

Раздел II

КЛИНИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ

УДК 616-001.4-002.44-003.9

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ГИДРОАКТИВНЫМИ РАНЕВЫМИ ПОКРЫТИЯМИ

М.В. АРАЛОВА

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», Московский проспект, 151, г. Воронеж, 394066

Аннотация: проведен анализ местного лечения трофических язв нижних конечностей различной этиологии у 41 пациента. Основу топического воздействия составили средства, создающие и поддерживающие условия близкие к физиологическим, то есть обеспечивающие заживление во влажной среде. В результате применения гидроактивных раневых покрытий полного заживления ран удалось достичь у 19 больных с хронической венозной недостаточностью, у всех 12 пациентов с диабетическими язвами, у 2 из 3 пациентов с нейротропными язвами и у всех пациентов с лимфостазом. У 1 больного с хронической артериальной недостаточностью площадь язвы сократилась на 40%.

Ключевые слова: трофические язвы, местное лечение, заживление во влажной среде.

THE USE OF HYDROACTIVE WOUND COVERAGE FOR TREATMENT OF TROPHIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES

M.V. ARALOVA

Voronezh Region Clinical Hospital №1, Moscow Avenue, 151, Voronezh, 394066

Abstract: the analysis of local treatment of trophic ulcers of different etiology of the lower extremities in the 41 patients was carried out. The base of the topical influence consisted of the remedies creating and supporting conditions similar to physiological ones, i.e. providing healing in moist environment. The use of hydroactive wound coverage allowed to achieve complete healing in 19 patients with chronic venous insufficiency, in 12 patients with diabetic ulcers, in 2 out of 3 patients with neurotopic ulcers and in every patient with lymphostasis. One patient with chronic arterial insufficiency got the ulcer reduced by 40%.

Key words: trophic ulcers, topical treatment, wound coverage.

Лечение трофических язв является актуальной и сложной проблемой, медицинская и социальная значимость которой связана с высоким уровнем инвалидизации больных и значительными затратами на их лечение [5,6,7,8]. Одну из ключевых ролей играет адекватно подобранная местная терапия [3]. На сегодняшний день большинством практикующих врачей применяется повязочный метод с использованием различных топических лекарственных средств. Однако, большинство из них не обеспечивают желаемый результат. Это заставляет искать более эффективные методы местного воздействия на течение раневого процесса [1,3,7]. Современные подходы к лечению трофических язв основаны на заживлении ран во влажной среде посредством специальных ра-

невых покрытий, создающих оптимальные условия для регенерации (температуру, воздухо- и паропроницаемость, влажность, pH и др.) [4,9,10].

Цель исследования – оценка эффективности применения перевязочных средств, создающих влажную среду в ране, у пациентов с трофическими язвами различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены результаты лечения 41 пациента с трофическими язвами нижних конечностей. Исследование проводилось на базе отделения амбулаторно-поликлинической хирургии БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1». У 20 больных (16 женщин и 4 мужчин) причиной образования язв явилась хроническая венозная недоста-

точность (5 пациентов страдали посттромбофлебитическая болезнью). Средний возраст больных – $53,2 \pm 7,2$ года. Срок существования трофических язв составил $7,4 \pm 5,9$ лет (от 2 мес. до 13 лет). Продолжительность безуспешного лечения (промежуток времени, на протяжении которого язва не закрылась ни разу) – $1,8 \pm 1,3$ года (от 2 мес. до 6 лет). Средняя площадь трофических язв составила $3,4 \pm 1,8$ см² (от 1,0 до 5,5 см²). Во всех случаях на дне язвы в большем или меньшем количестве был фибрин, гнойно-некротические массы. У 14 пациентов язвы располагались на одной нижней конечности, у 6 – на обеих. Одиночные язвы встретились в 12 случаях, множественные – в 8. Локализация трофических язв: передняя поверхность нижней трети голени – 8 пациентов, медиальная поверхность нижней трети голени – 3 больных, латеральная – 5, у 4 пациентов язвы располагались на передненаружной или передневнутренней поверхностях голени.

Диабетические язвы имели место у 12 пациентов (6 женщин и 6 мужчин). Средний возраст больных – $50,2 \pm 7,2$ лет. Срок существования трофических язв – $3,2 \pm 2,7$ лет (от 9 мес. до 5 лет). Продолжительность безуспешного лечения составила в среднем $3,4 \pm 1,2$ года (от 6 мес до 5 лет). Средняя площадь трофических язв $2,4 \pm 1,1$ см² (от 0,7 до 3,5 см²). Фибрин, гнойно-некротические массы имели место во всех случаях. У 10 пациентов язвы располагались на одной нижней конечности, у 2 – на обеих. Одиночные язвы встретились у 9 больных, множественные – у 3. Локализация трофических язв: пальцы стопы – 7 пациентов, подошва – 4, латеральная поверхность голеностопного сустава – 1.

Хроническая артериальная недостаточность стала причиной трофической язвы у 1 пациента 76 лет со стенозом бедренно-подколенного сегмента. Язва пяточной области правой стопы появилась за 4 месяца до обращения, быстро увеличивалась. Лодыжечно-плечевой индекс справа 0,5. У пациента ИБС, постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность, ХОБЛ.

Нейротрофические язвы имели место у 3 пациентов, возраст пациентов 45-50 лет. Язвы средней площадью 3,5 см² располагались на боковой поверхности стоп и существовали более 3 лет.

