

ВАРИКОЗНЫЕ ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ

Кузьмин Ю.В., Жидков С.А., Копать А.А.

*Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный
медицинский университет»,*

*УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. В развитых странах 40% взрослого населения страдают хронической венозной недостаточностью. У 1-4% взрослого трудоспособного населения и у 4-5% лиц пожилого возраста развиваются варикозные трофические язвы.

Лечение пациентов с венозными трофическими язвами остается нерешенной проблемой. Общий прогноз по заживлению венозных язв и сегодня неутешительный: 50% из них заживают в течение 4 месяцев, 20% в течение 2 лет, 8% не заживают при 5-летнем наблюдении, 22% язв не поддаются заживлению более 5 лет. При заживлении трофических язв частота рецидивов составляет 6–15%. Все это требует дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель. Изучить частоту встречаемости варикозных язв больших размеров в структуре заболеваемости хронической венозной недостаточности в специализированном стационаре. Показать эффективность лечения язв больших размеров применением комбинации различных методов лечения.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 10326 пациентов страдающих варикозной болезнью, находившихся на стационарном лечении в городском сосудистом центре г. Минска с 2010 по 2019 год. Пациенты, страдающие варикозными язвами, составили 817 человек (7,1%). Варикозные трофические язвы больших размеров (более 20 см²) были выявлены у 104 (12,7%) пациентов. В лечении варикозных язв использовалась эндовенозная лазерная коагуляция, склерооблитерация вен и аутодермопластика. Аутодермопластика выполнялась пациентам после подготовки раневой поверхности и выполнения эндовенозной лазерной коагуляции вен.

Пациенты с большими варикозными трофическими язвами были разделены на две группы. В 1-ой группе (55 пациентов – группа сравнения), для подготовки раневой поверхности к аутодермопластике применялись мази на водорастворимой основе или раствор гипохлорита натрия. Во 2-ой группе (49 пациентов – основная группа) выполнялась Шейв-терапия. Отличий по возрасту и полу в группах выявлено не было

Забор кожных лоскутов толщиной 0,6 мм и Шейв-терапию выполняли электродерматомом «Эскулап». Эндовенозную лазерную коагуляцию подкожных вен, проводили диодным лазером «Медиола-компакт» белорусского производства с длиной волны 1,56 мкм.

В зоне липодерматосклероза выполняли склерооблитерацию притоков БПВ и перфорантных вен пенной формой 3% и 1% раствора этоксисклерола под контролем УЗИ. Использовался цифровая ультразвуковая диагностическая система с цветным доплером Arpogee 1200.

Результаты и обсуждение. С 2010 по 2019 год в городском сосудистом центре г. Минска было пролечено 817 пациентов с варикозными трофическими язвами. У 104 пациентов имелись варикозные язвы больших размеров (более 20 см²), что составило (12,7%).

Причиной развития варикозных язв больших размеров у 90 пациентов (86,5%) было варикозное расширение подкожных вен ног, у 14 (13,5%) – посттромбофлебитический синдром. У женщин данные язвы встречались чаще, чем у мужчин. Женщин было 61 (58,7%), мужчин – 43 (41,3%) – $p < 0,001$ (χ^2 хи-квадрат). Возраст пациентов колебался от 27 до 82 лет, средний возраст составил $54,5 \pm 6,3$ года. Размер язв колебался от 20 до 324 см², средний размер составил $103,9 \pm 55,3$ см². Язвы у пациентов были от 6 месяцев до 7 лет.

Пациентам с язвами более 20 см² проводилось следующее лечение:

- 1 группа. Выполняли эндовенозную лазерную коагуляцию и аутодермопластику свободным расщеплённым кожным лоскутом по общепринятой методике. Подготовка раневой поверхности к аутодермопластике осуществлялась мазями на водорастворимой основе или раствором гипохлорита натрия.

