). Варикозно-деформовані венозні притоки видаляли шляхом мініфлебектомії за методикою Мюллера.

Хворих, залежно від типу місцевого лікування виразки, розділили на 2 групи. У групі дослідження (n=22) одноментно з корекцією венозної гемодинаміки проводили санацію і дебрідмент трофічної виразки з наступною пластикою перфорованим фрагментом стінки аутовени. Аутовенозний клапот виготовляли з видаленого при венектомії стовбуру великої підшкірної вени, проводили перфорацію скальпелем з нанесенням отворів у шаховому порядку, у напрямку інтима-адвентиція. Перфорований клапот накладався на виразку інтимою до раньової поверхні. У контрольній групі (n =24) проводили виключно венектомію, санацію і дебрідмент трофічної виразки з наступним накладанням асептичної пов'язки. Характеристика груп хворих подана у табл. 1.

Таблиця 1

Характеристика груп хворих у залежності від віку, статі та типу виразки

Параметри	Критерії	I група	II група	Всього
		n=22	n=24	n=46
Склад виборки	Чоловіки	10 (45,5%)	8 (33,3%)	18 (39,1%)
	Жінки	12 (54,5%)	16 (66,7%)	28 (60,9%)
	Середній вік (років)	43,5±9,9	51,0±8,4	42,5±18,5
Рефлюкс	у басейні ВПВ	22 (100,0%)	22 (91,67%)	44 (95,65%)
	у басейні МПВ	6 (27,3%)	4 (16,67%)	10 (21,74%)
Сторона ураження	справа	7 (31,8%)	5 (20,8%)	12 (26,1%)
	зліва	13 (59,1%)	18 (75,0%)	31 (67,4%)
	З двох сторін	2 (9,1%)	1 (4,2%)	3 (6,5%)
	Бали VCSS	15,2±6,7	14,8±6,2	14,9±6,4
Параметри виразки	Середня площа виразки см ²	12,4±4,9	11,8±5,2	12,0±5,0
	Середня тривалість існування виразки (місяців)	9,4±3,8	8,9±5,1	9,1±4,9

Примітка: Статистично достовірних відмінностей (p>0,05) між результатами у хворих різних груп не виявлено.

На момент початку обстеження групи хворих були співставними за основними критеріями.

Термін спостереження хворих у обох групах продовжувався до 6 місяців післяопераційного періоду. Візити з метою оцінки стану здоров'я пацієнтів проводилися поетапно: I етап – до лікування, II етап – на 7-й день лікування, III етап – через 1 місяці, IV етап – через 3 місяці, V етап – через 6 місяців. Під час візитів подальшого спостереження проводилася оцінка загального стану пацієнтів, їх працездатність, оцінювався біль у виразці за 10-бальною аналоговою шкалою болю, а також під час перев'язки відмічалися морфологічні зміни у виразці, планіметрія, фіксувалася динаміка ексудатії та ускладнення за наявності. Для оцінки динаміки регенерації для пацієнтів групи дослідження визначали терміни адгезії аутовенозного клаптя, строки його відторгнення та час повної епітелізації виразки. У той час для пацієнтів групи контролю динаміка регенерації визначалася вимірюванням площі росту грануляційної тканини, покривного епітелію шляхом фотофіксації з планіметриєю та часом повної епітелізації виразки. Контрольні ультразвукові дослідження вен нижніх кінцівок у післяопераційному періоді виконувалися хворим на візиті через 3 місяці після хірургічного втручання з метою оцінки венозної гемодинаміки та виявлення шляхів рефлюксу.

Статистична обробка результатів проводилася з використанням пакетів програм Microsoft Excel (Ліцензія: підписка Microsoft Office 365, ID 02984-001-00000), StatPlus:mac (AnalystSoft Inc., StatPlus:mac. Версія 6, Ліцензія: №12083386).

Визначалися середні величини [M ± m], достовірність середніх величин за критерієм Стьюдента (t). Статистично достовірною вважалася різниця між показниками при p<0,05. Для оцінки міри лінійної залежності перемінних використовувався коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона та його значимість [4].

Результати дослідження. При ретроспективному аналізі історій хвороб пацієнтів з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок у стадії С6 було встановлено, що методики лікування, які включали високе лігування великої підшкірної вени, її парціальний стріпінг та санацію виразки, призводили до епітелізації дефектів площею 5-15 см² протягом перших трьох місяців лише у 58,7% пацієнтів. При цьому частка ускладнень за період спостереження склала 48,1%, серед яких 59,0 % є проявами запально-інфекційного процесу у виразці. Отримані результати були розцінені нами як такі, які потребують поліпшення.

