

УДК 616.5-089.844; 616-0.89.844

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ К РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

В.В. Ганжий, П.Ю. Таницура

Запорожский государственный медицинский университет

Реферат. В зависимости от решаемой задачи, подготовка венозных язв к радикальному оперативному лечению может быть направлена на достижение полной эпителизации язвенной поверхности или ее биологического очищения и частичного уменьшения площади язвы. Лечение язвенных дефектов проводилось с помощью разработанных нами методов консервативного лечения с применением озонотерапии. У 13 (19,11%) больного с площадью язв менее 10 см² продолжительность предоперационной подготовки больных в стационаре составила 15,51 ± 1,27 суток. У 38 (55,88%) больных с трофическими язвами (площадь которых более 10 см²) выполнена аутодермопластика. Под влиянием нашего лечения площадь трофических язв уменьшилась у всех пациентов более чем на 70% в сроки 26,51 ± 1,27 суток.

Ключевые слова: аутодермопластика, озонотерапия, эпителизация.

Современная программа лечения трофических язв венозной этиологии базируется на принципе этапности [2,3,4]. Оперативное вмешательство рационально выполнять после заживления трофической язвы или после санации ее поверхности и уменьшения площади [5,6]. Основными целями консервативной терапии при ХВН в стадии трофических расстройств являются: купирование или снижение клинических проявлений ХВН; заживление трофической язвы и предоперационная подготовка. Успех консервативной терапии зависит от того, насколько благотворно она сможет повлиять на процесс эпителизации. Таким образом, при лечении венозных язв нижних конечностей нужно в одинаковой степени воздействовать на поверхностный дефект и на фоновую причину, чтобы предотвратить рецидив, который неизбежен, если не подумать о проведении той или иной формы хирургического вмешательства [1].

В наше исследование включены 68 пациентов в возрасте от 36 до 84 лет, у которых диагностирована хроническая венозная недостаточность в стадии декомпенсации. Длительность существования язвенных дефектов составила от 1 до 7 лет. У 15 (22,05%) больных язвы возникли вследствие (первичного варикозного поражения вен нижних конечностей), у 53 (77,95%) - посттромбофлебитического синдрома (ПТФС).

В зависимости от решаемой задачи, подготовка венозных язв к радикальному оперативному лечению может быть направлена на достижение полной эпителизации язвенной поверхности или ее биологического очищения и частичного уменьшения площади язвы.

Выбор метода подготовки венозных трофических к радикальному хирургическому лечению зависит от первоначальных размеров язвенных дефектов, степени изменений окружающих язву тканей и технических возможностей лечебных учреждений.

Медикаментозная терапия включала препараты, венотоники, антибактериальную терапию при наличии симптомов интоксикации с учетом антибиограммы, антигистаминные препараты. Воздействие на ключевые механизмы патогенеза хронического воспалительного процесса в зоне трофических язв проводилось с использованием препаратов улучшающих периферическое кровообращение, нестероидных противовоспалительных средств и природных антиоксидантов.

Местное лечение было направлено на очищение язв и подготовку их к аутодермопластике. При обильном гнойном отделяемом и наличии в ране некротических тканей применяли различные сорбционные покрытия, ферментный лизис, в дополнении к этапной хирургической обработке с применением методов локальной озонотерапии, с учетом фазы раневого процесса.

Местную терапию антибиотиками проводили в фазе гнойной экссудации, а также в первые сутки после аутодермопластики, при высоком риске лизиса трансплантатов.

У 13 (19,11%) больного с площадью язв менее 10 см² в ходе лечения ликвидировался венозный застой, улучшалась микроциркуляция, увеличивалась численность макрофагов, плазматических клеток и фибробластов, разрасталась грануляционная ткань, снижалось количество микробных тел в тканях язвы ниже критического уровня, раневой процесс рано приобретал черты неосложненного течения. После заживления венозных трофических язв пациентам подбирали компрессионный три-

котаж. У 8-ми (11,76%) больным, с зажившими варикозными язвами и пациентам с посттромботическими язвами, у которых при дуплексном сканировании была выявлена реканализация глубоких вен, при выраженной несостоятельности подкожных и перфорантных вен, выполнено общепринятое оперативное лечение. В остальных случаях, больных с зажившими трофическими язвами направляли в специализированный сосудистый центр для решения вопроса о дальнейшем лечении. Примечательно, что продолжительность предоперационной подготовки больных в стационаре составила $15,51 \pm 1,27$ суток.

