

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Чернуха Л.М.

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, отдел микрососудистой и пластической хирургии

Одним из тяжелых осложнений заболеваний вен нижних конечностей являются трофические язвы голени, которые отличаются от обычных ран малой тенденцией к заживлению и большой склонностью к рецидивам. Распространенность трофических язв, которыми страдает от 2 до 5% взрослого населения, превращает заболевание в проблему, имеющую социальное значение [1,2,3]. В развитии посттромбофлебитических и варикозных язв нижних конечностей ведущими являются застой венозной крови в поверхностных, глубоких и коммуникантных венах нижних конечностей, наличие извращенного тока крови, когда венозная кровь из глубоких вен по коммуникантным направляется в поверхностные венозные сосуды. Дезорганизация кровотока еще более усиливается, когда в процесс вовлекаются артериовенозные шунты [4]. Отечность тканей и последующий склероз их, постоянное повышение давления в венах нижних конечностей приводят к изменению структуры лимфатических сосудов, наступает

расстройство в микроциркуляторном русле [1,3,5]. Часто не удается достичь адекватной и стабильной коррекции венозной гемодинамики и лимфооттока, особенно при патологии глубокой венозной системы. Практические хирурги нередко проявляют чрезмерный радикализм в поиске перфорантных вен, применяя травматичные доступы Linton, Felder и др., вследствие чего трофические нарушения прогрессируют, на месте операционных рубцов образуются циркулярные трофические язвы. Бытует ошибочное, с нашей точки зрения, мнение об инкурабельности больных с обширными трофическими изменениями голени. Целью применяемого комплексного лечения было достижение стойкого заживления трофической язвы и стабилизации (или регресса) морфоструктурных изменений тканей как основных, наиболее значимых и мучительных для больного клинических проявлений.

В основу данного сообщения положены результаты лечения 83 больных с трофическими

язвами голени, которые были наиболее полно изучены и прослежены на протяжении от 3 до 7 лет. Причинами язв были посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) у 38 пациентов (45,8%), варикозная болезнь (ВБ) у 15 (18,1%), венозная форма ангиодисплазии у 4 (4,8%), хроническая лимфовенозная недостаточность (ХЛВН) на фоне ПТФБ у 14 (16,9%), ХЛВН на фоне ВБ у 12 (14,5%). Возраст больных от 19 до 77 лет. Площадь язв была различной: до 10 см² (малые язвы) у 45,3% больных, от 11 до 50 см² (средние язвы) у 49,6% и свыше 50 см² (большие язвы) у 5,1%. На левой нижней конечности язва встречалась несколько чаще (53,2%), чем на правой (40,5%). На обеих голених язвы отмечались у 6,3% пациентов. Типичной локализацией язв была медиальная поверхность нижней и средней трети голени (78,5%). Частота трофических язв голени находилась в прямо пропорциональной зависимости от длительности заболевания и нарастания декомпенсации венозного кровообращения в пораженной конечности. Так, спустя 10 лет от начала заболевания язвы голени встречались почти у каждого второго больного (44%) с ПТФБ. Прогрессивно также увеличивалась частота постоянных их спутников - гиперпигментации, индурации, целлюлита и липодермосклероза, свидетельствующих о глубоких, порой необратимых изменениях прилежащих мягких тканей.

Больные всесторонне обследованы: проведены рентгеноконтрастная флебо-, при необходимости, лимфография, доплерография, цитологические, иммунологические и патоморфологические исследования, измерение подфасциального давления по методу Whitesides (1975). Тактика хирургического лечения включала 3 этапа: 1) предварительная санация трофического очага с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам; у пациентов с рецидивами рожистых воспалений в анамнезе проводили обязательное профилактическое лечение антибиотиками методом лимфотропной или мезотерапии; 2) а) проведение дифференцированного этапного хирургического лечения, направленного на коррекцию венозной гемодинамики (венэктомия, венореконструктивные операции) Palma, Husni), трансплантация,