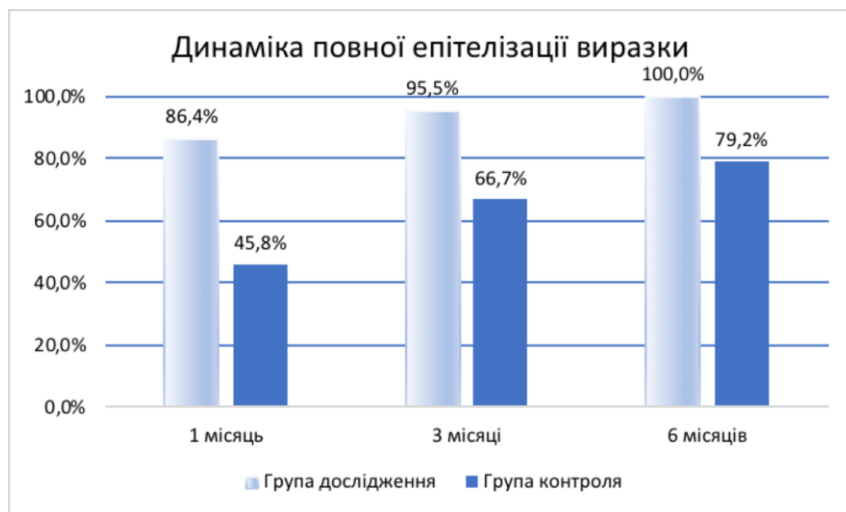
Період амбулаторної передопераційної підготовки у хворих обох груп був співставним та склав 9,1±3,4 у групі дослідження та 9,4±3,5 днів у групі контролю, під час якого проводилися заходи з санації виразки та компенсації супутньої патології.

У стаціонарі після операції спостерігалися незначні ускладнення, такі як підшкірні гематоми. Аналіз післяопераційних ускладнень поза виразкою у обох групах показав співставність за кількістю та типом, без достовірних відмінностей. Під час спостереження у післяопераційному періоді у пацієнтів групи дослідження, ознаки адгезії клаптя до поверхні виразки виявлені у першу добу у 21 пацієнта

(95,5%). У одного хворого відбулася диспозиція клаптя, внаслідок чого неповна адгезія вени засвідчена при зміні пов'язок на третю добу. У всіх пацієнтів перетворення аутовенозного клаптя на струпу, який закриває поверхню виразки, зафіксовано у терміни до 7 днів. Одночасно помічено значне зменшення больового синдрому у виразці у післяопераційний період за аналоговою 10-бальною шкалою у групі дослідження ($0,8 \pm 0,5$) у порівнянні з контрольною групою ($4,2 \pm 1,7$). Відторгнення струпу у хворих групи дослідження спостерігали у терміни $23 \pm 7,2$ дні. При цьому у 18 хворих (79,9%) виразка перебувала у фазі епітелізації. У 2

хворих (9,1%) спостерігали явища ексудації та у 1 хворого (4,5%) визначено ознаки інфекції внаслідок диспозиції клаптя, його неповної адгезії та раннього відторгнення струпу.

У терміни до 1 місяця виразка повністю загоїлася у 19 хворих (90,1%) групи дослідження та 11 хворих контрольної групи (45,8%), що корелювало з проявами інфекційно-запального процесу у виразці. Динаміка повного загоєння виразок відображена на графіку 1. Динаміка важкості хронічної венозної недостатності за шкалою VCSS відображена у табл. 2.



Графік 1 Динаміка відновлення трофічних виразок на етапах спостереження у групі дослідження та контрольній групі.

Таблиця 2

Порівняльна динаміка середнього показника важкості хронічної венозної недостатності за шкалою VCSS

	Група дослідження n=22	Група контролю n=24	
До лікування	$15,2 \pm 6,7$	$14,8 \pm 6,2$	$p_{1-2} \leq 0,05$
7 доба після операції	$12,2 \pm 3,7$	$13,2 \pm 3,2$	$p_{1-2} \leq 0,05$
1 місяць після операції	$8,6 \pm 2,5$	$12,8 \pm 2,2$	$p_{1-2} \leq 0,005$
3 місяці після операції	$6,9 \pm 3,9$	$13,9 \pm 3,6$	$p_{1-2} \leq 0,05$
6 місяців після операції	$5,1 \pm 2,3$	$14,2 \pm 2,6$	$p_{1-2} \leq 0,05$

Термін перебування у стаціонарі становив $5,2 \pm 1,2$ дні для групи дослідження та $5,5 \pm 1,3$ для групи контролю ($p < 0,05$).

Обговорення результатів дослідження. Аналіз післяопераційних ускладнень поза виразкою у обох групах показав співставність за кількістю та типом, без достовірних відмінностей, що може свідчити на користь безпеки запропонованої методики.

