

УДК 616.5-002.44-02:616.14-007.64]-089

М.В. СИРОЇД, Р.В. ГУРСЬКИЙ, І.М. ВОЙТАНОВСЬКИЙ, В.А. ТИТЮК, В.І. СЛИВКА  
Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, Клініки хірургії серця та магістральних судин, Львів

### ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ

Лікування хворих з трофічними виразками на ґрунті ХВН з використанням методики надфасціальної перфорантотомії (НФПТ) не потребує спеціальної та довготривалої передопераційної підготовки хворих і тривалого перебування у стаціонарі. НФПТ може бути виконана у пацієнтів з обширними трофічними виразками, не вимагає використання дорогозатратної апаратури та спеціальної підготовки персоналу у володінні цією апаратурою. НФПТ є високоефективним, малотравматичним та косметичним методом в комплексному лікуванні хворих з ТВ і дає можливість для досягнення хороших віддалених результатів.

**Ключові слова:** надфасціальна перфорантотомія, варикозна хвороба, посттромботична хвороба, трофічна виразка

**Вступ.** Актуальність проблеми заключається в тому, що:

- трофічні виразки (ТВ) венозної етіології трапляються від 0,1% до 5% дорослого населення індустріально розвинутих країн і становлять понад половину від усіх виразок нижніх кінцівок іншого генезу [1, 7];

- з віком понад 65 років частота ТВ помітно зростає і становить до 6% [2,10];

- наявність ТВ приводить до підвищення сенсибілізації та алергізації, фізичних та психічних страждань [8];

- ТВ є основною причиною інвалідності та довготривалих втрат працездатності у хворих з венозною патологією [8];

- лікування хворих з ТВ потребує тривалого часу та значних економічних затрат [2,7,10];

- на сьогоднішній день немає чітко розробленої тактики і методів лікування ТВ на фоні хронічної венозної недостатності (ХВН) нижніх кінцівок [3-6,9,12].

В механізмі розвитку трофічних виразок виділяють два рівні: макрогемодинамічний і мікроциркуляторний [11]. Основною ланкою на макрогемодинамічному рівні, що призводить до формування ТВ нижніх кінцівок на фоні варикозного розширення підшкірних вен (ВРПВ) чи посттромботичної хвороби (ПТХ), є флебогіпертензія. Пусковим моментом для настання флебогіпертензії є недостатність клапанів підшкірних чи перфорантних вен, що спричиняє виникнення вертикального та горизонтального рефлюксів крові. На думку Богачева В. Ю. та Золотухіна І. А. "... не венозна гіпертензія, як така, не сам гідростатичний чи гідродинамічний тиск, а зумовлений ними порушений кровоплин, відіграє основну роль у розвитку ХВН" [10]. Це в свою чергу веде до мікроциркуляторних порушень (розвитку хронічного запалення, виразки), котрі не можуть бути зупинені, поки не буде усунена венозна недостатність [11]. Таким чином необхідна хірургічна корекція ХВН. Ліквідація порушень діяльності м'язево – венозної пом-

пи гомілки досягається перед усім ліквідацією рефлюксу по неспроможних перфорантних венах.

Якщо питання ліквідації вертикального рефлюксу у великій чи малій підшкірних венах тим чи іншим методом є вирішеними і ні в кого із хірургів не викликає сумнівів, то питання необхідності ліквідації горизонтального рефлюксу та способи його виконання залишаються спірними, особливо при наявності ТВ в зоні оперативного втручання. Так Mendes R. та Сергеев О. [5, 12] вважають, що достатньо ліквідувати тільки вертикальний рефлюкс і не проводити перев'язку перфорантних вен. Значна більшість авторів рахують обов'язковим проведення операцій по ліквідації горизонтального рефлюксу, як одного із складових механізмів розвитку ТВ, і для цього пропонуються багаточисленні методики техніки виконання цих оперативних втручань.

Ми у своїй практичній діяльності керуємося думкою більшості авторів і впродовж понад 20 років у хворих з ТВ нижніх кінцівок венозного генезу виконуємо типову флебектомію стовбура великої, при необхідності, і малої підшкірних вен з видаленням варикозно змінених гілок і обов'язково проводимо ліквідацію горизонтального рефлюксу крові в зоні трофічних змін по розробленій нами методиці шляхом дистанційної надфасціальної перфорантотомії без перев'язки чи ушивання недостатніх перфорантних вен [6].

**Мета роботи.** Провести ретроспективний аналіз розробленої нами хірургічної тактики лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозного генезу.

