

С.А. СУШКОВ

## СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

УО «Витебский государственный медицинский университет»,  
Республика Беларусь

Целью работы являлось изучение возможности использования изолированной дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен для лечения трофических язв венозного генеза.

В исследование включено 54 пациента с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, имевших трофические язвы. Все больные оперированы. Предоперационный план предусматривал выполнение изолированной окклюзии задних большеберцовых вен кетгутом в зоне трофических нарушений. Проанализированы ход вмешательств и характер течения послеоперационного периода. Для оценки эффективности оперативного лечения больные осмотрены через 1-1,5 месяца. Трофические язвы к этому времени зажили у 93,7% пациентов.

Полученные результаты показали, что выполнение дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен способствует быстрому заживлению трофических язв венозного генеза. Данная операция патогенетически обоснована, так как позволяет ликвидировать ретроградный кровоток по задним большеберцовым и несостоятельным перфорантным венам в нижней трети голени. Сочетание дистанционной окклюзии с аутодермопластикой позволяет добиться заживления больших язв. Данная операция может рассматриваться как этап комплексного оперативного лечения больных с трофическими язвами венозного генеза.

The aim of the work was to study the possibility of posterior tibial veins remote occlusion application for trophic ulcer of venous genesis treatment.

54 patients with chronic venous insufficiency of the lower limbs who have trophic ulcers were included in the research. All the patients were operated on. The plan before the operation presupposed conducting of isolated posterior tibial veins occlusion by means of catgut in the region of trophic disturbances. The process of intervention and the character of post-operative period were analyzed. To evaluate the effectiveness of the operative treatment, the patients were examined after 1-1,5 months. By that time trophic ulcers had healed in 93,7% patients.

The obtained results have shown that carrying out distant occlusion of posterior tibial veins contributes to rapid trophic ulcer of venous genesis healing. The given operation is pathogenetically proved because it affords to liquidate retrograde blood flow along posterior tibial and incompetent perforate veins in the lower third of the shin. Combination of distant occlusion with autodermaplasty helps to reach large ulcers healing. It can be regarded as the phase of complex operative treatment of the patients with trophic ulcers of venous genesis.

Среди трофических язв нижних конечностей более 70% составляют язвы венозного генеза [1,2,3]. Это очень распростра-

ненная патология. По данным многих эпидемиологических исследований в западно-европейских странах около 1 % населения

страдает венозными трофическими язвами [4,5]. Даже для экономически богатых стран лечение этой категории больных представляет серьезную проблему. По данным С. Allegra [6] стоимость лечения только одного больного в Ломбардии (Италия) составляет 2964 евро. В целом ежегодные затраты национальных систем здравоохранения стран Западной Европы на лечение пациентов с хронической венозной недостаточностью очень велики [2,7].

Несомненно, велика заболеваемость и в странах СНГ. В России, согласно данным В.С. Савельева с соавт. [1], трофическими язвами венозного генеза страдает 2,5 - 3 млн. человек. Трудно сравнивать экономические затраты российского здравоохранения с аналогичными в европейских странах из-за несопоставимости цен, но они также велики [1]. В Республике Беларусь, по данным И.Н. Гришина с соавт. [8], насчитывается 2 миллиона больных варикозной болезнью, 40 000 из них имеют трофические язвы. Большая частота встречаемости патологии и высокая стоимость лечения создают серьезную социально-экономическую проблему для отечественного здравоохранения. Для её успешного решения необходима разработка эффективных лечебных методов.

К сожалению, лечение трофических язв венозной этиологии до настоящего времени является трудной задачей. Консервативные методы не всегда эффективны, требуют много времени, и очень велика частота рецидива язвы, т.к. все они являются симптоматическими. Только оперативное лечение предполагает радикальное воздействие на основные звенья патогенеза. В то же время, выполнение оперативных вмешательств на поверхностных и перфорантных венах при трофической язве в большинстве случаев сопровождается гнойно-некротическими осложнениями. Попытки закрыть трофическую язву, применив аутодермопла-

стику без коррекции венозного оттока, всегда обречены на неудачу. Таким образом, создается замкнутый круг. К сожалению, и отдаленные результаты после выполнения классической флебэктомии не могут полностью удовлетворять хирургов. По данным некоторых авторов, рецидив язвы возникает у 10-30% оперированных [9]. Обусловлено это тем, что во время вмешательства полностью не устраняются патологические гемодинамические сдвиги, приводящие к развитию трофических язв.

