

КОМБИНИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

О.С. Попов, Ф.Ф. Ганиев, П.Ю. Хлопотов

МБУЗ Клиническая больница №1 г. Sterlitamak, Республика Башкортостан

Попов Олег Серафимович,
главный врач МБУЗ Клиническая больница №1, г. Sterlitamak,
453125, Россия, Республика Башкортостан,
г. Sterlitamak, ул. Коммунистическая 97,
тел. 8 (3473) 24-25-32,
e-mail: guzkb1@mail.ru.

В статье приведены материалы исследований по комбинированному хирургическому методу лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Основной целью исследований явилось создание унифицированного и патогенетически обоснованного метода хирургического лечения трофических дефектов мягких тканей нижних конечностей, возникших вследствие хронической венозной недостаточности. Указаны основные этапы подготовки и проведения оперативных вмешательств, направленных на ликвидацию рефлюкса венозной крови в нижних конечностях и закрытию дефекта мягких тканей методом аутодермальной пластики.

Ключевые слова: трофическая язва, субфасциальная диссекция перфорантов, аутодермопластика.

COMPLEX SURGICAL METHOD OF LOWER EXTREMITIES VENOUS TROPHIC ULCERS TREATMENT

O.S. Popov, F.F. Ganiev, P.Yu. Khlopotov

Clinic Hospital №1, Sterlitamak, Republic of Bashkortostan

The article includes the results of the investigations with complex surgical method of treatment of chronic venous deficiency C6s of lower extremities. The basic purpose of the investigations was the creation of the unified and pathogenetically substantiated method of surgical treatment of trophic defects of soft tissues of lower extremities originating from chronic venous deficiency. Basic stages of preparation for surgical operation and its realization directed to reflux elimination of venous blood in lower extremities and soft tissue defect closure by autodermaplasty method are given.

The key words: trophic ulcers, subfascial dissection, autodermaplasty.

Введение

Трофические язвы нижних конечностей являются наиболее тяжелой формой проявления хронической венозной недостаточности, сопровождающей варикозную болезнь вен нижних конечностей и посттромбофлебитическую болезнь нижних конечностей.



Рис. 1. Циркулярная трофическая язва голени

Исследования, проведенные ВОЗ, показали, что трофические язвы нижних конечностей встречаются у 2% взрослого населения, а заболеваемость этой нозологической формой составляет 0,2-0,35% в год [2,4]. В России различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей страдают свыше 35 млн. человек, около 15% из них имеют трофические изменения кожи, половина из которых в виде трофических язв нижних конечностей [6]. Современные представления о патогенезе трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности свидетельствуют о том, что в его основе лежит целый ряд патологических факторов. Решающее значение в развитии трофической язвы как при варикозной болезни, так и при посттромбофлебитической болезни нижних конечностей принадлежит статической и динамической венозной гипертензии. Наиболее тяжелые флебогемодинамические условия складываются в нижней трети внутренней поверхности голени, где встречаются потоки крови, возникающие за счет клапанной недостаточности поверхностных вен (вертикальный рефлюкс) и перфорантов из группы Кокета (горизонтальный рефлюкс) [5]. Наиболее радикальным методом устранения флебогипертензии является хирургическая операция. Однако в настоящее время отсутствует единый патогенетический подход к решению этой проблемы. Заживление обширных трофических язв нижних конечностей должно являться неотъемлемой частью совместного труда флебологов и косметических хирургов. Попытки заживления трофической язвы путем проведения аутодермопластики без ликвидации венозного рефлюкса с одной стороны и хирургическая коррекция венозного рефлюкса без окончательного

этапа в виде аутодермопластики с другой стороны, обрекают пациентов на длительное, а чаще всего на безуспешное лечение. Предложенные Пальма и Линтоном методы хирургической коррекции нарушения кровоотока из нижних конечностей ликвидируют патогенетические предпосылки развития или существования трофических язв [3]. Но длительно существующие обширные язвы, глубиной дост



Рис. 2. Аутодерматоластика

отделении хирургии сосудов, так как за время госпитализации такие трофические язвы эпителизируются. Длительность пребывания пациентов в отделении хирургии сосудов была не более 10-ти суток.

Второй этап лечения проводился в отделении термической травмы. Пациентам с поверхностными трофическими язвами более 3 см² и менее 78,5 см², кроме хирургической коррекции венозной недостаточности, мы проводили лечение в условиях гнотобиотической среды в аэротерапевтических установках АТУ-3, АТУ-5, как правило, без применения аутодерматоластики.

