

УДК 616.5/7-002.44-089.163-089.844

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ И СТОПЫ К ОПЕРАЦИИ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ

В.В. Бойко, Аль Ганем Ибрагим, Ю.И. Исаев, Р.Р. Османов

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», г. Харьков

Реферат. В данной работе представлены результаты подготовки 53 больных с трофическими язвами различной этиологии к операции кожной пластике. Показано, что применение озона путем внутривенного введения с местным использованием геля куриозин, позволяет в оптимальные сроки подготовить больных к кожной пластике.

Ключевые слова: Трофические язвы, озон, куриозин гель, кожные пластики, подготовка.

Трофическими язвами нижних конечностей страдает от 2% до 4-5% взрослого населения высокоразвитых стран мира (4). В настоящее время 35% трудоспособного населения и более 50% пенсионеров Европы имеют венозную патологию. Болезни вен обнаруживаются у 1% мужчин и 4,5% женщин. Из года в год растет количество заболевших в мире, причем отмечается омоложение контингента больных [1, 2].

Известно что, в механизме развития трофических язв лежат различные нарушения, в частности, угнетение местного иммунитета, приводящее к ослаблению устойчивости тканей к местным воздействиям и снижению иммунологической реактивности, в результате чего развиваются трофические изменения, осложнения в виде дерматита, экземы, импетигнизации, инфильтрации и др. В свою очередь эти изменения и осложнения усугубляют течение и развитие трофических язв, являясь причиной развития резистентности и непереносимости лекарственных препаратов, а также являются фактором, задерживающим регенерацию и заживления язв [1, 3].

Предложенные средства и методы лечения трофических язв не всегда эффективны в силу вышеперечисленных факторов, не учитываемых при назначении лечения, что и является причиной поиска более надежных методов и средств. Обширные и длительно (свыше 2 месяцев) незаживающие язвы – показание к операции кожной пластике.

Ц е л ь ю данной работы является улучшение подготовки больных с трофическими язвами нижних конечностей путем внутривенного введения озона с местным использованием геля куриозин к операции кожной пластики.

М а т е р и а л и м е т о д ы

Под наблюдением находилось 53 больных (33 женщины и 20 мужчин), с трофическими язвами нижних конечностей, в возрасте от 30 до 76 лет. Длительность существования трофических язв: от 6 месяцев до 10 лет. Площадь язвенной поверхности варьировала от 6 до 70 см². У больных с трофическими язвами, возникшими на фоне венозного нарушения, трофические изменения были выражены сильнее. Это проявлялось тем, что язвы были как правило больших размеров, с наличием некротических тканей. У большинства больных язвенный дефект был окружен плотными каллезными краями. Явления склероза и индурации распространялись от стопы до верхней трети голени у 26 (49%) больных. В результате длительно существующих отеков наблюдалась увеличение конечности в объеме у 20 (37,7%) больных. Причинными факторами у 34 (64,2%) больных трофическими язвами хроническая венозная недостаточность (ХВН), у 19 (35,8% – сахарный диабет. В 73% трофические нарушения мягких тканей локализовались в средней и нижней трети голени, и в 27% распространялись в области стопы. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (основная), получавшая комплексную базисную терапию с включением “озона” путем внутривенного введения и местным использованием “геля куриозин”, 2 группа (контрольная) получала базисная терапия в комплексе с местным использованием “солкосерил желе”. Всем больным выполнено бактериологическое исследование раневого отделяемого с целью выявления чувствительности к антибактериальным препаратам. В 46% (25 человек) из раневого отделяемого высеян *St. Aureus*, в 29% (15 человек) – *Ps. Aeruginosa*, в 18% (9 человек) – *Klebsiella spp.*, и были высеяны микробные ассоциации у 7% (4 человек). Дальнейшая антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности.

Снижение воспалительного фона вокруг трофических язв достигалось

Примочками с 2% раствором борной кислоты и защиты кожи вокруг язв мазью “левосин”.

В качестве базисной, патогенетической терапии трофических язв с явлениями экземы,

дерматита обязательны антигистаминные препараты: супрастин – 2% раствор по 2мл внутримышечно, в течение 15-20 дней или тавегил по 0,001 г два раза в день перорально 21 день, дезагреганты (внутривенного введения трентала по 5 мл на 100 мл физиологического раствора), поливитамины (витрум по 1 капсуле в день), нестероидные противовоспалительные препараты (кетонал по 2 мл внутримышечно 2 раза в день), антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, венотоники (детралекс, вазокет), Больным сахарным диабетом корректировалась терапия до достижения адекватного уровня сахара крови – ниже 10 г/л.

После вышеуказанной подготовки больным испытуемой группы на язвенную поверхность наносили дважды в день “гель куриозин” и внутривенно ежедневно вводили “озон” в концентрации 5 мг/л по 100 мл, курсом 10 дней. Итогом проводимого комплексного подготовки являлось выполнение кожных пластики.

Эффективность проводимого подготовки оценивались на основании общего самочувствия пациента, показателей скорости очищения раневой поверхности от некротических тканей, появления грануляции, уровня бактериального загрязнения, и скорости эпителизации.