У 38 (55,88%) больных с трофическими язвами (площадь которых более 10 см^2) после уменьшения воспалительных изменений пораженных тканей выполнена аутодермопластика. Под влиянием нашего лечения площадь трофических язв уменьшилась у всех пациентов более чем на 70% в сроки $26,51 \pm 1,27$ суток. В большинстве случаев больных с ПТФС после аутодермопластики направляли сосудистый центр.

Наличие обширных язв нижних конечностей является относительным противопоказанием к хирургическому лечению из-за высокого риска гнойно-некротических осложнений. Закрывание гигантских язвенных дефектов у 17 (25,11%) больных осуществлялось нами совместно с областным ожоговым центром, после тщательной подготовки язвенных дефектов. Все пациенты выписаны с хорошим результатом.

Выводы

1. Комплексное местное лечение с применением методов локальной озонотерапии и в сочетании с другими консервативными методами лечения эффективно может использоваться для подготовки венозных трофических язв к оперативному вмешательству, так как они способствуют сокращению сроков предоперационной подготовки различных по величине и степени изменений окружающих тканей язвенных дефектов.

2. При наличии противопоказаний к оперативному вмешательству у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями методом выбора является консервативное лечение венозных трофических язв, включающее применение компрессионной терапии, медикаментозных средств, методов местной озонотерапии и аутодермопластики.

ЗАСІБ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ ДО РАДИКАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

В.В. Ганжий, П.Ю. Таникура

Реферат. Лікування виразкових дефектів проводилося за допомогою розроблених нами методів консервативного лікування із застосуванням озонотерапії. У 13 (19,11%) хворого з площею виразок менше 10 см^2 тривалість передопераційної підготовки хворих в стаціонарі склала $15,51 \pm 1,27$ діб. У 38 (55,88%) хворих з трофічними виразками (площа яких більше 10 см^2) виконана аутодермопластика. Під впливом нашого лікування площа трофічних виразок зменшилася у всіх пацієнтів більш ніж на 70% в терміни $26,51 \pm 1,27$ діб.

Ключові слова: аутодермопластика, озонотерапія, епітелізація.

METHOD OF PREPARING PATIENTS WITH TROPICAL ULCERS FOR RADICAL TREATMENT

V.V. Ganzhiy, P.Yu. Tansura

Abstract. Treatment of ulcerous defects was conducted by the methods of conservative treatment with the use of ozonotherapy. At 13 (19,11%) patient with the area of ulcers less than 10 cm^2 duration of preoperative preparation of patients in permanent establishment was $15,51 \pm 1,27$ days. At 38 (55,88%) patients with trophic ulcers (area of ulcers more than 10 cm^2) autodermoplasty is executed. Under influencing of our treatment the area of trophic ulcers diminished at all patients more than on 70% in terms $26,51 \pm 1,27$ days.

Key words: autodermoplasty, ozonotherapy, epytelyzation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьев В.В., Фисталь Н.Н., Хачатрян С.Г. Хирургическое лечение трофических язв // Клиническая хирургия.-2004.- № 11-12.- С 6
2. Буренко Г.В., Супрун Ю.О., Галига Т.М., Кобзар А.Я. Хірургічне лікування варикозної хвороби, ускладненої утворенням трофічної виразки. Клінічна хірургія.- 2002.-№11-12 С.-14-15
3. Кириенко А.И. и соавт. «Результаты открытого сравнительного исследования эффективности и безопасности перевязочного материала воскопран для местного лечения венозных трофических язв в 2 и 3 стадиях раневого процесса» // Хирургия, 2003, 9., С.38-40;
4. Кузнецов Н.А., Желтиков А.Н., Телешов Б.В., Баринов В.Е. Этапное хирургическое лечение хронической венозной недостаточности при открытой трофической язве //Флебологическая.- 2000.- N11.- С.11-13;
5. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей.- М: Медицина 2001;С-12-15.
6. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность.//Флебологическая 2000; 11: с-10;