

## COMPLEX CRURAL ULCER TREATMENT

BELACEK J, CARSKY S

### KOMPLEXNÁ LIEČBA VREDOV PREDKOLENIA

#### Abstract

Belacek J, Carsky S:  
Complex crural ulcer treatment  
Bratisl Lek Listy 1999; 100 (12): 672–674

The authors present 65 patients treated in the stage C<sub>6</sub> of chronic venous insufficiency. Conservative therapy was performed in the cases with large ulcers associated with crural edema. Recovery was observed in 47 cases (73 %) during 5 months. Recurrence authors in 3 patients (5 %) and the treatment was not successful in 7 cases (10 %). In 8 patients primary or secondary surgical treatment was performed. The average period of treatment was 1.6 months. (Tab. 1, Ref. 24.)

**Key words:** *ulcus cruris, conservative therapy, surgical therapy.*

#### Abstrakt

Beláček J, Čársky S.:  
Komplexná liečba vredov predkolenia  
Bratisl. lek. Listy, 100, 1999, č. 12, s. 672–674

Autori uvádzajú súbor 65 pacientov s chronickou venóznou insuficienciou v štádiu C<sub>6</sub>. Po stágingu ochorenia konzervatívne postupovali pri veľkých defektoch s pridruženými opuchmi celého predkolenia. Vyliečili 47 pacientov (73 %) počas 5 mesiacov. Recidívu mali 3 pacienti (5 %) a neúspešne liečení boli 7 pacienti (10 %). Operáciu indikovali primárne, alebo sekundárne u 8 pacientov (12 %). Priemerná doba liečby operovaných bola 1,6 mesiaca. (Tab. 1, lit. 24.)

**Kľúčové slová:** *ulcus cruris, konzervatívna liečba, operačná liečba.*

Venózne vredy predkolenia predstavujú konečné štádium chronickej venózneho insuficiencie (CHVI – VI). V súčasnosti sa vredy vyskytujú u dospelých populácie v 1–3 % (Winkler, 1998; Halbok, 1988; Brittenden, 1998). Vzhľadom na výskyt a torpidný charakter vredov je ochorenie aj závažným ekonomickým problémom.

Vyvolávajúcou príčinou vriedu bývajú malé úrazy, infekcia, hematopatogenetické vplyvy a predovšetkým cievne ochorenia (Hegyí a spol., 1995). Kapert (1987) udáva, že až 65 % vredov je potrombotického, 20 % varikózneho a 10 % arteriálneho pôvodu. Mazuch (1990) a Wilson a spol. (1993) uvádzajú venózneho pôvodu vredov až u 90 % pacientov.

Základné ošetrenie vredov predkolenia robia obyčajne obvodní lekári a dermatológovia. Len neskôr pacient prichádza na oddelenie angiológie alebo cievnej chirurgie, kde mu urobia staging ochorenia a musia rozhodnúť o ďalšej liečbe: konzervatívnej alebo chirurgickej.

Doteraz neexistuje jednotný názor, či ulkusy treba liečiť spočiatku konzervatívne a operovať až sekundárne hemodynamickú príčinu vriedu, alebo či je nevyhnutné operovať primárne, teda ošetriť ulkus a zároveň vyriešiť venóznou insuficienciou. Cieľom našej práce je prispieť k optimálnej časovej indikácii operácie.

#### Materiál a metódy

Na Chirurgickej klinike FN ak. Dédera v Bratislave sme v rokoch 1993–1998 liečili 65 pacientov s *ulcus cruris venosum*. V našom súbore bolo žien 48 (74 %) a mužov 17 (26 %). Priemerný vek chorých bol 54 rokov. Pre veľký rozsah vredovej lézie bola hospitalizácia nevyhnutná 9-krát. Operovali sme 8 pacientov (12 %), dvoch primárne, šiestich sekundárne.