Аналіз інтенсивності больового синдрому довів статистично достовірне ($p < 0,05$) його зниження в групі дослідження у порівнянні з контрольною групою, з коефіцієнтом кореляції Пірсона 0,897 та значимістю 0,005, що дозволяє не використовувати додаткові анальгетичні засоби, скоротити термін перебування у стаціонарі та обґрунтовує доцільність використання запропонованої методики. Найвищі його показники ми спостерігали у хворих контрольної групи з обширними трофічними виразками зі значною площею та глибиною дефекту, вираженими явищами фіброзу тканин, що свідчить про необхідність індивідуального підходу до вибору тактики лікування.

Диспозиція клаптя, яку спостерігали у одного пацієнта, пов'язана з механічним зрушенням під час перев'язки, свідчить про необхідність подальших досліджень методів атравматичної фіксації клаптя у періульцеральній зоні.

При порівнянні термінів загоєння виявлене достовірне скорочення у групі дослідження у порівнянні з конт-

рольною групою ($p < 0,05$). При аналізі кореляції термінів загоєння між групою дослідження та контрольною групою розраховано коефіцієнт Пірсона, який становить 0,925 та його значимість дорівнює 0,0005, що свідчить про позитивний вплив запропонованої методики на швидкість регенерації у виразці.

Оцінка порушень працездатності показала, що 20 хворих групи дослідження (81,8%) змогли повернутися до роботи протягом першого місяця. Середній термін відновлення працездатності склав $21,2 \pm 8,9$ доби. У групі контролю до роботи протягом місяця змогли повернутися лише 11 пацієнтів (45,8%). Середній термін відновлення працездатності склав $56,3 \pm 12,9$ доби. Таким чином, отримані результати засвідчують, що хворі з трофічними виразками, за умови раннього закриття, мають менші терміни відновлення працездатності та потребують меншого використання підтримувальних засобів та заходів із соціальної та фізичної реабілітації.

Висновки. Застосування удосконаленого комплексного методу лікування хворих з трофічними виразками, який включає корекцію патологічного венозного рефлюксу та одноментну місцеву пластику виразки аутовенозним клаптем після попереднього дебридментуєтод сприяє пришвидженню загоєння дефекту м'яких тканин, зниженню кількості післяопераційних ускладнень та підвищує якість життя пацієнтів у післяопераційний період.

При проведенні аутовенозної пластики трофічної виразки диспозиція клаптя призводить до його раннього відторгнення та сповільнює регенерацію дефекту. Це потребує пошуку шляхів тривалої фіксації аутовенозного клаптя у зоні трофічних змін.

При використанні запропонованого методу лікування, який включає раннє закриття венозної трофічної виразки, у хворих скорочується строк відновлення працездатності та значно зменшується потреба у використанні знеболюючих ліків, використання підтримувальних засобів та заходів із соціальної та фізичної реабілітації.

References:

1. O'Donnell T.F. et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery*. 2014. Т. 60. 2: 3S-59S.
2. Kosyn's'kyi O.V., Buzmakov D.L. Dynamika invalidnosti vnaslidok zakhvoryuvan' ven nyzhnikh kintsivok v Ukraini za 2014 rik .Ukrayins'kyi visnyk medyko-sotsial'noyi ekspertyzy. 2015; 2: 20 - 23.
3. Glociczki P. et al. (ed.). Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum. CRC Press, 2017.
4. Bergan J.J., Bunke N. (ed.). The vein book. Oxford University Press, 2014.
5. Lupaltsov V.I., Kitchenko S.S. Modern types of treatment of patients with chronic venous insufficiency complicated by trophic ulcers. *Ukrainian journal of surgery*. 2017; 2(33): 61 - 66. (literature review).
6. Khronichni zakhvoryuvannya ven nyzhnikh kintsivok i taza: diahnozyka, terapiya, likars'ko-trudova ekspertyza, profilaktyka uskladnen'. *Kliniko-praktychni rekomendatsiyi*. — К. : NAMN Ukrainy, Natsional'nyy instytut khirurhiyi ta transplantolohiyi im. O.O. Shalimova. 2014. P. 120. (Natsional'ni standarty Ukrainy).
7. Kutovyy O.B., Sokolov O.V. Vykorystannya autovenoznoho klaptevoho transplantatu v kompleksnomu likuvanni dekompensovanykh form varykoznoyi khvoroby. *Klinichna flebolohiya*. 2016; 1: 76 - 77.
8. Slesarenko C.B., Badyul P.A., Slesarenko K.S. Alhorytm plastycheskoy rekonstruktsyy pry ranevykh defektov. *Plastychna, rekonstruktyvna i estetychna khirurhiya*. 2015; 1-2: 6 - 22.
9. Day J. Diagnosing and managing venous leg ulcers in patients in the community. *British journal of community nursing*. 2015. Т. 20. Sup12. P. S22-S30.
10. Soltanian H., Garcia R., Hollenbeck S. Current Concepts in Lower Extremity Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2015. Vol. 1136. P. 815-829.
11. Kutovyy O.B., Sokolov O.V., Serheev O.A. Otsinka yakosti zhyttya khvorykh z trofichnymy vyrazkamy homilky pry varykoznii khvorobi ven nyzhnikh kintsivok za umov riznykh pidkhodiv do likuvannya. *Kyyiv. Klinichna flebolohiya*, 2014. Т. 7. P. 104 - 107.
12. Usenko Ye.YU., Nikul'nikov P.I., Chernukha L.M. Khronicheskiye zabolevaniya ven nizhnikh konechnostey i taza: diagnostika, lecheniye, laboratornyy kontrol', profilaktika oslozhneniy. *Klinicheskiye i prakticheskiye rekomendatsii*. К., 2014. P. 120.