Неудовлетворенность результатами традиционных операций на поверхностных и перфорантных венах заставляет предпринимать попытки изыскивать новые методы оперативной коррекции гемодинамики. В последнее десятилетие при трофических язвах все шире стала применяться эндоскопическая диссекция перфорантных вен. Результаты её применения обнадеживают [10,11]. Однако высокая стоимость оборудования сдерживает её широкое внедрение.

В 1988 г. А. Н. Веденским [12] было предложено принципиально новое оперативное вмешательство - дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен (ДОЗВ). Суть её заключается в obturации просвета дистальных отделов задних большеберцовых вен аутовеной или кетгутом. Данное вмешательство позволяет ликвидировать ретроградный кровоток в задних большеберцовых и перфорантных венах в нижней трети голени, где обычно развиваются трофические изменения мягких тканей. Автор предлагал применять её как элемент хирургического вмешательства при выполнении комбинированной флебэктомии или самостоятельно у больных с хронической венозной недостаточностью. Несмотря на то, что операция патогенетически оправдана, она не получила широкого распространения. Большинство хирургов, опасаясь развития тромбоза глубоких вен, избегают применять её. В то же время, не-

которые флебологи [13,14,15] используют дистанционную окклюзию задних большеберцовых вен уже длительное время, убедившись в её эффективности. В большинстве случаев она является компонентом радикального вмешательства при хронической венозной недостаточности и выполняется в сочетании с флебэктомией.

Дистанционную окклюзию задних большеберцовых вен мы применяем уже в течение 12 лет. В большинстве случаев её выполняем в сочетании с различными вмешательствами на глубоких и поверхностных венах. По мере накопления опыта мы пришли к заключению, что можно применить изолированную дистанционную окклюзию для лечения трофических язв. В основу исследования была положена гипотеза о том, что достигаемая при этом коррекция венозного кровотока создает предпосылки для заживления язв.

В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы являлось изучение возможности использования изолированной дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен для лечения трофических язв венозного генеза.

### Материалы и методы

В исследование включено 54 пациента с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, имевших трофические язвы, класс С 6 в соответствии с международной классификацией CEAP. Среди больных женщин было 30, мужчин - 24. Средний возраст пациентов составил  $53,4 \pm 10,7$  лет ( $M \pm \sigma$ ). 35 больных страдали варикозной болезнью, 19 - посттромбофлебитическим синдромом. Средняя длительность заболевания была  $14,4 \pm 7,1$  лет ( $M \pm \sigma$ ). Критериями отбора больных для выполнения оперативного вмешательства являлось - неоднократное рецидивирование трофических язв или незаживление язвы в тече-

ние 3 месяцев на фоне проводимого консервативного лечения при впервые возникшей язве. Длительность язвенного анамнеза варьировала от 3 месяцев до 10 лет. Из всех пациентов только у 21 язва открылась впервые, при этом длительность существования открытой язвы варьировала от 3 месяцев до 1 года. У 33 больных язвы открывались неоднократно, у 18 - дважды, 6 - трижды, 3 четырежды, 6 - пациентов 5 раз. Площадь трофических язв варьировала в диапазоне от 1 до 60 кв.см. У всех пациентов была типичная локализация язв венозного генеза - внутренняя поверхность нижней трети голени.

В предоперационном периоде больным проводили инструментальное обследование, включающее дуплексное ангиосканирование и по показаниям ретроградную бедренную или подколенную флебографию. Специфической предоперационной подготовки не проводили. Только больным с выраженными воспалительными явлениями в окружающих язву тканях в течение 5-7 дней назначали антибиотики широкого спектра действия, производили ежедневный туалет язвы мыльной водой и накладывали повязки с антисептиками. В этот период пациентам с длительным язвенным анамнезом обязательно производили инцизионную биопсию для исключения малигнизации. Непосредственно перед операцией у 49 больных язва находилась в фазе экссудации, у 5 - в фазе репарации.

Все больные оперированы, предоперационный план предусматривал выполнение изолированной окклюзии задних большеберцовых вен кетгутом в нижней трети голени в зоне трофических нарушений мягких тканей. Оперативное вмешательство выполняли следующим образом. Позади медиальной лодыжки производился разрез длиной 3-4 см в проекции сосудистого пучка, обнажали и выделяли обе задние большеберцовые вены. Последние пересекали

