

С.А. СУШКОВ, П.А. КУХТЕНКОВ, В.Я. ХМЕЛЬНИКОВ

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛОЙНОЙ
ДЕРМАТОЛИПЭКТОМИИ (SHAVE-THERAPY) ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

До настоящего времени лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей с выраженными трофическими нарушениями представляет трудную задачу. Не всегда удается добиться заживления трофических язв консервативными методами, а вмешательства только на венозной системе не позволяют достичь желаемого результата. В ряде случаев требуется выполнение пластики. Однако общепринятые методы пластического закрытия язвенного дефекта часто оказываются неэффективными.

В связи с этим представляет интерес возможность применения для лечения этой категории больных shave-therapy (послойной дерматолипэктомии) с аутодермопластикой расщепленным лоскутом.

В настоящее исследование включено 25 пациентов, которым выполнена данная операция. Она всегда сочеталась с вмешательствами на поверхностных, перфорантных и глубоких венах.

Первый опыт применения послойной дерматолипэктомии с аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом показал, что это эффективный метод лечения хронической венозной недостаточности, сопровождающейся выраженными трофическими расстройствами. Его применение позволяет добиться хороших результатов в самых трудных клинических ситуациях.

Ключевые слова: дерматолипэктомия, хроническая венозная недостаточность, варикозное расширение вен, посттромбофлебитическая болезнь, трофическая язва.

Till now treatment of the lower limbs chronic venous insufficiency with the marked trophic disturbances has remained rather problematic. It is not always possible to achieve trophic ulcer healing by means of the conservative methods, and the venous system intervention alone doesn't permit to reach desirable results. In number of cases performing of plastic surgery is required. However, generally accepted methods of ulcer defect plastic removal appear to be ineffective. Taking into account this fact, possibility of layer dermatolipectomy (shave-therapy) application with the splitted graft autodermaplasty for this category of patients is of great interest.

25 patients who have undergone this surgery are included into the present research. The operation has always been combined with intervention on the superficial, perforated and deeply-seated veins.

The initial experience of layer dermatolipectomy application with the splitted graft autodermaplasty has shown that this method of treatment is rather effective in case of chronic venous insufficiency accompanied by the marked trophic disturbances. Application of this method permits to obtain positive results in the most complicated clinical situations.

Keywords: dermatolipectomy, chronic venous insufficiency, varicose vein dilation, post-thrombophlebitic disease, trophic ulcer.

К пластике трофических язв венозного генеза приходится прибегать не часто. В соответствии с докладом группы международных экспертов по венозным трофическим язвам (Alexander House Group) 85% всех трофических язв при ХВН удается закрыть чисто консервативным путем [1]. При варикозной болезни этот показатель ещё выше, так как она протекает более благоприятно, чем при посттромбофлебитическом синдроме. Поэтому в большинстве случаев удается добиться заживления язв консервативными методами. По той же причине у этой категории больных только в единичных случаях возникает потребность применения сложных способов пластики (на сосудистой ножке, многослойными лоскутами, эспандерные методики и т.д.).

Основным и самым распространенным методом пластики трофических язв при хронической венозной недостаточности является свободная пластика расщепленным лоскутом. Однако применение этого вида вмешательств не всегда позволяет добиться хороших результатов. По данным Г.Д. Никитина с соавт. [2], только в 73% случаев при свободной кожной пластике после полного иссечения язвы удается достичь хорошего стойкого эффекта, а при пересадке кожи на гранулирующую поверхность результаты ещё хуже. Причина этого очевидна. При хронической венозной недостаточности в окружающих язву тканях развивается липодерматосклероз, эластические структуры подкожной клетчатки замещаются рубцовой тканью. В такой ситуации пластика расщепленным лоскутом позволяет только закрыть язвенный дефект, а остающиеся измененные ткани являются основой для последующего рецидивирования язв.

В клинике академика В.С. Савельева в 2003 году была апробирована методика послойной дерматолипэктомии [3], предложенная в 90-годах W. Schmeller et al. под названием «shave-therapy» [4]. Суть вмеша-

тельства заключается в послойном удалении фиброзно-измененных тканей при трофических язвах с последующей кожной пластикой расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. В.Ю. Богачев с соавт. [3], применив её у 10 больных, получили хорошие результаты. Нас также заинтересовала возможность использования этого вмешательства при трофических язвах, поэтому мы провели собственные исследования.

В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы являлось изучение возможности применения послойной дерматолипэктомии для лечения декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности.

