

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ SHAVE-THERAPY В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВАРИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Ославский А.И., Головня В.И., Савицкий С.В., Дубровская К.И.,
Козляковская Е.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно*

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно»*

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, болезни вен включены в список «болезней цивилизации». Согласно современным представлениям, варикозная болезнь (ВБ) на сегодняшний день остаётся одной из самых распространенных сосудистых патологий в экономически развитых странах [1], оказывая при этом значительное социально-экономическое влияние из-за высокой стоимости диагностики и лечения, а также потери трудоспособности [2].

Корреляция между возрастом и распространенностью варикозного расширения вен прослеживается у обоих полов. Эпидемиологические исследования показали, что повсеместно, лишь с небольшими вариациями, ХЗВ (хроническими заболеваниями вен) страдают 20–25% женщин и 10–15% мужчин [2], а с возрастом эти цифры достигают 40–66,4% у мужчин и 50–89,0% у женщин.

В России ВБ и последствиями перенесенного тромбофлебита поверхностных и глубоких вен страдают 35–38 млн. человек [1], а в Республике Беларусь, по данным А.Н. Косинца, не менее 28,04 % работников промышленности имеют варикозное расширение вен нижних конечностей.

Трофические язвы, осложняющие течение ВБ в 15–18% случаев [1], встречаются у 0,3–2% взрослого трудоспособного населения и 4–5% пациентов старше 65 лет.

Столь высокий удельный вес данной патологии в популяции является большой медико-социальной проблемой, так как при развитии декомпенсированных форм ХЗВ создается реальная угроза различным аспектам качества жизни людей. Подобные состояния требуют регулярного предоставления медицинских услуг, тем самым порой достигая 1–2 % всего бюджета здравоохранения страны [2]. Необходимость уменьшения стоимости лечения ХЗВ очевидна. Два главных и дорогостоящих проявления ХЗВ — варикоз вен с изменениями кожи и образованием язвы или без них [2].

Лечение таких пациентов представляет трудоемкий и не всегда эффективный процесс, который, даже в случае закрытия трофических язв, характеризуется высокой частотой их рецидива: после хирургического лечения, по данным разных авторов, — от 4,8 до 31,6%, в результате применения консервативных методов — от 15 до 100% [1].

Цель. Оценить непосредственные результаты нашего опыта лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей варикозной этиологии с применением методики послойной дермолипэктомии (shave-therapy) и методики быстрого заживления донорских ран.

Материалы и методы. Изучены непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с трофическими язвами варикозной этиологии. Под нашим наблюдением находились 18 пациентов с диагнозом С6ЕсAsPr-0. Все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 8 пациентов. Мужчин было 5, женщин 3. Средний возраст - $47 \pm 1,4$ лет. Средняя площадь трофической язвы составила $87,8 \pm 4,7$ см².

Пациентам данной группы выполнялись оперативные вмешательства на поверхностных и перфорантных венах. Объем операции избирался с учетом выявленных гемодинамических нарушений. В основной группе пациентов оперативные вмешательства были дополнены послойной дермалипэктомией с последующей кожной пластикой расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. Использовался дерматом с регулируемой толщиной (0,2-1,2 мм) и ширины (8-78 мм). Применялся перфоратор с коэффициентом увеличения площади лоскута (1:1,5; 1:3) и возможностью нанесения насечек или прорезывания насквозь. Дерматомом послойно удаляли трофические язвы и фиброзно-измененные ткани на голени. Как правило, одномоментно срезаемый слой не превышал 9 мм. Обязательно удаляли грануляции, рубцовые и индурированные ткани. Их границы определяли визуально и пальпаторно. Критерием адекватного удаления измененных тканей являлось появление диффузной кровоточивости (симптом «кровоной росы»). После выполнения дермалипэктомии на образующийся раневой дефект укладывали аутодермотрансплантат. Оптимальной донорской зоной являлась передняя поверхность бедра. В полученном кожном лоскуте толщиной 0,3-0,4 мм перфоратором в шахматном порядке прорезали сквозные отверстия. Получался сетчатый лоскут, увеличивающий площадь трансплантата в несколько раз и позволяющий закрыть значительный кожный дефект. Его расправляли на подготовленной поверхности и фиксировали по краям отдельными узловыми швами. Зону дефекта фиксировали марлевым бинтом. На конечность накладывалась компрессионная эластическая повязка с использованием бинтов.

После забора расщепленного кожного лоскута обрабатывали донорскую рану раствором антисептика, затем на нее укладывали салфетку с углеволокнистым тканым сорбентом АУТ-М2 белорусского производства. При использовании в салфетки АУТ-М2 реже наступает нагноение донорских ран, что обусловлено местным применением антибиотиков в сочетании с выраженными бактериостатическими свойствами углеволокнистых сорбентов. По данным нашего исследования [4] средний срок заживления донорской раны с использованием салфетки АУТ-М2 составил $11,3 \pm 1,1$ суток, в то время как

при использовании марли медицинской, пропитанной раствором антисептика, составил $14,8 \pm 1,8$ суток ($p < 0,05$).

Контрольную группу сравнения составили 10 пациентов, сопоставимых с основной группой по этиологии, размерам язвенного дефекта возрасту и гендерному признаку ($p > 0,05$). В этой группе выполнили флебэктомию и одномоментной аутодермопластикой трофической язвы свободным расщепленным кожным лоскутом без выполнения shave-therapy.

Результаты. В течении одного месяца после операции язвы зажили у всех пациентов в основной группе. В контрольной группе у 2-х пациентов отмечено уменьшение размеров язвенного дефекта, однако полной эпителизации к моменту выписки из стационара достигнуть не удалось. Средний срок стационарного лечения в основной группе составил $13,3 \pm 1,3$ койко-дня, в то время как в контрольной он равнялся $18,9 \pm 2,4$ койко-дней ($p < 0,05$).

Основными причинами отсутствия эпителизации и клинического выздоровления у 2-х пациентов в контрольной группе явился горизонтальный венозный рефлюкс и сочетание с хронической артериальной недостаточностью. Средний срок клинического выздоровления (полной ликвидации трофической язвы) составил, таким образом, $14,2 \pm 1,1$ дня в основной группе и $29,3 \pm 1,4$ дня в контрольной группе ($p < 0,05$). Однако у 2-х пациентов в контрольной группе наблюдался рецидив трофической язвы через $4 \pm 0,012$ месяца.

Выводы. При применении методики shave-therapy длительность пребывания пациента на стационарной койке сокращается. Способ активной тактики при лечении венозных трофических язв снижает риск вторичного инфицирования как язвенного дефекта, так и донорской раны. Методика shave-therapy позволяет добиться ранней и полной эпителизации трофической язвы.

Литература

1. Савельев, В.С. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев, В. А. Гологорский, А. И. Кириенко: под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина - 2001 – 664 с.
2. «Порочный круг» патогенеза хронической венозной недостаточности нижних конечностей: выбор эффективной фармакотерапии./Стойко Ю.М. [и др.]. — Consiliummedicum: Хирургия. №1 / 2011.
3. Ославский, А. И. Первый опыт комплексного лечения трофических язв нижних конечностей варикозной этиологии по методике shave-therapy / А. И. Ославский, Иоскевич Н. Н., Головня В. И. // Внедрение высоких технологий в сосудистую хирургию и флебологию: материалы XXXV Международной конференции, Санкт-Петербург, 21-23 июня 2019 г.: ред. Санкт-Петербург, 2019. – Т. 25, № S2. – С. 342.