и перевязывали дистальные концы в нижнем углу раны. В просвет каждой вены в проксимальном направлении на 10-15 см с помощью проводника вводили кетгуттовую нить сложенную вдвое. Применяли полиэтиленовый проводник диаметром 1 мм, длиной 20 см. В зависимости от ширины задних большеберцовых вен использовались два размера кетгута - USP 1 metric 5, USP 2 metric 6. Для облегчения введения кетгуттовой нити на неё надевали кольцо из вены шириной 2 мм, полученное при резекции дистальной части берцовых вен. Кольцо смещалось на середину нити, которая в этом месте складывалась вдвое. Для облегчения введения нити в просвет вены один из концов проводника упирается в сформированное кольцо, а кетгуттовая нить натягивается и удерживается в этом положении. Проводник вводился в просвет вены и продвигался в проксимальном направлении на 10-12 см. Обычно этого достаточно, чтобы окклюзировать задние большеберцовые вены под трофической язвой. Введение выше сухожильной части голени опасно развитием восходящего тромбоза глубоких вен. Затем проводник извлекался, а вена у места пересечения перевязывалась, при этом кетгуттовая нить фиксировалась. Так же производилась окклюзия второй вены. Рана послойно ушивалась. При размерах трофической язвы больше 6 кв. см. 9 больным произведена кожная пластика расщепленным лоскутом по традиционной методике.

Во всех случаях оперативное вмешательство проводилось под спинальной и эпидуральной анестезией. В послеоперационном периоде больным назначали ненаркотические анальгетики, гепарин в профилактической дозе (3-4 суток), аспирин по 0,25 г 2 раза в день (8-19 суток). Ходьбу с эластичными бинтами разрешали в день операции. Местное лечение включало ежедневные перевязки и наложение на тро-

фическую язву повязок с антисептиками. Швы снимали на 10-12 сутки. Если операция завершалась кожной пластикой, то местное лечение проводилось по методикам, принятым в пластической хирургии. Больных выписывали на 13-14 сутки. Дальнейшее лечение пациенты проходили амбулаторно.

Анализировались ход вмешательств, характер течения послеоперационного периода, интраоперационные и послеоперационные осложнения. Для оценки эффективности вмешательства все больные были осмотрены через 1-1,5 месяца.

### Результаты и их обсуждение

Большинству больных вмешательство было выполнено в соответствии с предоперационным планом. Продолжительность операции составляла обычно 10-15 минут. Некоторые трудности возникали на этапе выделения вен при выраженных трофических изменениях в области медиальной лодыжки. Интраоперационных осложнений не было. Только у 6 больных операцию пришлось завершить дистальной резекцией вен, так как из-за небольшого диаметра (менее 2 мм) не удалось ввести обтурирующий материал в просвет сосуда. Большинство из этих пациентов (4 больных) страдали посттромбофлебитическим синдромом. В отдаленные сроки они анализировались отдельно.

У всех больных послеоперационный период протекал благоприятно, мы не наблюдали развития восходящего тромбоза глубоких вен. Послеоперационная рана у всех пациентов зажила первичным натяжением. Средние сроки послеоперационного лечения составили  $13,1 \pm 3,5$  дней ( $M \pm \sigma$ ).

Из 48 больных, которым была произведена дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен, в сроки 1-1,5 месяца язвы не зажили у 3 пациентов. Причем у 2

из них в дооперационном периоде имелись язвы большой площади (более 6 кв.см.), поэтому операция дополнялась кожной пластикой. У этих 3 больных, хотя операция не привела к полному заживлению язвы, размеры их значительно уменьшились. Из 6 больных, у которых операция завершилась только резекцией задних большеберцовых вен, язва не зажила только у одной пациентки. Всем пациентам было предложено выполнение вторым этапом радикального оперативного вмешательства, направленного на более полную коррекцию гемодинамических нарушений. Такие операции в сроки от 1 до 7 месяцев были произведены 27 пациентам с зажившими и 4 с незажившими язвами. Причинами разных сроков выполнения второго этапа оперативного лечения были факторы не связанные с заболеванием (работа, семейная ситуация и т.д.). 23 больных в эти сроки отказались от продолжения лечения. Основной причиной отказа в первую очередь была определенная удовлетворенность результатами операции язвы зажили у всех из них. Все они наблюдались в течение года после операции. Рецидива трофической язвы не было ни у одного больного.

Проведенные исследования показали, что изолированная дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен - малотравматичное оперативное вмешательство, которое довольно легко переносится больными. При правильном её выполнении восходящего тромбоза глубоких вен не возникает. Послеоперационный период протекает благоприятно, что в принципе позволяет при дальнейшем применении операции сократить срок пребывания больных в стационаре.

Следует обратить внимание, что выполнение обтурации задних большеберцовых вен возможно при их диаметре более 2 мм. Поэтому пациентам в предопе-

рационном периоде необходимо производить ультразвуковое ангиосканирование дистальных отделов задних большеберцовых вен.