Diagnostiku začíname klinickým vyšetrením, stanovením rozsahu pohybov v členku (ROM – range of motion) (Back a spol., 1995) a základnými funkčnými testmi, ktoré nám asi v 80 % objasnia príčinu ochorenia. Duplexná sonografia (Myers a spol., 1995) nám spresní anatomickú lokalizáciu (A<sub>s</sub> – superf., A<sub>d</sub> – deep, A<sub>p</sub> – perf.) a patofyziológiu (P<sub>r</sub> – reflux, P<sub>o</sub> – obstruct.). Na základe uvedených vyšetrení urobíme staging podľa klasifikácie CEAP (Porter a spol., 1995; Gavorník, 1996).

Liečbu začíname lokálnym ošetrením: toaletou, nekretómiou a dezinfekciou rany, ktorú prekrývame sterilnou gázou.

V prípade malej sekrécie z vriedu, predkolenie hneď bandážujeme klasickým tekutým zinkoglejovým obväzom v troch vrstvách, alebo natočením elastického zinkoglejového obväzu.

V prídade výraznej sekrécie z vředu, najmä na začiatku ochorenia, môžeme predkolenie bandážovať len elastickým obvazom vo dvoch vrstvách, a to presne priloženými otáčkami od prstov až po kolenný kĺb so stredne silnou kompresiou (Strejček, 1991). Bandáž ponechávame najmenej dva týždne a pacienti odporúčame elevovať končatinu. Kvôli pridruženému opuchu predkolenia podávame Detralex alebo Ginkor Fort. Len pri celkových príznakoch zápalu indikujeme antibiotickú liečbu.

Ďalší (druhý) preväz vykonávame po základnom ošetrení rany a jej krytí sterilnou gázou. Túto vrstvu pokrývame zinkoglejom, alebo elastickým zinkoglejovým obvazom. Po druhom preväze nechávame zinkoglej 3 týždne a pri každom ďalšom preväze o 1 týždeň dlhšie, ale nikdy nie viac ako dva mesiace kvôli nepríjemnému zápachu a mechanickému zničeniu obvazu na päte. Pri bolestivých preväzoch na začiatku liečby je vhodné zaviesť epidurálny katéter. Operačnú liečbu indikujeme až sekundárne po konzervatívnom zahojení vředu (likvidácia venózneho insuficiencie). Zvodovú epidurálnu anestéziu používame väčšinou aj pri primárnom ošetrení ulkusov predkolenia, keď vykonávame dokonalú nekrek-tómiu vředu s event. kožným prekrytím a zároveň chirurgicky riešime insuficientné povrchové, alebo perforujúce žily.

## Výsledky

Z celkového počtu 65 pacientov s vředmi predkolenia bolo konzervatívne vyliečených 47 pacientov (73 %). Priemerná doba liečenia bola 4,8 mesiaca pri minimálne 5 a maximálne 15 preväzoch.

Operáciu si vyžadovalo 8 pacientov (12 %), z toho dvaja boli indikovaní primárne (ošetrený ulkus a insuficientná žila) a šiesti sekundárne (pacienti po zahojení vředu s insuficientným povrchovými, alebo perforujúcimi vénami). Priemerná doba liečby operovaných bola 1,6 mesiaca. Túto skupinu pacientov považujeme za definitívne vyliečenú.

Recidívu ochorenia v priebehu 5 rokov mali 3 pacienti (5 %). Nevyliečený ulkus sme pozorovali u 7 pacientov (10 %), ktorí mali rozsiahly, dlhotrvajúci vred postihujúci cirkulárne celé predkolenie a navyše závažné kardiálne ochorenie (tab. 1).

**Tab. 1. Results of treatment of venous ulcers (n=65).**  
**Tab. 1. Výsledky liečby ulcus cruris venosum (n=65).**

Ulcus cruris venosum	Number of patients Počet pacientov	Mean duration Priemerná doba
conservative therapy konzervatívne liečenie	47	4.8 months 4,8 mesiaca
surgery therapy operačné liečenie	8	1.6 months 1,6 mesiaca
– primary primárne	2	
– secondary sekundárne	6	
recurrence of disease recidíva ochorenia	3	during 5 years počas 5 rokov
untreatment patients nevyliečení pacienti	7	during 5 years počas 5 rokov

## Diskusia

Priekopníkom v liečbe vředov predkolenia bol A.C. Celsus, ktorý odporúčal bandáž lýtok plátenými obvazmi. A. Paré opísal súvislosť varixov s vředmi na predkolení (Dale a spol., 1975).

