

© I.K. ВЕНГЕР, А.Д. БЕДЕНЮК, Т.В. РОМАНЮК

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Трофічні виразки венозного генезу – тактика хірургічного лікування

I.K. VENHER, A.D. BEDENIUK, T.V. ROMANIUK

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

VENOUS TROPHIC ULCERS – TACTICS OF SURGICAL TREATMENT

Розглянуто результати обстеження і лікування 60 хворих із хронічною венозною недостатністю з трофічною виразкою на ґрунті варикозної хвороби. На основі вивчення гемодинаміки, мікробіоценозу трофічної виразки розроблено різні хірургічні тактики. Принципові відмінності у тактиці залежали як від особливостей гемодинаміки нижніх кінцівок, так і фенотипу виразки (розміри, глибина дефекту). За даними сонографічного обстеження, у всіх хворих виявлено вертикальний рефлюкс у великій підшкірній вені, що зумовило доцільність виконання кросектомії та короткого стріпінгу на стегні. В більшості випадків виявлено облітерацію вен гомілки запальним процесом або тромботичними масами, особливо в зоні трофічної виразки, тому стріпінг на гомілці не проводився. Рефлюкс у підшкірній вені на рівні гомілки був зумовлений в основному неспроможними перфорантними венами. Тому для ліквідації патологічного горизонтального рефлюксу виконували субфасціальну ендоскопічну дисекцію перфорантних вен (SEPS) I групи хворих.

Одночасно з радикальним оперативним втручанням проводили закриття виразкового дефекту трансплантатом. Перед радикальним оперативним втручанням здійснювали санацію виразки протягом 5–6 днів. При розмірах виразки не більше 5 см² та не глибше дермального шару здійснювали аутодермопластику розщепленим клаптом за авторською методикою. Глибша виразка більших розмірів важче піддавалась санації з наступною ксенодермотрансплантацією та аутодермопластиком.

При лікуванні I групи досягнуто кращих результатів: зниження тривалості лікування, відсутність рецидивів, кращий косметичний ефект.

У II групі хворих, зважаючи на несприятливі санітарні умови, великі розміри венозної виразки, недостатньо радикальне лікування (не ліквідовано венозний скид крові по неспроможних перфорантах), результати були відносно гіршими: тривале лікування, наявність рецидивів, відсутній косметичний ефект.

The results of examination and treatment of 60 patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities with varicose veins caused by venous trophic ulcers were studied.

Various surgical tactics were developed on the basis of venous hemodynamic and microbiocenosis of trophic ulcers. Fundamental differences in tactics depended both on the specifics of hemodynamic of the lower extremities veins, and the phenotype of ulcers (size, depth of defect). According to the ultrasonographic examination a vertical venous reflux in the greater saphenous vein had been revealed in all patients that caused the advisability of a crossectomy and a short stripping on the thigh. The obliteration of shin veins caused by the leg inflammatory process or thrombotic masses was revealed in most cases, especially in the area of the venous trophic ulcers. That's why the stripping of the shin veins wasn't performed. The greater saphenous vein reflux on the tibia was simplified with the incapable perforators. Therefore, the surgical subfascial endoscopic perforators dissection (SEPS) was performed to eliminate the pathological horizontal reflux in patients' group 1.

The radical surgical treatment was combined with the ulcer defect closure using transplants. Before this radical surgical intervention venous trophic ulcers were sanitized during 5-6 days. The ulcers sized less than 5 cm² and no deeper dermal layer were closed by autodermoplasty with skin split flap by authorized methods. Deeper and larger ulcers were sanitized. After that the xenodermoplastation, and than the autodermoplastation with skin split flap by authorized methods were performed.

In the patients' group 1 were achieved excellent outcomes: reducing the duration of treatment, no relapses, better cosmetic effect.

In the patients' group 2, which had the adverse conditions of readjustment, the large size of venous ulcers, impossibility of using of radical treatment (the perforators reflux wasn't eliminated enough) the outcomes were relatively worse: long-term treatment, recurrences, no cosmetic effect.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальною проблемою хірургії як в медичному, так і соціально-економічному аспекті залишається профілактика і лікування

хронічної венозної недостатності та її ускладнень – трофічних виразок [1, 9]. В Україні 25–30 % жінок та 10–20 % чоловіків страждають від хронічної венозної недостатності, яка в 40–90 % випадків уск-

ладнюється трофічною виразкою [5]. Без спеціального лікування трофічна виразка венозного генезу характеризується низькою тенденцією до загоєння і тривалим рецидивним перебігом (90%), що призводить до стійкої інвалідизації [2, 3, 4]. Проте незважаючи на всі успіхи в лікуванні трофічної виразки, відсоток рецидивування її залишається високий (4,8–31,6% при оперативному та 15–100% при консервативному лікуванні) [6, 8]. Для лікування трофічних виразок запропоновано близько 200 різноманітних консервативних та оперативних методів та близько 1000 медикаментозних засобів, що застосовуються в комплексі та ізольовано. Проте величезний вибір методик та засобів вказує на те, що проблема далеко не вирішена і досконалого методу лікування не існує [7]. Незважаючи на позитивні тенденції в лікуванні даної недуги, все ж захворюваність залишається високою, а результати лікування далекими від бажаних, що пов'язано з недоступністю сучасних методик та дороговартісних медичних препаратів більшості хворих [3].

