



# SIMPOZIJ RANAH

24. do 25. 04. 2014

Kongresni center hotela Slovenija  
Portorož, Slovenija

## SODOBNI PRISTOPI ZA UČINKOVITO ZDRAVLJENJE OKUŽENIH KIRURŠKIH IN KRONIČNIH RAN

**Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN UČNIMI DELAVNICAMI**

9 th Wound Care Symposium with international participation & workshops

Novel treatment modalities for efficient care of infected surgical and cronic

univerzitetni  
klinični center ljubljana

University Medical Centre Ljubljana

Kirurška klinika

Klinični oddelek za kirurške okužbe

Zaloška cesta 002, Ljubljana



# Venski ulkus

Matej Makovec

Asist.mag. Matej Makovec, dr.med., specialist kirurg

Splošna bolnišnica Novo mesto, Kirurški oddelek, odsek za žilno kirurgijo

Šmihelska 1

8000 Novo mesto

E-mail: [makovec@mf.uni-lj.si](mailto:makovec@mf.uni-lj.si)

**Cilj:** Venski ulkus je težja oblika kroničnega venskega popuščanja. Ocenjuje se, da naj bi ulkus na spodnjih okončinah prizadel 1 % celotne populacije in da naj bi 0,3 % populacije imelo odprt ulkus v določenem času.

**Metode:** V pričujoči študiji je prikazano zdravljenje 25 venskih ulkusov s kratkoelastičnimi povoji in znotrajžilno lasersko ablacijo prizadete vene.

**Rezultati:** Pri bolnikih, ki smo jim namestili kratkoelastične povoje ali so bili zdravljeni operativno je prišlo do zacelitve venske razjede v 62 % (13 bolnikov), do izboljšanja v 90 % (19 bolnikov), do neizboljšanja v 10 % (pri 2 bolnikih).

**Zaključek:** Bolniki vključeni v študijo so se predhodno več mesecev zdravili s kompresijskimi povoji ali kompresijskimi nogavicami. Svetovana jim je bil tudi dvig uda, kar ob rednih preobvezah rane predstavlja tradicionalne ukrepe. Ob uporabi kratkoelastičnih povojev oziroma kirurškega posega je prišlo do pozdravljenja ali bistvenega izboljšanja pri večini bolnikov.

**Ključne besede:** venski ulkus, zdravljenje, kratkoelastični povoji, laserska ablacija ven

## UVOD

Venski ulkus na goleni je težja oblika kroničnega venskega popuščanja. Ocenjuje se, da naj bi ulkus na spodnjih okončinah prizadel 1 % celotne populacije in da naj bi 0,3 % populacije imelo odprt ulkus v določenem času. Tradicionalno se ulkusi zdravijo skoraj izključno v ambulantah splošne prakse. Gre za konzervativne ukrepe, ki temeljijo na kompresijskem povijanju, ki predstavlja glavno oporo zdravljenja.

Že leta 1992 sta Darke in Penfold (1) pokazala, da so razjede na goleni pri 40 % bolnikov povezane s nezadostnim delovanjem povrhnjega venskega sistema ali prebodnih ven ob gležnju. Pokazano je bilo, da se je 90 % teh bolnikov pozdravilo s podvezanjem vene safene magne (1,2). Kasnejše študije kažejo, da je do 60 % razjed povezanih z nezadostnim delovanjem povrhnjega venskega sistema in da so možnosti za pozdravljenje slednjih v kirurškem posegu na prizadetem žilju (3-5). Cochranova analiza je pokazala, da povijanje ulkusa pospeši zacelitev slednjega (6). Kirurški poseg na povrhnjem venskem sistemu zmanjša ponovitev zaceljenega ulkusa in podaljša čas, ko je bolnik brez ulkusa (7).

V Splošni bolnišnici Novo mesto zdravimo bolnike z venskimi razjedami s kompresijskim povijanjem, kratkoelastičnimi povoji, kirurško pa z endovaskularnimi in klasičnimi operativnimi tehnikami.