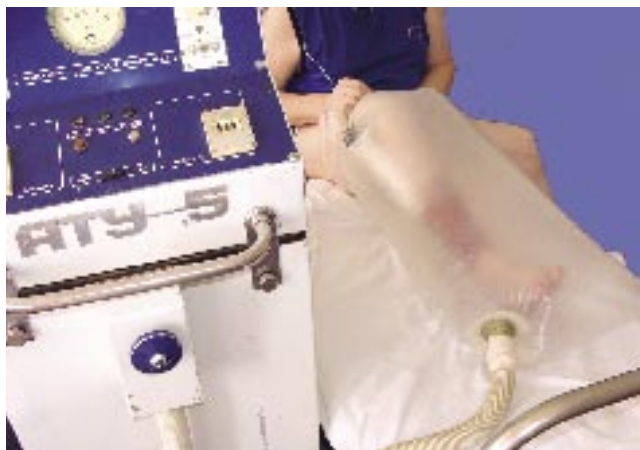


Рис. 3. Лечение в аэротерапевтической установке

Пациентам, имеющим поверхностные трофические язвы более 78,5 см² или глубокие трофические язвы, независимо от их размера, проводили хирургическую коррекцию венозного рефлюкса, подготовку в условиях аэротерапевтической установки и аутодерматоластику.

С целью быстрого очищения язвы и развития грануляций проводилась ежедневная обработка зоны трофических нарушений детергентами и лечение с созданием гнотобиотической среды в аэротерапевтических установках «АТУ – 3, АТУ – 5». На

данном этапе у большинства больных наблюдалась полная эпителизация трофической язвы или существенное сокращение ее площади. У части больных наблюдалась слабо положительная динамика или же размеры, и глубина трофической язвы не позволяла надеяться на самостоятельную эпителизацию трофической язвы. Таким пациентам показано проведение аутодерматоластики. После создания в язве условий для замещения дефекта кожи и «созревания» грануляций производилась аутодерматоластика. Для этого трофическая язва должна быть чистой, ярко красного цвета, иметь отпечатки марли при перевязках, иметь благоприятную цитологическую и микробную картины. Наиболее благоприятен регенераторный тип цитограмм

трансплантатом ухаживают ежедневными перевязками с растворами антисептиков, из которых отдается предпочтение хлоргексидину. Швы снимаются к тому времени, когда завершается закрытие ячеек (обычно это происходит на 7-е сутки). Длительность лечения в отделении термической травмы составила не более 35-ти суток.

По нашим данным, у 48 пациентов (96%) произошла полная эпителизация трофической язвы, из них у 42 пациентов (84%) весь процесс лечения до заживления язвы составил не более 45 дней, и в 6 случаях (12%) процесс заживления происходил в сроки до 6 месяцев, что объяснялось наличием обширных язв, занимающих в четырех случаях более двух третей поверхности голени (циркулярная язва). Этим пациентам понадобилось проведение нескольких этапов аутодермопластики.

В 2 случаях (4%) заживление язвы не произошло. При обследовании венозной гемодинамики в одном случае были выявлены оставшиеся несостоятельные перфорантные вены, в другом случае - сопутствующая патология (атеросклероз и диабетическая ангиопатия артерий нижних конечностей).

Заключение

Для эффективного лечения трофических язв венозной этиологии необходимо воздействовать на все звенья патогенеза. При поверхностных трофических язвах малых размеров можно ограни-

читься эндоскопической диссекцией перфорантных вен. Использование аэротерапевтических установок позволяет проводить эффективное лечение пациентов с поверхностными язвами средних размеров. Лечение пациентов с обширными и глубокими трофическими язвами требует проведения аутодермопластики. Характер цитогаммы позволяет судить о готовности трофической язвы к аутодермопластике.

Список литературы

1. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Богданец Л.И. Венозные трофические язвы // *Consilium Medicum*. – 2002. - № 1 - С. 5-8.
2. Материалы 11-го съезда Европейского отделения Международного ангиологического союза. Рим, 23-26 октября 1997 г. // *Флебологическая*. – 1997. - Специальный выпуск. – 72 с.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И. Эндоскопическая операция Линтона // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 1997. - № 3. – С. 24-26.
4. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // *Флебологическая*. – 2000. - № 11. – С. 5-10.
5. Савельев В.С. *Флебология. Руководство для врачей*. – М., 2001. – 523 с