Terapia vředovej choroby predkolenia je dodnes kontroverzná. Kauzálna liečba chronickej venózneho insuficiencie v štádiu ulcus cruris (C<sub>6</sub>) odporúča vred nielen liečiť, ale zaručiť rýchlejšie hojenie, teda hneď urobiť definitívny výkon v oblasti povrchového venózneho systému a v mieste perforujúcich žíl (Wilson a spol., 1993; Brychta a Čerbák, 1996), a tým predchádzať recidíve. Konzervatívna skupina odporúča najskôr paliatívnu liečbu, počas ktorej sa vred vylieči a až neskôr v určitom časovom odstupe prichádza kauzálna liečba, ak je postihnutý povrchový, alebo spojujúci venózneho systém (Čepl, 1991; Mazuch, 1990; Luža, 1998; Šimek a spol., 1993).

V liečbe musíme rešpektovať dva patofyziologické mechanizmy:

Prvým je venózna hypertenzia, ktorá u 3/4 pacientov vzniká následkom rozvoja insuficiencie chlopňového aparátu perforujúcich spojok (Čepl, 1991; Šimek, 1993) a u 1/4 pacientov následkom insuficiencie a obštrukcie v povrchovom (Ledényi, 1938), alebo hlbokom systéme (Brittenden a spol., 1998).

Druhým momentom pri vzniku venózneho hypertenzie je redukcia lymfatickej drenáže kože v postihnutej oblasti s následným miestnym opuchom (Dormandy, 1996). Oba mechanizmy môžu byť príčinou torpidných vředov, a preto musia byť liečbou eradikované súčasne alebo v tesnej nadväznosti.

Pri odstraňovaní miestneho opuchu sme použili liečivú ovplyvňujúcu lymfatickú drenáž a eleváciu končatiny na Braunovej dlahe (faktor vplývajúci na hydrostatický tlak v insuficientných vénach).

Mechanické odstránenie opuchu metódou kompresívnych bandáží v minulosti odporúčali Ruckley (1992), Wilson (1993), Danielsen (1998), Jungbeck a spol. (1997). Na našom pracovisku máme dobré skúsenosti so stredne silnou kompresiou zinkoglejovým obvazom. Počas 5 mesiacov bolo vyliečených až 75 % pacientov. Danielsen uvádza podobnú skupinu 50 % vyliečených vředov počas 6 mesiacov, tiež liečených stredne silnou kompresiou.

## Záver

V súbore 65 pacientov s chronickou venóznou insuficienciou v C<sub>6</sub> štádiu sme vyliečili konzervatívnu liečbou (lokálna, kompresívna a medikamentózna) 47 pacientov (73 %) počas 5 mesiacov. Na konzervatívnu liečbu odporúčame pacientov s veľkými s chronickými defektmi a pridruženým opuchom celého predkolenia. Recidívu ochorenia sme pozorovali u 3 pacientov (5 %) a neúspešne liečení boli 7 pacienti (10 %).

Na operačnú liečbu boli indikovaní 8 pacienti (12 %). Z toho dvaja pacienti primárne a šiesti sekundárne po vyliečení ulkusu. Priemerná doba liečby u operovaných bola 1,6 mesiaca. Túto skupinu pacientov považujeme za definitívne vyliečenú.

## Literatúra

**Back T.L., Padberg F.T., Araki C. T., Thompson P.N.:** Limited range of motion is a significant factor in venous ulceration. *J. Vasc. Surg.*, 22, 1995, č. 5, s. 519–523.