Изолированная дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен оказалась эффективным методом лечения трофических язв. У 93,7 % пациентов язвы зажили к моменту контрольного осмотра (1-1,5 мес.), у остальных значительно уменьшились в размерах. При больших трофических язвах оказалось возможным применение ДОЗВ в сочетании с аутодермопластикой расщепленным лоскутом.

Заживление трофических язв после оперативного вмешательства свидетельствует о том, что благодаря обтурации дистальных отделов задних большеберцовых вен удается устранить патологические вертикальный, а также горизонтальный рефлюксы и в некоторой степени улучшить местную венозную гемодинамику. Однако следует понимать, что изолированная дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен не устраняет другие патологические механизмы хронической венозной недостаточности, поэтому рассчитывать на стойкий эффект не стоит. Исходя из этого, мы считаем, что данную операцию следует использовать в качестве одного из этапов оперативного лечения хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами. На наш взгляд, можно её применять как самостоятельную операцию у больных пожилого возраста и имеющих сопутствующую патологию, т.е. у категории пациентов, которым не предполагается выполнение более радикальных вмешательств.

Таким образом, проведенные исследования показали, что изолированная дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен может применяться как метод лечения трофических язв венозного генеза.

### Выводы

1. Выполнение изолированной дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен способствует более быстрому заживлению трофических язв венозного генеза.
2. Данная операция патогенетически обоснована, так как позволяет ликвидировать ретроградный кровоток по задним большеберцовым и несостоятельным перфорантным венам в нижней трети голени.
3. Сочетание дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен с аутодермопластикой позволяет добиться заживления больших язв.
4. Изолированная дистанционная окклюзия может рассматриваться как этап комплексного оперативного лечения больных с трофическими язвами венозного генеза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев [и др.]; под ред. В.С. Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.
2. Medical costs of treating venous stasis ulcers: evidence from a retrospective cohort study / J.W. Olin [et al.] // *Vasc.Med.* - 1999. - Vol.4, №1. - P.1-7.
3. Elder, D.M. Venous disease: how to heal and prevent chronic leg ulcers / D.M. Elder; K.E. Greer // *Geriatrics.* - 1995. - Vol.50, №8. - P.30-36.
4. Ruckley, C.V. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers / C.V. Ruckley // *Angiology.* - 1997. - Vol.48, №1. - P.67-69.
5. Carpentier, P. Epidemiology of chronic venous insufficiency / P. Carpentier, P. Priollet // *Presse.Med.* - 1994. - Vol.23, №5. - P.197-201.
6. Allegra, C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalization-an Italian perspective / C. Allegra // *Current Medical Res.Opinion.* - 2003. - Vol.19, №8. - P.761-769.
7. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency. An underestimated public health problem / R. Van den Oever [et al.] // *Int. Angiol.* - 1998. - Vol.17, №3. - P.161-167.
8. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н. Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская. - Мн.: Выш.шк., 2005.- 253 с.
9. Патогенез и хирургическое лечение при трофических язвах нижних конечностей на почве варикозной болезни / Б.С. Суковатых [и др.] // *Вестник хирургии.* - 2000. - №3. - С.25-30.
10. Возможности эндоскопической хирургии в лечении декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В.А. Лазаренко [и др.] // *Вестник хирургии.* - 2005. - №3. - С.10-14.
11. Endoscopic perforating vein surgery. Review of the literature and personal experience / F. D'Angelo [et al.] // *Minerva Chir.* - 2001. - Vol.56, № 4. - P.365-381.
12. Веденский, А.Н. Новый способ коррекции патологического кровотока в венах голени / А.Н.Веденский // *Вестник хирургии.* - 1988. - №4. - С.143-144.
13. Патогенетическое обоснование объема и технология хирургической коррекции нарушений мышечно-венозной помпы нижних конечностей у больных с декомпенсированными формами варикозной болезни / Б.С. Суковатых [и др.] // *Вестник хирургии* - 1999. - №5. - С. 27-30.
14. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен: руководство для врачей / под ред. Ю.Л.Шевченко. - СПб: Питер Ком, 1999. - 320 с.
15. Аутовенозная обтурация заднеберцовых вен в комплексном хирургическом лечении хронической венозной недостаточности: методические рекомендации / К.Г. Абалмасов [и др.]; под ред. акад. РАМН Л.А. Бокерия. - М.: Изд-во НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН, 2002. - 12 с.

Поступила 18.09.2006 г.