Материалы и методы

В настоящее исследование включено 25 пациентов, прооперированных в клинике общей хирургии Витебского государственного медицинского университета в 2004-2006 г. Женщин было 14, мужчин – 11. Возраст больных варьировал от 33 до 57 лет и составил в среднем $46,9 \pm 7,3$ (M \pm u). Посттромбофлебитической болезнью страдали 6 пациентов, варикозной болезнью 19, причем у 3 был рецидив после ранее перенесенной флебэктомии. В соответствии с международной классификацией СЕАР больные относились к классу – С 6. У 21 пациента имелась одна язва, у 2 – две, а у 2 – три рядом расположенных язвенных дефекта. Площадь язвы варьировала от 9 до 126 кв.см. Длительность основного заболевания составила $18,2 \pm 6,1$ лет (M \pm u). Общий язвенный анамнез варьировал от 0,5 до 15 лет. У 14 больных количество рецидивов язвы было от 2 до 6. Во всех случаях имеющаяся на момент операции язва существовала не менее 6 месяцев и не поддавалась консервативному лечению. При поступлении у 21 больного была фаза экссудации, у

4 – репарации. Это потребовало проведения у большинства пациентов предоперационной подготовки, включавшей постельный режим, ежедневный туалет язвенной поверхности, антибактериальную и противовоспалительную терапию и т.д. Мы всегда в таких ситуациях придерживаемся «Орегонского протокола лечения трофических язв» [1]. Сроки предоперационного периода составили $8,1 \pm 4,8$ дней.

Для оценки состояния поверхностных, перфорантных и глубоких вен пациентам проводились диагностические исследования венозного русла нижних конечностей. Применялось дуплексное ангиосканирование и ретроградные методики флебографии.

Кроме послойной дерматолипэктомии и кожной пластики, всем больным одномоментно выполнялись оперативные вмешательства на поверхностных, перфорантных и глубоких венах. Объем операции избирался с учетом выявленных гемодинамических нарушений. У 5 больных выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен, у 12 – короткий стриппинг большой подкожной вены на бедре в сочетании с аутовенозной окклюзией её ствола на голени, 8 пациентам произведено удаление большой подкожной вены и её притоков. Из 20 больных, у которых производилось частичное или полное удаление большой подкожной вены, 9 выполнена дистанционная окклюзия, а 4 – резекция задних большеберцовых вен. Операции выполнялись с использованием регионарных методов обезболивания (спинальная или эпидуральная анестезия).

Послойную дерматолипэктомию производили по общепринятой методике [3]. Ручным дерматомом послойно удаляли язвы и трофически измененные ткани на голени. Обычно одномоментно срезаемый слой не превышал 0,4 мм. Обязательному удалению подлежали грануляции, рубцовые и индурированные ткани. Их границы определяли визуально или пальпатор-

но. Критерием достаточности удаления тканей являлось появление диффузной кровоточивости, симптом «кровяной росы». После завершения выполнения дерматолипэктомии образующийся дефект закрывали аутодермотрансплантатом. Оптимальным донорским местом являлась передняя поверхность бедра оперируемой или другой конечности. С помощью ручного или электрического дерматомы получали расщепленные кожный лоскут толщиной 0,3-0,4 мм, перфоратором наносили сквозные отверстия в шахматном порядке, увеличивающие площадь трансплантата в несколько раз. В результате получался сетчатый лоскут, позволяющий закрыть большой дефект.

Трансплантат расправляли на подготовленной поверхности и фиксировали по краям отдельными швами. Для равномерного прилегания лоскута на зону пластики черепицеобразно укладывали салфетки, нижние при этом смачивали стерильным глицерином. Перевязочный материал в конце операции фиксировался бинтом. На донорскую зону, после взятия трансплантата, накладывали марлю, а затем многослойную повязку. Уже в палате на всю конечность накладывалась эластическая повязка с использованием бинтов длинной растяжимости.

При анализе результатов примененного метода лечения оценивались ход вмешательств, течение послеоперационного периода, возникновение интраоперационных и послеоперационных осложнений. Больные осматривались через 6 месяцев и 1 год после вмешательства.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов операции выполнены в соответствии с намеченным предоперационным планом операций. Продолжительность её зависела в первую очередь от объема вмешательства на поверхност-

ных, перфорантных и глубоких венах. Непосредственно на этап дерматолипэктомии и аутодерматоластики затрачивалось не более 20 минут. Интраоперационных осложнений, связанных с её выполнением, не было. Диффузная кровоточивость после удаления рубцовых и индурированных тканей не приводила к возникновению значимого кровотечения. К моменту фиксации лоскута оно практически прекращалось. В некоторых случаях для уменьшения диффузного кровотечения на раневую поверхность на несколько минут накладывали салфетку, смоченную аминокaproновой кислотой. В случае попадания в зону операции перфорантов их прошивали 8-образным швом и перевязывали.

Послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно, каких-либо специфических особенностей, обусловленных выполнением дерматолипэктомии, не выявлено. Пациентам назначались анальгетики, антибиотики, дезагреганты. Антикоагулянты не применялись. У всех пациентов был умеренно выраженный болевой синдром, требующий введения анальгетиков. Сохранялся он до 2-3 суток.