## METODE

V študijo je bilo vključenih 25 bolnikov z aktivno, kronično vensko razjedo, ki so se pri nas zdravili med leti 2011 in 2013. Povprečna starost bolnikov je bila 63,0 leta (od 33 do 86 let,  $SD \pm 13,7$ ). Vključenih je bilo 13 moških in 12 žensk. Razmerje med moškimi in ženskami je bilo 0,52. Bolniki so se pred prihodom k nam več mesecev zdravili v ambulanti splošne prakse. V tem času ni prišlo do izboljšanja stanja. Po prihodu je bila opravljena ultrazvočna diagnostika z Doppler ultrazvokom, ki je pokazala na prizadetost povrhnjega venskega sistema. Bolniki so bili zdravljeni konzervativno s kratkoelastičnimi povoji ali kirurško z endovaskularnim posegom, pri enem bolniku je bil opravljen klasični operativni poseg – stripping. Po namestitvi kratkoelastičnih povojev smo jih redno kontrolirali v kirurški ambulanti. Redno so bili kontrolirani tudi po kirurškem posegu. Za način zdravljenja smo se odločili na podlagi razširjenja razjede, pridruženih bolezni in želje bolnika. Stanje bolnika po ukrepanju smo ocenjevali z lestvico navedeno v tabeli 1.

**Tabela 1.** Ocena stanja bolnika po konzervativnih oziroma kirurških ukrepih

4	Razjeda se je pozdravila
3	Razjeda je še prisotna, vendar je manjša in manj boleča
2	Razjeda je ostala nespremenjena
1	Razjeda se je po začetku ukrepov poslabšala

## REZULTATI

V študiji je bilo 17 bolnikov zdravljenih konzervativno, 8 bolnikov pa je bilo zdravljenih operativno.

V skupini, ki je bila zdravljena konzervativno, si 4 bolniki zaradi gmotnega položaja niso uspeli kupiti kratkoelastičnih povojev. Od 13 bolnikov, ki so bili zdravljeni s kratkoelastičnimi povoji je prišlo do zacelitve venske razjede pri 10 bolnikih (slika 1,2). Povprečen čas zacelitve je bil 8,3 meseca (SD±8,2), najkrajši čas 1,2 meseca, najdaljši čas pa 32,2 meseca. Pri dveh bolnikih je prišlo v času opazovanja do izboljšanja, ne pa tudi do zacelitve. Pri enem bolniku ni prišlo do izboljšanja. Kasneje se je izkazalo, da gre za razjedo mešanega tipa.



**Slika 1.** Kronična venska razjeda med zdravljenjem s kratkoelastičnimi povoji.



**Slika 2.** Kronična venska razjeda po zdravljenju s kratkoelastičnimi povoji.

V operativni skupini, kjer je bilo skupaj operiranih 8 bolnikov, smo zdravili 6 bolnikov z znotrajžilno operativno tehniko (laserska ali radiofrekvenčna ablacija). Na kontroli po enem mesecu so bile venske razjede zaprte pri 3 bolnikih, pri treh pa je prišlo do izboljšanja. Enega bolnika smo zdravili z vbrizganjem pene v veno safeno magno in je prišlo po enem mesecu do izboljšanja. Enega bolnika smo zdravili s stripingom. Pri temu bolniku ni prišlo do izboljšanja. Kasneje se je izkazalo, da gre za mešani ulkus. V skupini operirancev smo pri 6 bolnikih zdravili veno safeno magno (slika 3,4), pri enem bolniku parvo pri enem bolniku pa magno in parvo skupaj.

Nihče od bolnikov predhodno ni imel operativnega posega na arterijskem žilju in tudi ni prebolel globoke venske tromboze.

Pri bolnikih, ki smo jim namestili kratkoelastične povoje ali so bili zdravljeni operativno je prišlo do zacelitve venske razjede v 62 % (13 bolnikov), do izboljšanja v 90 % (19 bolnikov), do neizboljšanja v 10 % (pri 2 bolnikih).

## RAZPRAVA

Visok delež kroničnih venskih razjed je povezanih s povrhnjim venskim popuščanjem. Logična posledica je, da zdravljenje povrhnjega venskega popuščanja vodi v pospešeno celjenje venske razjede. V naši študiji so navedeni ukrepi vodili do izboljšanja pri 19 bolnikih (90 %) od 21, slednji so bili aktivno vključeni v zdravljenje (kratkoelastični povoji, endovaskularni poseg).