**Матеріали та методи.** За період з 1993 по 2011р. у клініці прооперовано 4111 хворих з різними формами та ступенями ХВН. З них 357 (8,7%) мали незагоєні трофічні виразки, що відповідає С6с класифікації СЕАР. Пацієнти із загоєними (С5) виразками в групу аналізу не включались. Вік хворих був від 18 до 83 років, жінок було 218 (61%), а чоловіків – 139 (39%). Тривалість виразкового анамнезу до оператив-

ного втручання становила від 1-го місяця до 21-го року. В 296 (82,9%) випадках причиною ХВН було варикозне розширення підшкірних вен, а в 61 (17,1 %) – посттромботична хвороба (ПТХ). Значно більш тривалий анамнез трофічних виразок був у хворих з ПТХ. Варикозне розширення вен на одній кінцівці було у 160, а на обох у 136 хворих, при посттромботичній хворобі відповідно у 48 і 13. Рецидив варикозної хвороби був у 17 (4,8 %), при цьому 5 пацієнтів були оперовані раніше уже двічі, а 2 – тричі в інших лікувальних закладах. Всім хворим проводились загальноклінічні обстеження за 5 – 10 днів до поступлення в стаціонар і ультразвукове дуплексне ангіосканування підшкірних та глибоких вен з метою виявлення анатомічних особливостей та характеру ураження. При необхідності, в амбулаторних умовах, проводилась короткотривала (з моменту звернення пацієнта до планової госпіталізації) передопераційна санація виразок. В обов'язковому порядку відміняли мазеві пов'язки і переходили на вологовисихаючі, які рекомендували змочувати розчином хлоргексидину біглюконату 2-3 рази на день. В жодному разі не ставили за мету досягти загоєння виразки до операції. Всім пацієнтам з моменту звернення призначали венотоніки, в останні роки це препарати з групи діосмінів (нормо- вен, флебодіа), доза яких визначалась з обов'язковим врахуванням маси тіла. При наявності ознак алергізації шкіри в зоні ТВ – антиалергічні препарати (кларитин, лоратадин). В день поступлення у стаціонар усім пацієнтам виконували класичну венектомію в басейні великої і малої, чи тільки в басейні окремо ураженої вени (враховуючи клінічну картину та дані УЗДС). За останні два роки, при відповідних показах, виконуємо ендovenозну лазерну коагуляцію з обов'язковим, у групі пацієнтів з ТВ, пересіченням та перев'язкою формуючих гілок у ділянці медіальної та латеральної кісточок та всіх впадаючих гілок в місці впадіння ВПВ з пересіченням і перев'язкою останньої. Також, враховуючи результати дуплексного сканування, при наявності широкого гирла ВПВ, рефлюксу у поверхневу стегнову вену у місці сафено-феморального з'єднання та її діаметрі більше 10 мм, куску ВПВ прев'язували з захопленням стінок стегнової вени (СВ). Цим ми добивались незначного звуження просвіту СВ і зменшення вертикального рефлюксу крові. Після хірургічної обробки основних венозних стовбурів приступали до видалення окремих варикозно розширених гілок за методикою Мюллера з мініпроколів. Перед завершенням оперативного втручання виконували надфасціальну перфорантотомію під виразкою з обов'язково повним відшаруванням її від підлеглих тканин, без перев'язки чи прошивання пересічених комунікантних вен. Гемостаз при цьому досягається в першу чергу за рахунок ра-

дикального видалення варикозних гілок та надійного пересічення перфорантних вен, а також шляхом короткотривалої ручної компресії кінцівки асистентом.

За впровадженою і раніше описаною нами [6] методикою прооперовані всі 357 хворих з трофічними виразками. У 3-х пацієнтів даної групи із рецидивом, в котрих були видалені основні стовбури вен під час попереднього втручання, не було необхідності в проведенні класичної флебектомії і їм виконана лише перфорантотомія та видалення варикозно розширених гілок із мініпроколів. В післяопераційному періоді хворі отримували короткотривалі курси антибіотиків, а пацієнтам, з перенесеною в анамнезі бешихою, на тривалий період (до 3-х років) призначали внутрішньом'язові ін'єкції біциліну-5 в дозі 1,5 млн ОД щомісячно з метою профілактики рецидивів бешихи. Короткочасно пацієнти отримували неспецифічні протизапальні препарати. Також призначали довготривалі курси венотоніків. Перев'язки проводили в амбулаторному порядку з використанням розчинів антисептиків (бетадін, хлоргексидину біглюконат), категорично забороняли використовувати для орошення пов'язки розчини фурациліну та риванолу, в зв'язку з їх частою алергізуючою дією. Перев'язки старались проводити якомога рідше, щоб уникати травмування зон епітелізації виразки. Всім прооперованим пацієнтам в обов'язковому порядку рекомендувалась компресійна терапія. Еластичні бинти накладались поверх лікувальних пов'язок, а після загоєння виразок рекомендували носіння компресійних панчіх чи колгот помірної компресії до зникнення набряку кінцівки. На основі отриманих результатів проаналізована ефективність розробленої тактики лікування пацієнтів з ТВ венозного генезу.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 353 (98,9%) хворих виразки загоїлись в трьохмісячний термін і за час спостереження рецидив спостерігали через 8 місяців тільки у 1 (0,28%) хворої, що було пов'язано з технічною помилкою в проведенні перфорантотомії при першому оперативному втручанні. Лише у трьох (0,84 %) хворих отримані незадовільні результати. В першому випадку у 53-річної жінки з 17-річним “стажем” виразки, яка тричі за цей період оперувалася в інших лікувальних закладах, при цитологічному дослідженні виявлена малігнізація виразки. Хвора переведена в онкоцентр, де їй виконана ампутація кінцівки. В двох інших випадках не вдалося досягнути загоєння ТВ у хворих з ПТХ, що ми пов'язуємо з невиконанням пацієнтами рекомендацій в післяопераційному періоді.