- Brittenden J., Brdbury A.W., Allan P.L., Prescott R.J., Harper D.R., Ruckley C.V.:** Popliteal vein reflux reduces the healing of chronic venous ulcer. *Brit. J. Surg.*, 85, 1998, s. 60–62.
- Brychta P., Čerbák P.:** Příspěvek ke komplexní léčbě ulcus cruris. *Rozhl. Chir.*, 75, 1996, č. 8, s. 407–410.
- Čepl I.:** Chirurgická léčba bércevého vředu vzniklého na podklade žilní insuficience. *Rozhl. Chir.*, 70, 1991, č. 6, s. 349–354.
- Dale W.A., Cranley J., Dewiese J.A., Meyers T.T.:** Management of varicose veins. *Contempl. Surg.*, 6, 1975, č. 1, s. 86–124.
- Danielsen L., Madsen S.M., Henriksen L.:** Venous Leg Ulcer healing. *Phlebology*, 13, 1998, s. 59–63.
- De Palma R.G., Kowalek D.L.:** Venous ulceration: A crossover study from nonoperative to operative treatment. *J. Vasc. Surg.*, 24, 1996, č. 5, s. 788–792.
- Dormandy J.A.:** Pathophysiology of venous ulcers. *Angiologie Dnes*, 1996, č. 4, s. 2–3.
- Gavorník P.:** Chronická vénová choroba dolných končatín. Klasifikácia CEAP. *Med. Monitor*, 3, 1996, s. 36–37.
- Halbook T.:** Leg ulcer epidemiology. *Acta Chir. Scand.*, 544, 1988, Supl., s. 17–20.
- Hegyi E., Kolibášová K., Hegyi V.:** Nové trendy v liečbe ulcus cruris. *Slov. Lekár*, 11, 1995, č. 1, s. 5–7.
- Jungbeck C., Thulin I., Darenheim C., Norgren L.:** Graduated compression treatment in patients with chronic venous insufficiency. A study comparin low and medium grade compression stockings. *Phlebology*, 1997, č. 12, s. 142–145.
- Kapert A.:** Lehrbuch und Atlas der Angiologie. Stuttgart—Toronto, Verlag Hans Huber 1985.
- Luža E.:** Jak muže chirurg přispět k léčení rozsáhlých bércevéch vředu. *Rozhl. Chir.*, 67, 1988, č. 7, s. 510–516.
- Leđényi J.:** Poznámky k otázke vzniku krčových žil. *Bratisl. lek. Listy*, 18, 1938, č. 6, s. 217–233.
- Mazuch J.:** História chirurgickej liečby varixov dolných končatín. *Rozhl. Chir.*, 69, 1990, č. 12, s. 814–818.
- Myers K.A., Ziegenbin R.W., Zeng G.H., Matthews P.G.:** Duplex ultrasonography scanning for chronic venous disease. *J. Vasc. Surg.*, 21, 1995, s. 605–612.
- Porter J.M., Moneta G.L.:** Reporting standards in venous disease — an update. *J. Vasc. Surg.*, 21, 1995, č. 4, s. 635–645.
- Ruckley C.V.:** Treatment of venous ulceration. Compression therapy. *Phlebology*, 1992, Suppl. 1, s. 22–26.
- Ruckley C.V.:** Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Phlebology*, 1995, Suppl. 1, 1007–1009.
- Stejček J.:** Objektivizace požadavku na intenzitu komprese u pacientů s chronickou žilní insuficiencí. *Prakt. Flebol.*, 1, 1991, s. 16–19.
- Šimek S., Prošek V., Linder J.:** Význam perforatorů při chirurgickém léčení varixů dolních končetin. *Rozhl. Chir.*, 72, 1993, s. 3, č. 127–129.
- Wilson M.N., Browse N.L.:** Venous disease. S. 319. In: Clement D.L., Shepherd J.T. (Eds.): *Vascular Diseases in the Limbs*. St. Luis—Baltimore—Boston—Chicago—London—Philadelphia—Sydney—Toronto, Mosby Year Book 1993.
- Winkler M., Knoch H.G.:** Zur konservativen Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz der Beine. *Zbl. Chir.*, 113, 1988, č. 20, s. 1351–1358.

Received March 14, 1999.  
Accepted October 22, 1999.