Neuspešno se je zdravljenje izkazalo pri 2 bolnikih, eden je bil v skupini konzervativno zdravljenih, drugi pa je bil operiran. Za oba bolnika se je v teku zdravljenja izkazalo, da gre za mešano razjedo. Poleg venskega je bil prizadet tudi arterijski sistem. Pri obeh bolnikih je bila potrebna PTA (perkutana transluminalna angioplastika). Kljub slednji in ciljni terapiji so se težave s celjenjem nadaljevale.



**Slika 3.** Kronična venska razjeda pred lasersko ablacijo prizadete vene.



**Slika 4.** Kronična venska razjeda po laserski ablaciji prizadete vene.

Študije ne kažejo razlik pri celjenju med moškimi ali ženskami, kakor tudi ne razlik glede na starost. Težje, s slabšimi rezultati pa se venske razjede celijo, če je dodatno prisoten še limfedem. Pred začetkom zdravljenja venskega ulkusa je v teh primerih priporočljiva predhodna ročna limfna drenaža (8).

Moderni načini zdravljenja (laser, radiofrekvenca) povrhnjega venskega popuščanja se običajno izvedejo v lokalni (tumescentni) anesteziji in predstavljajo manjšo nevarnost za bolnika v primerjavi s klasičnimi operativnimi posegi, kjer je običajno potrebna splošna anestezija. Tudi starejši, betežni bolniki, bolniki s pridruženimi rizičnimi dejavniki pri katerih do nedavnega operativni poseg na venskem žilju ni prišel v poštev, so danes z endovaskularnimi tehnikami (laserska in radiofrekvenčna ablacija, sklerozacija) kandidati za operativni poseg in odpravo vzroka za nastanek kronične venske razjede.

Pričujočo študijo bi bilo možno izboljšati z prospektivnim sledenjem bolnikov, merjenjem velikosti razjede, natančnim spremljanjem kronicitete in z definiranimi časovnimi kontrolami bolnikov.

## **ZAKLJUČEK**

Študija je pokazala več kot 60 % pozdravljenje in 90 % izboljšanje kroničnih venskih ulkusov pri uporabi kratkoelastičnih povojev ali znotrajžilne operativne tehnike pri bolnikih, pri katerih tradicionalni ukrepi z kompresijskim povijanjem in dvigom uda niso doprinesli izboljšanja. Svetuje se, da bolnika s kronično rano na spodnjem udu brez izboljšanja po tradicionalnih ukrepih (kompresija, elevacija) pregleda žilni kirurg ali drugi specialist, ki se ukvarja s kronično rano. Glede na izboljšanja načinov zdravljenja v zadnjih letih se priporoča aktivnejša strategija pri obravnavi kroničnih venskih razjedah, tako kratkoelastične povoje, kakor tudi endovaskularne kirurške posege (laserski poseg na žilju).

## **LITERATURA**

1. Darke SG, Penfold C. Venous ulceration and saphenous ligation. *Eur J Vasc Surg* 1992;6:4–9.
2. Sethia KK, Darke SG. Long saphenous incompetence as a cause of venous ulceration. *Br J Surg* 1984;71:754–5.
3. Scriven JM, Hartstone T, Bell PRF, Naylor AR, London NJM. Single-visit venous ulcer assessment clinic: the first year. *Br J Surg* 1997;84:334–6.
4. Bergqvist D, Lindholm C, Nelzén O. Chronic leg ulcers: the impact of venous disease. *J Vasc Surg* 1999;29:752–5.
5. Shami SK, Sarin S, Cheatle TR, Scurr JH, Smith PD. Venous ulcers and the superficial venous system. *J Vasc Surg* 1993;17:487–90.
6. O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD000265.
7. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:83.
8. Thomas CA, Holdstock JM, Harrison CC, Price BA, Whiteley MS. Healing rates following venous surgery for chronic venous leg ulcers in an independent specialist vein unit. *Phlebology* 2013;28(3):132-9.