Гематоми в ділянці перфорантотомії відмічені у 29 (8,1%) хворих, при необхідності їх дренивали під час першої перев'язки.

Обмежені некрози м'яких тканин у ділянці виразки були у 10 (2,8%) пацієнтів, що потребувало санаційної некректомії та аутодермопластики. Ці

ускладнення суттєво не впливали на післяопераційний перебіг.

Найчастіше хворі відмічали гіпестезії та парестезії в місцях проведення перфорантотомії, особливо у групі хворих з ліподерматосклерозом, але вони не потребували спеціального лікування і проходили самостійно через 3–8 місяців після операції.

Середній ліжкодень перебування всіх хворих у стаціонарі становив 5,4 і був помітно більшим у пацієнтів з ПТХ – 9,3.

**Висновки.** Лікування хворих з трофічними виразками на ґрунті ХВН з використанням методики надфасціальної перфорантотомії:

1. Не потребує особливої та довготривалої передопераційної підготовки хворих і тривалого перебування у стаціонарі

2. Може виконуватись у пацієнтів з обширними трофічними виразками

3. Не вимагає використання дорогозатратної апаратури та спеціальної підготовки хірургічного персоналу у володінні цією апаратурою

4. Є високоефективним, малотравматичним та косметичним методом ліквідації венозної гіпертензії і дає можливість досягнути хороших віддалених результатів.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Беленцов С.М. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей / С.М. Беленцов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2009. — №1. — С. 85—90.
2. Васютков В.Я. Трофические язвы стопы и голени / В.Я. Васютков, Н.В. Проценко — М.: Медицина. — 1993. — 160 с..
3. Гудз І.М. Паратібіальна фасціотомія та закриті роз'єднання перфорантних вен у лікуванні хворих із посттромботичним синдромом нижніх кінцівок / І.М. Гудз, В.А. Оринчак // *Серце і судини*. — 2006. — №4. — С. 128—129.
4. Льюдяна І.М., Хірургічне лікування венозних трофічних виразок / І.М. Льюдяна, С.Н. Зюзько // *Серце і судини*. — 2006. — №4. — С. 248—251.
5. Сергеев О.О., Роль неспроможних перфорантних вен при варикозній хворобі (новий погляд на стару проблему) / О.О. Сергеев, І.В. Люлько, О.Б. Кувовий та ін. // *Практична медицина*. — 2008. — №5. — С. 225—227.
6. Сироїд М.В. Надфасціальна перфорантотомія в комплексному хірургічному лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок / М.В. Сироїд, І.М. Войтановський, Р.В. Гурський та ін. // *Серце і судини*. — 2006. — №4. — С. 448—453.
7. Трофічні виразки при захворюваннях вен нижніх кінцівок. Патогенез, діагностика і лікування (методичні рекомендації). — К.: — 2001. — С.16.
8. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок / [ М.Л. Чернуха, О.В. Губка, І.М. Гудзь та ін.]. — Київ, 2005. — С.19.
9. Филимонов М.И. Субфасциальная диссекция перфорантных вен голени из «мини» — доступа / М.И. Филимонов, А.А. Матюшенко, В.Е. Васильев // *Флебологическая хирургия*. — 1997. — №4. — С. 1—4.
10. Флебология: Руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорський, А.И. Кириенко и др.; под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина. — 2001. — С.664.
11. Швальб П.Г. Некоторые вопросы патогенеза трофических язв венозного происхождения / П.Г. Швальб, С.В. Грязнов, А.П. Шальб // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2005. — №1. — С. 61—64.
12. Mendes R.R. Treatment of superficial and perforator venous incompetence without deep venous insufficiency: Is routine perforator ligation necessary / Mendes R.R., Marston W.A., Farber M.A. et al. // *J. Vasc. Surg.* — 2003. — №5. — P. 891 — 895.

M.V. SYROID, R.V. GURSKY, I.M. VOJTANOVSKY, V.A. TYTYUK, V.I. SLYVKA

*Military Medical Clinical Centre of Western Region, Clinic of Cardiovascular Surgery, Lviv*

#### SURGICAL ASPECTS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH THE TROPHIC ULCERS OF LOWER EXTREMITIES OF VENOUS GENESIS

The treatment of patients with trophic ulcers motivated by CVI using the technique of epifascial perforantotomy does not require special training and long-term preoperative preparation of patients and prolonged stay in hospital. Can be performed in patients with large trophic ulcers. Does not require the use of the expensive equipment and training personnel in possession of this surgical equipment. It is a highly effective, lowtraumatic and cosmetic method to eliminate venous hypertension and gives possibility to achieve a good remote results.

**Key words:** epifascial perforantotomy, varicose disease, postthrombotic disease, trophic ulcer

Стаття надійшла до редакції: 16.04.2012 р.