Первую перевязку зоны пластики производили на 3-4 сутки, во время которой оценивали состояние лоскута. В последующем смена повязок осуществлялась ежедневно. Мы предпочитали использовать для местного лечения мазь «Левомеколь». Швы, фиксирующие лоскут, снимали по мере приживления аутодермотрансплантата. Гнойно-септических осложнений не было. Раны вне зоны пластики заживали первичным натяжением. Частичный некроз трансплантата возник у двух больных. В обоих случаях нарушения питания лоскуты выявлялись в ближайшие дни после операции. Однако, учитывая, что его большая часть имела удовлетворительное состояние, мы стремились сохранить трансплантат. В последующем такая тактика позволила избежать повторного вмешательства. Большая часть ра-

невой поверхности оказалась закрытой аутодермотрансплантатом, а возникшие дефекты зажили в течение 1-1,5 месяцев благодаря разрастанию эпителия с сохранившихся участков. У остальных 23 больных отмечено полное приживление кожного лоскута. Средние сроки пребывания в стационаре после операции составили $14,4 \pm 3,3$ дней ($M \pm y$).

После выписки больным назначалась компрессионная и фармакотерапия. В течение 1,5-2 месяцев больные применяли эластичные повязки с использованием бинтов средней растяжимости, а затем компрессионный трикотаж (III класс компрессии). Медикаментозные препараты назначались в режиме монотерапии флеботропными препаратами. Предпочтение отдавали представителям нового поколения (детралекс, флебодиа 600). Рекомендовали провести не менее 2 курсов в течение года. Подавляющее большинство больных строго придерживались полученных рекомендаций.

При осмотрах через 6 месяцев и 1 год после операции рецидива трофической язвы не было ни у одного больного. Состояние тканей в зоне пластики расценено как удовлетворительное. Все больные переведены в более низкий класс хронической венозной недостаточности (С 5 по СЕАР). Сами пациенты были удовлетворены результатами перенесенного оперативного вмешательства.

Первый опыт применения послойной дерматолипэктомии с аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом показал, что это эффективный метод лечения хронической венозной недостаточности, сопровождающейся выраженными трофическими расстройствами. Его применение позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и добиться хороших результатов в самых трудных клинических ситуациях.

Мы полностью согласны с В.Ю. Богачевым с соавт. [3], получившими также

положительные результаты применения дерматолипэктомии, что необходима дальнейшая разработка вопроса о показаниях к использованию данного вмешательства. Сам автор, предложивший её, считает, что она будет применяться у небольшой части больных [4]. Следует только отметить, что он ориентировался на структуру больных в западных странах. В Беларуси, как и в других странах СНГ, доля больных с выраженными трофическими нарушениями значительно больше, поэтому, возможно, у нас она окажется более востребованной.

Многолетний опыт показал, что пластику трофических язв при хронической венозной недостаточности нельзя рассматривать как самостоятельный метод. Она должна применяться только в сочетании с вмешательствами на венах нижних конечностей. Без предварительной или одновременной коррекции гемодинамических нарушений любая пластика трофических язв бесполезна [5]. Поэтому и shave-therapy должна сочетаться с вмешательствами на венах нижних конечностей.

Проведенные нами исследования показали, что послойная дерматолипэктомия с аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом (shave-therapy) представляется перспективным методом лечения хронической венозной недостаточности, сопровождающейся выраженными трофическими нарушениями. По мере накопления опыта будут разработаны более четкие показания к её применению, и она может быть в последующем рекомендована для широкого применения.

Выводы

1. Опыт применения послойной дерматолипэктомии с аутодермопластикой рас-

щепленным перфорированным лоскутом показал, что это эффективный метод лечения хронической венозной недостаточности, сопровождающейся выраженными трофическими расстройствами.

2. Применение послойной дерматолипэктомии с аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом позволяет добиться заживления больших язв, существенно сократить продолжительность лечения, уменьшить количество осложнений, улучшить отдаленные результаты.

3. Послойная дерматолипэктомия должна применяться только в сочетании с вмешательствами на поверхностных, перфорантных и глубоких венах нижних конечностей, без коррекции гемодинамических нарушений её выполнение бесполезно.

4. Необходима дальнейшая работа по определению четких показаний к использованию данного вмешательства у больных с хронической венозной недостаточностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. The Alexander House group. Consensus paper on venous leg ulcers // *Phlebology*. – 1992. – № 7. – P. 48-58.
2. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв / Г. Д. Никитин [и др.]. – СПб.: ООО «Сюжет». – 2001. – 192 с.
3. Послойная дерматолипэктомия (shave-therapy) при длительно незаживающих венозных трофических язвах / В. Ю. Богачев [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2003. – Т. 9, N 4. – С. 65-70.
4. Schmeller, W. Shave therapy is a simple, effective treatment of persistent venous leg ulcers / W. Schmeller, Y. Gaber, H. Gehl // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1998. – Vol. 39. – P. 232-238.
5. Савельев, В. С. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, В. Ю. Богачев // *Флебология*. – 2000. – № 11. – С. 5-10.

Поступила 22.02.2007г.