Мета роботи: поліпшення результатів лікування хворих із хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок, ускладненою трофічною виразкою.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 60 хворих судинного відділення КЗ ТОР “Тернопільська університетська лікарня” з варикозною хворобою нижніх кінцівок, ускладненою трофічною виразкою великих розмірів, пролікованих протягом 2010 р. Середній вік пацієнтів склав 56 років ($\pm 4,1$ р.), розподіл за статтю: 76% хворих – жінки, решта – чоловіки. Виділено дві однакові групи за

статтю та кількістю хворих. I групу склали хворі з виразковим дефектом не більше ніж 5 см², і не глибше дермального шару. II групу склали хворі з глибшим виразковим дефектом, площею більш ніж 5 см². Обом групам хворих проводили ультразвукове дослідження венозного відтоку нижніх кінцівок, вивчення мікробіоценозу виразок, на основі яких розроблявся об'єм оперативного втручання. Після проведених оперативних втручань проводили оцінку віддалених результатів лікування.

Результати досліджень та їх обговорення.

У всіх хворих визначалась абсолютна нездатність остіального клапана великої підшкірної вени та патологічний вертикальний рефлюкс по підшкірній венозній системі на рівні стегна, що патогенетично зумовлювало доцільність верхньої кросектомії та короткого стрипінгу на стегні. В 82% I групи вертикальний рефлюкс на гомілці по підшкірних венах був зумовлений неспроможністю перфорантних вен, і 18% був пов'язаний з неспроможністю власних клапанів підшкірних вен як стегна, так і гомілки, про що достовірно свідчила проба Вальсальви, хоч і недостатність перфорантних вен у цій групі була також. У II групі хворих ультразвукове дослідження утруднювала поширена трофічна виразка гомілки, проте вдалось встановити, що на рівні гомілки основний стовбур підшкірної вени в 66% був або тромбований, або облітерований хронічним запальним процесом. І навпаки, венозні притоки на гомілці були варикозно розширені і переповнені кров'ю у 80% спостережень. Чітко простежувались неспроможні перфорантні вени (табл. 1).

Таблиця 1. Перфорантна недостатність при трофічній виразці II групи хворих

Перфорантні вени	Розміри	Частота вияву, %
May et Kuster	1,4–3,6 (2,41 \pm 0,8)	10
Cockett	1,4–8,1 (3,91 \pm 0,27)	90,2
Sherman	1,8–4,3 (2,54 \pm 0,09)	51,2
Boyd	1,8–2,8 (2,36 \pm 0,07)	26,6
Hunter	1,8–2,6 (2,15 \pm 0,06)	8,1
Dodd	2,1–3,6 (2,60 \pm 0,08)	32,9
Bassi	1,4–2,2 (1,43 \pm 0,07)	13,1
Литкові	2,9–3,3 (2,54 \pm 0,10)	54,1
Камбалоподібні	1,4–2,1 (2,18 \pm 0,09)	5,6
Малогомілкові	1,2–3,3 (2,63 \pm 0,11)	48,8

Згідно з отриманими даними як в першій, так і в другій групі хворих була необхідність у ліквідації горизонтального рефлюксу по неспроможних перфорантних венах гомілки, а також ліквідації кровотоку по розширених притоках гомілки, особливо у II групи.

Тому після проведення кросектомії та короткого стрипінгу в обох групах хворих виправданою була ліквідація горизонтального рефлюксу по перфорантних венах методом їх субфасціальної ендоскопічної дисекції (SEPS). Для цього використовували набір фірм “K. Stosz” (Німеччина) та “ППП” (Ро-

сія). Методику SEPS проводили у всіх хворих тільки І групи. Хворим ІІ групи методику не застосовували, зважаючи на високий ризик перфорації виразки та гнійно-септичних ускладнень. Та й технічно методика у таких хворих становила великі труднощі через виражений інфільтративно-рубцевий процес підшкірно-жирової клітковини. Проте у ІІ групі хворих поряд із ліквідацією вертикального рефлюксу по основному стовбурі великої підшкірної

вени проводили ін'єкційну склерооблітерацію варикозно розширених приток на гомілці.

Одночасно з радикальним оперативним втручанням виконували закриття виразкового дефекту трансплантатом.

Протягом 5–6 днів амбулаторної санації ранової поверхні А-бактерином вдалось суттєво зменшити рівень колонізації патогенною мікрофлорою (табл. 2).

