

УДК 616.831-006:617-089

© Колектив авторів, 2011.

## АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАНІ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК У СТАДІЇ ТРОФІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

О.О Біляєва, В.М. Роговський, В.В. Яцун, О.М. Борківець

### TRANSPLANTATION OF SKIN IN THE TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

O.O. Belyaeva, V.M. Rogovsky, V.V. Yatsun, O.M. Borkivets

#### SUMMARY

The paper present-day principles of the diagnosis and treatment of chronic venous insufficiency (CVI). The part of the study deals with conservative treatment of CVI with currently available means of drug treatments. Emphasis is placed on the need of widely using phlebotonic agents having a polyvalent mechanism of action. The authors describe the technique and results of the application transplanted of skin. The data obtained allow to regard transplanted of skin as an effective, drastic and little traumatic technique which can be used successfully under conditions at certain terms.

### АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

О.О Биляева, В.М. Роговский, В.В. Яцун, О.М. Боркивец

#### РЕЗЮМЕ

В статье освещены современные принципы диагностики и лечения ХВН. Часть работы посвящена консервативному лечению ХВН, на основе использования современных средств медикаментозного лечения. Акцентируется потребность широкого применения флеботонических препаратов с поливалентным механизмом действия. Авторы приводят методику и результаты применения аутодермопластики. Полученные результаты позволяют считать аутодермопластику эффективным, радикальным и малотравматичным методом, который может успешно применяться при определенных условиях.

**Ключові слова:** хронічна венозна недостатність, оперативне і медикаментозне лікування, аутодермопластика.

Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок залишаються не вирішеною медичною та економіко-соціальною проблемою, що зумовлено, з одного боку, значною поширеністю захворювання, з іншого - недостатньою ефективністю консервативного та оперативного лікування, під час якого не завжди враховуються всі патогенетичні механізми хвороби [4].

Одним з головних завдань при лікуванні хворих на хронічну венозну недостатність нижніх кінцівок (ХВННК) у стадії трофічних порушень є закриття виразкового дефекту. Загально відомим методом досягнення даної мети є дермопластика. Ми розділяємо думку тих дослідників, які вважають, що аутодермопластика у хворих з ХВННК у стадії трофічних порушень немає самостійного значення і без корекції флебогіпертензії приречена на невдачу [2,3,5].

Ми розглядаємо її як один з етапів лікування хворих на ХВН у стадії трофічних порушень. Вона цінна, перш за все, тим, що дозволяє закрити виразковий дефект, а отже ліквідувати вхідні ворота для інфекції. Припинення життєдіяльності патологічної мікрофлю-

ри веде до зворотного розвитку проявів ендотоксикозу і припинення їх деструктивного впливу на гомеостаз. На наш погляд, це продовжує період ремісії, створює умови для виконання хірургічної корекції венозного кровотоку, покращує якість життя. Є дані, які свідчать про те, що при застосуванні аутодермопластики без корекції венозного кровотоку рецидиви зустрічаються в 17-20% випадків, що дозволяє розглядати аутодермопластику досить ефективним, а головне економічним методом лікування трофічних виразок у визначених умовах [7].

Мета роботи: вивчити доцільність застосування аутодермопластики, як етапу комплексного лікування хворих на ХВННК у стадії трофічних порушень на етапі кваліфікованої медичної допомоги в умовах хірургічного стаціонару.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами проаналізовано результати лікування 45 хворих на ХВННК у стадії трофічних порушень, що були виконані у хірургічному відділенні №2 Київської міської клінічної лікарні №6, клінік судинної хірургії

та гнійної хірургічної інфекції Головного військового клінічного госпітально Міністерства оборони України із 2000 по 2010 р.р. Вік хворих становив від 34 до 79 років, в середньому  $63,9 \pm 2,7$  роки. Чоловіків 24 (%), жінок 21 (%). Термін існування виразок коливався від 6 місяців до 5 років. Розміри дефекту шкіри ми визначали за власною методикою [6]. Вони становили від 80 до 300 см<sup>2</sup>.

Всі хворі у передопераційному періоді проходили курс консервативної терапії в стаціонарних чи амбулаторно-поліклінічних умовах. У всіх хворих застосовувались флеботробні препарати та симптоматична терапія в залежності від супутньої терапевтичної патології. Проте 20 (%) хворих отримували консервативну терапію під час госпіталізації до загально-хірургічного стаціонару, а 25 (%) – у амбулаторно поліклінічних умовах на базі денного хірургічного стаціонару. Хворі, що лікувались у стаціонарних умовах отримували перев'язки через одну-дві доби (в залежності від фази раневого процесу) з антисептиками та поверхневими сорбентами. Хворим, що лікувались амбулаторно, застосовували пов'язки Уна у модифікації П.І. Тураєва [8].

Операції проводились після досягнення вираженого позитивного клінічного ефекту від консервативної терапії, а саме: очищення поверхні виразки від нежиттєздатних тканин; припинення або значне зменшення ексудації; появи крайової епітелізації по всьому периметру виразки; появи соковитої грануляції; зменшення набряку гомілки; стихання проявів ліпідерматосклерозу, нормалізації загального стану.