- 2 группа. Лечение выполняли по разработанной нами методике. Эндовенозную лазерную коагуляцию большой подкожной вены выполняли до границы липодерматосклероза. Затем в области липодерматосклероза под контролем УЗИ выполняли пенное склерозирование варикозно измененных притоков большой подкожной вены 3% раствором этоксисклерола 1:6 и перфорантных вен 1% раствором этоксисклерола 1:4. После этого с помощью электродерматома осуществляли забор кожного лоскута на передненаружной поверхности бедра толщиной 0,6 мм и площадью, соответствующей площади трофической язвы. Затем дважды проводили дерматомное иссечение тканей язвы (Шейв-терапию) на глубину 0,4 мм с выходом за ее края на 2-4 мм, перфорировали кожный лоскут и укладывали его на раневую поверхность. На лоскут накладывали неадгезивное сеточное покрытие и стерильную марлевую салфетку, пропитанную раствором гипохлорита натрия. Концентрация раствора гипохлорита натрия 600 мг/л. Первую перевязку выполняют через 4 суток, производили смену неадгезивного сетчатого покрытия и марлевой салфетки, пропитанной раствором гипохлорита натрия. Последующие перевязки выполняют через 3 суток без использования неадгезивного сетчатого покрытия.

Через 12-14 суток в области пересаженного кожного лоскута осуществляли пенную склерооблитерацию под контролем УЗИ перфорантных вен 1% раствором этоксисклерола 1:4.

Всем пациентам 1 и 2 группы в послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию согласно результатам антибиотикограмм, и компрессию пораженной конечности, трикотажем второго класса компрессии.

Пациенты с большими варикозными язвами (более 20 см²) находились на стационарном лечении до полного заживления язвенных поверхностей.

Срок приживления кожных трансплантатов: у пациентов 1 группы составил 15±3 суток, у пациентов 2 группы составил 14±2 суток (p>0,05).

В первой группе частичное лизирование кожного лоскута наблюдалось у 3 пациентов, во второй группе – у 1.

Длительность лечения больших варикозных язв: в 1 группе составила 56±4 койко-дня, во 2 группе составила 24±3 койко-дня (p<001).

В первой группе срок подготовки раневой поверхности к аутодермопластике составил 41±5 суток. Во второй группе подготовки раневой поверхности к аутодермопластике не требовалось. Подготовка раневой поверхности проводилась методом Шейв-терапии во время операции, включающей эндовенозную лазерную коагуляцию большой подкожной вены и аутодермопластику. Во второй группе требовалась только подготовка пациента к оперативному лечению под спинальной анестезией, потому что выполнить Шейв-терапию под тумисцентной (местной) анестезией, используемой при эндовенозной лазерной коагуляции вен, не представляется возможным.

Всем больным с варикозными язвами выполняли эластичную компрессию в течении 6 месяцев. Пациенты осмотрены через год после операции, рецидивов варикозных язв выявлено не было.

Как следует из проведенного исследования язвы больших размеров (более 20 см²) требуют стационарного лечения, с проведением оперативного вмешательства как на самих варикозно измененных венах, так и в области варикозной язвы. Проведение эндовенозной лазерной коагуляции до границы липодерматосклероза и склерооблитерации вен в непосредственной зоне липодерматосклероза позволяет избежать дополнительной травматизации трофически измененных тканей. Применение Шейв-терапии для подготовки варикозных трофических язв больших размеров к аутодермопластике позволяет максимально сократить первую фазу раневого процесса, т.к. позволяет максимально быстро очистить раневую поверхность варикозной язвы от нежизнеспособных тканей, снизить микробную обсемененность в этой области.

Данный комплексный подход позволяет соединить оперативное лечение варикозно расширенных вен и пластическое закрытие раневой поверхности в одно оперативное вмешательство. Это значительно снижает развитие послеоперационных инфекционных осложнений и сокращает сроки лечения.

Выводы.

1. Варикозные язвы больших размеров составляют 12,7 % от всех язв варикозной этиологии.

2. Сочетание лазерных технологий, пенной склерооблитерации вен и аутодермопластики – оптимальный лечебный комплекс при лечении варикозных трофических язв больших размеров.

3. Применение Шейв-терапии для подготовки варикозных трофических язв больших размеров к аутодермопластике позволяет выполнить пластическое закрытие этих язв с уверенностью полного приживления кожного трансплантата и сократить срок стационарное лечение таких пациентов в 2 раза.

4. Разработанный комплексный подход к лечению варикозных трофических язв больших размеров позволяет получить хороший клинический и экономический результат.