УДК 616.14-007.64.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кутовой А.Б., Соколов А.В.

*Днепропетровская медицинская академия
МОЗ Украины, кафедра хирургии №2,
г. Днепр, Украина,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2744-4595>,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4991-0366>,
e-mail: prof.kutovoy@gmail.com*

Резюме. Цель. Определение эффективности использования комбинированного метода лечения варикозной болезни вен нижних конечностей с трофической язвой включающий хирургическую коррекцию патологического венозного рефлюкса и первичную пластику язвы аутовенозным лоскутом.

Материалы и методы. Проведено обследование и анализ результатов лечения 46 больных варикозной болезнью вен нижних конечностей с трофическими язвами на медиальной поверхности голени. Общее количество мужчин было 18 (39,1 %), женщин – 28 (60,8 %). Средний возраст – 42,5 ± 18,3 лет. Средняя площадь трофических язв – 11,0 ± 3,5 см². Произведен сравнительный анализ результатов комбинированного лечения по предложенной методике с использованием аутовенозной пластики язвы в сравнении с общепринятой тактикой.

Результаты. Во время наблюдения в послеоперационном периоде у пациентов группы исследования признаки адгезии лоскута к поверхности язвы отмечены в первые сутки у 21 пациента (95,5 %). У одного больного произошла диспозиция лоскута, что повлекло неполную адгезию фрагмента аутовены на третьи сутки. У всех пациентов отмечено преобразование аутовенозного лоскута в струп, который закрывает поверхность язвы в сроки до 7 дней. Одновременно отмечено значительное уменьшение боли в язве после операции по сравнению с контрольной группой. Отторжение струпа наблюдали в сроки 23 ± 7,2 дня. В сроки до 1 месяца язвы полностью зажили у 19 больных (90,1 %) группы исследования и 11 больных контрольной группы (45,8 %).

Ключевые слова: варикозная болезнь, трофические язвы, хирургическое лечение, местное лечение язвы.

UDC 616.14-007.64.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSATED FORMS OF VARICOSE DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES

O.B. Kutovyi, O.V. Sokolov

*Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine, Department of Surgery №2,
Dnipro, Ukraine,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2744-4595>,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4991-0366>,
e-mail: prof.kutovoy@gmail.com*

Abstract. Objective. Determination of the effectiveness of using a combined method of treatment of varicose veins of the lower extremities with trophic ulcers, including surgical correction of pathological venous reflux and primary plasty of the ulcer with an autovenous flap.

Materials and methods. The examination and analysis of the results of treatment of 46 patients with varicose veins of the lower extremities with trophic ulcers on the medial surface of the shin was carried out. The total number of men was 18 (39.1%), women - 28 (60.8%). The average age is 42.5 ± 18.3 years. The average area of trophic ulcers was 11.0 ± 3.5 cm². A comparative analysis of the results of combined treatment according to the proposed procedure with the use of auto-

venous ulcer plasty in comparison with conventional tactics was made.

Results and discussion. During follow-up in the postoperative period in the patients of the study group, signs of flap adhesion to the ulcer surface were noted on the first day in 21 patients. One patient underwent a disposition of the flap, which resulted in incomplete adhesion of the autovenous fragment, which was noted with the change of dressings on the third day. All patients underwent transformation of an autovenous flap into a scab that covers the surface of the ulcer within 7 days. At the same time, there was a significant reduction in the pain syndrome in the ulcer in the postoperative period compared with

the control group. The rejection of the scab in patients of the study group was observed at a time of 23 ± 7.2 days. In 18 patients (79.9%), the ulcer was in the phase of epithelialization. In terms of up to 1 month, ulcers completely healed in 19 patients (90.1%) of the study group and 11 patients in the control group (45.8%).

Keywords: varicose veins, venous ulcer, surgical treatment, local ulcer treatment.

Стаття надійшла в редакцію 02.07.2018 р.