Безпосередньо для виконання аутодермопластики використовували метод «поштових марок». Відомо, що тканини на дні венозних трофічних виразок містять збережені придатки шкіри (потові і сальні залози, волосяні фолікули – навіть після 30 річного існування трофічних виразок в активному виді), і, при створенні відповідних умов, закриття дефекту шкіри відбувається за рахунок крайової та острівкової епітелізації (з епітелію придатків шкіри) [1]. Тому повне закриття дефекту шкіри на меті не ставилось. Для отримання кращих результатів дотримувались певних прийомів: донорська ділянка шкіри на стегні відповідної ділянки ураження гомілки; обробку донорської ділянки шкіри проводили спиртом етиловим; заготовку трансплантантів проводили під місцевою анестезією; дотримувались збереження орієнтації дистального та проксимального відділу трансплантантів при укладці на раневу поверхню.

Доведено, що в патогенезі трофічних порушень при ХВН основну роль грає горизонтальний рефлюкс (строго говорячи, поперечна флотация крові) через неспроможні перфорантні вени. Клапанна недостатність підшкірних вен не настільки важлива. От чому основною мішенню хірургічного втручання при ХВН у стадії трофічних розладів повинне бути перетинання (диссекція) недостатніх перфорантних вен.

При цьому необхідно враховувати, що операції Лінтона, Фельдера, Коккета мають лише історичне значення і їх використання необхідно припинити (матеріали Всесвітнього конгресу флебологів, Лондон, 1995 р.) [9].

В якості альтернативи на сьогоднішній день пропонується значна кількість операцій: флбектомії, різні методи склеротерапії варикозного розширення вен нижніх кінцівок, в тому числі компресійна стовбурна препаратом тетрадецил-сульфату натрію (фібро-вейн) з високою перев'язкою поверхневих магістральних вен, ендоскопічні втручання та деякі інші методики. Однак наявність відкритої інфікованої трофічної виразки в пацієнтів із хронічною венозною недостатністю значно обмежує можливості одноментної радикальної хірургічної корекції порушень регіонарного кровообігу в зв'язку з високим ризиком гнійно-септичних післяопераційних ускладнень [10,11]. Певні проблеми виникають і з пацієнтами, соматичний стан яких чи їх категорична відмова від операції не дозволяють виконати хірургічне втручання [9].

У той же час в ендоскопічній практиці з метою зупинки кровотеч з аррозованих вен стравоходу широко застосовуються методи ендоскопічної склеротерапії, що відрізняються за способом введення склерозанту – інтравазальний (в просвіт судини), паравазальний (біля стінки судини) і комбінований [12]. Застосувати подібні методики в практиці флебохірургії нижніх кінцівок до недавнього часу було неможливо через брак інтраопераційних діагностичних методів.

У 90-х роках минулого століття широкого застосування набув неінвазивний метод дослідження, який дозволив в режимі реального часу локалізувати неспроможні перфорантні вени нижніх кінцівок та виконати прицільне субфасціальне введення склерозуючих речовин (СР) з метою їх облітерації, а саме – ультразвукове дуплексне кольорове ангіосканування. Дана технологія дозволяє:

- точно оцінити прохідність і стан клапанного апарату магістральних вен;
- визначити причини клапанної недостатності глибоких вен (варикозна чи посттромбофлебитична хвороба);
- виявити основні джерела низького вено-венозного скидання (у т.ч. локалізувати неспроможні перфорантні вени стосовно трофічної виразки);
- виявити атеросклеротичні зміни магістральних артерій кінцівок.

На сьогоднішній день є повідомлення про досвід інтравазальної ехосклерооблітерації неспроможних перфорантних вен гомілок, що був отриманий судинними хірургами [13,14]. Разом з тим, суттєвим недоліком інтравазального методу облітерації неспроможних перфорантних вен нижніх кінцівок є постійна загроза потрапляння СР до системи глибоких вен та велика кількість апаратного забезпечення необхідного для виконання методу, що веде до значної со-



ловін С.Г. Ендоскопічна діагностика та мініінвазивні методи в комплексному консервативному лікуванні кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку. Методичні рекомендації // Київ., - 2002. - 24 с.

13. Богачев В.Ю., Золотухин И.А., Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием техники «foam-foam» // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – Т. 9, №2. – С. 81-84. .

14. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Царев О.И.,

Гаврилов Е.К. Роль и место субфасциальной эндоскопической хирургии перфорантных вен в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Амбулаторная хирургия. - 2003. - №1(9). – С. 20-23.

15. Біляєва О.О., Яцун В.В., Дуган І.В., Віхляєв С.М., Роговський В.М., Хоменко В.В., Бойко О.В. Спосіб профілактики та лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок / Деклараційний патент України на винахід № 64171 А від 03.03.2003. Опубл. 17.05.2004 р. Бюл. №5.