транспозиция или коррекция клапанов), а у больных с ХЛВН также и коррекция нарушенного лимфатического оттока путем наложения лимфовенозных анастомозов, выполнения лимфангиопластики или лимфоденирующих операций), б) обязательное иссечение трофической язвы в пределах относительно "здоровых" тканей и перевязка перфорантных вен или их разрушение закрытым способом с туннелированием целлюлитных очагов по методике, разработанной в отделе. У пациентов с выраженным фасциокомпрессионным синдромом на голени (при условии, что величины подфасциального давления выше 40 мм рт.ст. в горизонтальном положении) выполняли фасциотомию или фасциэктомию; в) аллодермопластика тканевого дефекта, образовавшегося после иссечения трофической язвы. 3/ через 2-4 недели, в зависимости от состояния аллотрансплантата и выполнения под ним грануляциями зоны дефекта производили аутодермопластику зоны трофической язвы полнослойным кожным лоскутом, взятым с передней брюшной стенки или медиальной поверхности плеча. У 17 пациентов с ПТФБ произведено закрытие зоны дефекта путем микрососудистой трансплантации лоскута широчайшей мышцы спины.

Обязательным компонентом послеоперационной реабилитации больных было назначение комплексного консервативного лечения, включающего электростимуляцию, пневмомассаж, магнитотерапию. Примененная тактика хирургического лечения больных с трофическими язвами при ХВН позволила достичь удовлетворительных результатов у 83% больных. Проведя детальный анализ результатов лечения, можем отметить, что проблема лечения трофических язв у больных с ВБ в настоящее время практически решена. К сожалению этого нельзя сказать о больных с посттромботическими трофическими язвами голени, частота рецидива у которых остается по-прежнему высокой. Конечно, добиться полного выздоровления у этих пациентов не представляется возможным, но достижение стабилизации процесса или регресса патоморфологических изменений тканей голени возможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков В.Я., Проценко Н.В. Трофические язвы стопы и голени. - М., Медицина. -1993.- 160 С.
2. Золотаревский В.Я., Мордвинов В.Л., Саввина Т.В., Ленкова Н.А. Чресфасциальное иссечение индуративно-измененной подкожной клетчатки при посттромбофлебитическом синдроме // Хирургия. -1992.- № 5-6.- С.40-45.
3. Берган Дж. Дж. Достижения в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности // Ангиология и сосудистая хирургия, - 1995.- № 3.- С.59-76.
4. Юпатов С.И., Смотрич С.М. Лечение посттромбофлебитических и варикозных язв нижних конечностей // Хирургия. - 1982.- № 7.- С. 21-24.
5. Dunn R.M., Fudem G.M., Walton R.L., Anderson FA Jr., Malhotra R. Free flap valvular transplantation for refractory venous ulceration//J.Vacs.Surg.- 1994.- 19/3: 525-531.

РЕЗЮМЕ

Хірургічне лікування трофічних виразок гомілки у хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок

Чернуха Л.М.

В основу даної публікації покладені результати лікування 83 хворих з трофічними виразками гомілки, за якими проводилося спостереження на протязі від 3 до 7 років. Хворим проводились рентгеноконтрастна флебо- та лімфографія, доплерографія т.ін., хірургічне лікування проводилося за тактикою, що складалася з 3 етапів. Усім хворим назначалося післяопераційне комплексне консервативне лікування. Примінена тактика хірургічного лікування хворих з трофічними виразками при ХВН дозволила досягти позитивних результатів у 83% хворих.

SUMMARY

Surgical treatment of trophic shank ulcer in patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities

L.M.Chernuha

The publication is based on the results of treatment of 83 patients with trophic shank ulcer whihc have been supervised during 3 to 7 years. The patients obtained roentgencontrast flebo- and lymphography, dopplerography etc., surgical tactics was performed in 3 stages. All patients obtained complex conservative postoperation treatment. The applied tactics of surgical treatment of patients with trophic ulcers allowed to achieve positive results in 83% of patients .