Результаты и обсуждение

В основной группе в результате лечения трофических язв “озоном” и “куриозином” в среднем уже в течение $3,2 \pm 0,1$ суток происходить исчезновение отека. у некоторых больных с ХВН на поверхности кожи вокруг язв в результате уменьшения отека мягких тканей появилась складчатость. На четвертые сутки начала стихать боль у подавляющего большинства пациентов. Очищение язв от некротического налета, появление единичных грануляций начиналось с 5-6 суток от начала лечения. На 7-8 сутки язва обычно заполнялась грануляциями, активной проявлялась краевая эпителизация. Уменьшение среднего радиуса размеров язв составило $0,8 \pm 0,02$ мм/день.

В контрольной группе больных, применявших “солкосерил желе” уменьшение отека и болей в нижних конечностях и в язве отмечались позднее, в среднем на 9-10 сутки. Очищение язвенных поверхностей от гнойно-некротических масс наступало в среднем на 10 день. К этому сроку в язвах появлялись единичные грануляции, а в части случаев – и краевая эпителизация. К 14-15 суткам язвы заполнялись грануляционной тканью.

Следует отметить, что при лечении больных этой группы более выраженная положи-

тельная динамика наблюдалась также в язвах с небольшой давностью заболевания. Язвы, существующие более 3 лет, очищались от гнойно-некротических масс с большим трудом, а появление грануляционной ткани и краевой эпителизации было вялым. Уменьшение размеров среднего радиуса в день составило $0,3 \pm 0,02$ мм/день.

В ходе лечения у пациентов не отмечено побочных явлений и осложнений. Переносимость была хорошей и причин для прерывания лечения курса соответствующей терапии не возникло.

Подключение “озонотерапии” и “куриозин геля” приводило к улучшению общего самочувствия, активизировало обратный регресс патологических проявлений экземы и трофических изменений. А также отмечена положительная динамика, выраженная в уменьшении воспаления в очаге поражения и активации процессов регенерации, что опосредованно сказывается на оздоровлении кожных покровов как вокруг язв, так и самой язвы.

В контрольной группе больных, применявших “солкосерил желе”, после окончания лечения также уменьшилась общая площадь очагов поражения, что клинически характеризуется значительным уменьшением выраженности симптомов (гиперемия, отечность, мокнутие и др.). В отдельных случаях наблюдалось сохранение незначительной инфильтрации, сухости, шелушения, пестроты кожных покровов с сохранением у части больных зуда.

Результаты микробиологического исследования раневого отделяемого у больных основной группы показали, что к концу подготовки удалось достичь полной эрадикации микрофлоры, и отмечено повышение чувствительности ее к антибиотикам со снижением патогенности микрофлоры, тогда как в контрольной группе в процессе лечения изменений чувствительности микрофлоры не отмечено.

У больных основной группы с обширными язвенными поверхностями удалось в более ранние сроки (10-12 сутки) и с большей эффективностью выполнять кожную пластику (приживление в основной группе – 87%, а в контрольной – 56%).

Заключение

Таким образом, применение озона путем внутривенного введения и куриозин геля в лечении трофических язв приводит к снижению микробной обсемененности, которая к концу лечения практически не определялась, и к очищению язвенной поверхности от некротических пленок, купирование воспаления и активизирует репаративные механизмы язвенного де-

фекта, что позволяет в оптимальные сроки подготовить больных к кожной пластике.

СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ГОМІЛКИ ТА СТОПИ ДО ОПЕРАЦІЇ КОЖНОЇ ПЛАСТИКИ

В.В. Бойко, Аль Ганем Ібрагім, Ю.І. Ісаєв, Р.Р. Османов

Реферат. В даній роботі представлено результати підготовки 53 хворих з трофічними виразками різної етіології до операції кожно́ї пластики. Показано, що використання озону шляхом внутрішньовенного введення з місцевим використанням гелю куріозин дозволяє в оптимальні строки підготувати хворих до кожно́ї пластики.

Ключові слова: трофічні виразки, озон, куріозин гель, кожна́ пластики, підготовка

METHOD OF PREPARATION OF TROPHIC ULCERS TO DERMEPENTHESIS

V.V. Boyko, Al Ganem Ibragim, Yu.I. Isaev, R.R. Osmanov

Abstract. In this work the results of preparation are presented 53 patients with trophic ulcers to the operation to the dermepenthesis. it is rotined that application of ozone by intravenous introduction with the local use of gel of kuriozin, allows in optimum terms to prepare patients to the dermepenthesis.

Key words: Trophic ulcers, ozone, gel kuriozin, prepare, dermepenthesis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков В.Я., Проценко Н.В. Трофические язвы голени и стопы. – М.: Медицина, 1993. – 160 с.
2. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И., и др., флебология: руководство для врачей / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
3. Хохлов А.М. Особенности патогенеза и лечения трофических язв при варикозной болезни нижних конечностей // Хирургия. – 1986. – № 12. – С. 59-62.
4. Coleridge Smith P.D. Microcirculation in Venous Disease. 2nd ed. – Austin, Tex: Landes, 2000. – 245 p.