Таблиця 2. Кількісний склад мікроорганізмів ранової поверхні після аплікації А-бактерину

Штам мікроорганізму	Кількість штамів виділених мікроорганізмів на 1 добу		Кількість штамів виділених мікроорганізмів на 5–6 добу	
	абс. число	%	абс. число	%
<i>S. haemolyticus</i>	119	33,8	2	9,1
<i>E. coli</i>	108	30,7	1	4,5
<i>S. aureus</i>	106	30,1	0	0
<i>S. pyogenes</i>	10	2,8	0	0
<i>S. faecalis</i>	9	2,6	0	0
<i>S. epidermidis</i>	0	0	10	45,5
<i>S. saprophyticus</i>	0	0	9	40,9
Всього	352	100,0	22	100,0

Таким чином, санація А-бактерином, починаючи з 6–8 доби, дозволила проводити радикальне оперативне втручання з пластикою шкірного дефекту. Розміри виразкового дефекту, добрі санаційні умови, а також виконане радикальне оперативне втручання у хворих І групи дозволили проводити аутодермопластику трофічної виразки розщепленим клаптом, використовуючи авторську методику (Патент України №47862, u200909361), яка дозволяє закривати дефекти шкіри більших розмірів при рівній площі донорського матеріалу. В ІІ групі хворих, зважаючи на гірші санаційні умови, великі розміри венозної виразки, недостатньо радикальне лікування (не ліквідовано венозний скид крові по неспроможних перфорантах), закриття трофічної виразки було проведено завдяки кріоліофілізованому ксенодермотрансплантату свині, з подальшою аутодермопластикой.

У І групі хворих вдалось досягти добрих результатів лікування: тривалість стаціонарного лікування склала 3–6 днів, задовільний косметичний ефект, ускладнень, рецидивів не було (спостереження протягом 6 міс.). У ІІ групі результати лікування були дещо гіршими: необхідність ліквідації ксенодермотрансплантата та проведення аутодермопластики (11–12 доба) пролонгувала стаціонарне лікування або вимагала етапної госпіталізації; гіршим був і косметичний ефект від лікування. Ус-

кладнень не відзначено, проте у 1 хворої мав місце рецидив (спостереження протягом 6 міс.)

Висновки. Розроблений об'єм оперативного втручання при трофічних виразках венозного генезу, який базується на характері порушення гемодинаміки кінцівок, розмірах та ступені бактеріального забруднення ранової поверхні, дозволить більш диференційовано підійти до хірургічного лікування ускладненої хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Перспективи подальших досліджень. Залишається невирішеною проблемою ліквідація горизонтального рефлюксу по перфорантних венах у хворих із поширеними трофічними виразками, тому подальші дослідження будуть здійснюватись у цьому напрямі. Серйозною проблемою судинної хірургії є рецидив трофічної виразки венозного генезу, навіть після проведеного радикального лікування, що пов'язано з реканалізацією облітерованих вен та неонатіогенезом. Дослідженнями останніх років провідних флебологічних клінік доведено, що в етіології цих явищ у більшості випадків лежить гіпертензія в глибоких венах нижніх кінцівок, пов'язана з відносною або абсолютною клапанною їх недостатністю. Відповідно до цього будуть вивчатись механізми даних явищ і розроблятись методики корекції клапанної недостатності глибоких вен.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васютков В.Я. Лечение венозных дисплазий у детей и подростков / В.Я. Васютков, Л.К. Евстифеев // Актуальные проблемы современной хирургии : труды международного хирургического конгресса. – М., 2006. – 213 с.
2. Волкославская В.Н. Экономические потери народного хозяйства Украины в связи с заболеваемостью венерическими и кожными болезнями / В.Н. Волкославская // Журнал дерматологии и венерологии. – 1999. – № 1. – С. 22–24.
3. Игнатъев И.М. Дуплексное сканирование в диагностике нарушений венозной гемодинамики при посттромботической болезни / И.М. Игнатъев, С.Ю. Ахунова, Р.А. Бредихин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002, Т. 8. – № 2. – С. 45–51.
4. Игнатъев И.М. Варикозная болезнь. Современные аспекты проблемы / И.М. Игнатъев, Р.А. Бредихин // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, № 4. – С. 105–109.
5. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е.М. Липницкий. – М. : Медицина, 2001. – 160 с.
6. Флебология : руководство для врачей / [Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.] ; под ред. В.С. Савельева. – М., Медицина, 2001. – 664 с.
7. Чернуха Л.М. Варикозная болезнь. Простая нозологическая единица или сложная проблема ? / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч // Хірургія України. – 2002. – № 1. – С. 37–42.
8. Glass G.M. Neovascularization in recurrence of the varicose great saphenous vein following transaction / G.M. Glass // Phlebology. – 1987. – № 2. – P. 81–91.
9. Rucley C.V. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcer / C.V. Rucley // Angiology. – 2007. – № 48. – P. 67–69.

Отримано 14.12.10