Лимфостаз после перенесенного рожистого воспаления стал причиной трофических язв у 5 больных (2 мужчин и 3 женщин). Средний возраст пациентов – $59,3 \pm 3,2$ лет. Средний срок существования трофических язв – $4,8 \pm 3,2$ года. Продолжительность безуспешного лечения составила в среднем $0,4 \pm 0,2$ года. Средняя площадь поражения – $3,4 \pm 1,4$ см². У всех пациентов язвы располагались на одной нижней конечности. Локализация трофических язв: передняя поверхность нижней трети голени – 2 пациента, у 3 больных язвы располагались на передненаружной или передневнутренней поверхно-

сти голени.

Выбор средства для местного лечения определялся стадией раневого процесса, сопутствующими осложнениями, индивидуальными особенностями пациента. На первом этапе лечения при значительных наложениях фибрина, наличии струпа и трофических язвах большой площади проводили санацию раны гидропрессивным методом, использовали протеолитические ферменты, оказывающие некролитическое и противовоспалительное действие, и способствующие быстрому отторжению нежизнеспособных тканей, реже некрэктомию выполняли хирургическим путем. Для достижения более быстрого и полного эффекта все перечисленное дополняли использованием абсорбирующих альгинатных раневых покрытий с гидроколлоидными частицами, обладающих высокой впитывающей и очищающей способностью, эффективно удаляющих раневое содержимое. Повязки менялись каждые 2 дня. При сопутствующей инфекции или риске ее развития применяли липидо-коллоидные повязки с сульфадиазином серебра, как правило, на фоне системной антибиотикотерапии, которая подбиралась индивидуально, в зависимости от результата бактериологического исследования. После очищения поверхности трофической язвы от некротических тканей, фибрина, стихания перифокального воспаления, снижения экссудации, образования грануляционной ткани и островков неопителия, то есть на стадиях пролиферации и эпителизации, задачами лечения являлись: создание оптимальных условий для регенерации, механическая защита незрелой соединительной ткани, ускорение формирования и ретракции соединительнотканного рубца. Основу современного местного лечения составляют средства, создающие и поддерживающие условия, близкие к физиологическим, то есть обеспечивающие заживление во влажной среде. Использовались гидроколлоидные и липидо-коллоидные повязки, смена которых происходила каждые 2-4 дня, в некоторых случаях через 7 суток. Надо отметить, что ни у одного пациента ранее не использовался способ заживления ран во влажной среде. Местное лечение у пациентов с варикозной болезнью и лимфостазом проводилось на фоне компрессионной терапии, которая включала ношение эластического трикотажа второй степени компрессии [2].

Для количественного обоснования результатов исследований использовались статистические методы обработки данных. Результаты исследований представлены в цифровых данных в соответствии с Международной системой СИ. Различия считали достоверными при значении $p \leq 0,05$. При регистрации, обработке и анализе цифрового материала использовали пакет прикладных компьютерных программ MS Excel 11.8169.82173™ SP3 (Microsoft Company) и MS Word для Windows, Statistic.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с трофическими язвами венозной этиологии заживление было достигнуто у 19 пациентов. Средний срок заживления составил $114,2 \pm 34,3$ дней. В одном случае после первоначального уменьшения площади язвы на 50% процесс эпителизации прекратился, заметно усилилась экссудация, что связано с отказом больного от использования компрессионного трикотажа. 4 пациента успешно оперированы в плановом порядке через 2-3 месяца после эпителизации язвенного дефекта.

Заживление трофических язв на фоне сахарного диабета было достигнуто у всех 12 пациентов. Средний срок заживления составил $82,4 \pm 13,3$ дней. В этой группе для перераспределения нагрузки на стопу и уменьшения давления подлежащих костных структур в области язвенного дефекта применялись ортезы.

Лечение язвы пяточной области у пациента с хронической артериальной недостаточностью, помимо местного, включало и консервативное лечение в стационаре. Невозможность проведения радикальной операции заключалась в декомпенсации тяжелой соматической патологии. За 3 месяца амбулаторного лечения площадь язвы уменьшилась на 40%.

Нейротропные язвы - наиболее трудные в лечении: при малой площади поражения (до 4 см^2) раны были достаточно глубокими. В двух случаях дном раны являлась подкожная клетчатка с налетом фибрина, вялыми единичными грануляциями, что потребовало неоднократной гидропрессивной обработки, после которой на рану накладывали абсорбирующие альгинатные повязки с гидроколлоидными частицами. При этом за первые 8 суток лечения удалось очистить раневую поверхность. Далее создавались условия для заживления во влажной среде. Смена повязок производилась через $2,8 \pm 1,4$ суток. При этом периодически липидо-коллоидные повязки менялись на гидроколлоидные, гидрогелевые раневые покрытия. Полного заживления язвы удалось добиться у 2 пациентов за 126 ± 30 суток. В одном случае площадь язвы составила 3 см^2 , дном язвы являлись сухожилия. Удалить нежизнеспособные ткани с помощью протеолитических ферментов и добиться появления грануляций удалось за 5 суток. После первоначального уменьшения площади язвы на 20% процесс заживления прекратился. Смена различных раневых покрытий не привела к положительному эффекту. Пациенту произведена Z-образная пластика язвенного дефекта кожи местными тканями. Через 1,5 месяца достигнуто полное заживление раны.

У пациентов с вторичной хронической лимфатической недостаточностью местное лечение язвы происходило на фоне комплексного консервативного лечения, включающего фармакотерапию, лечебную физкультуру, постуральный дренаж, ручной лимфодренирующий массаж и ношение компрессионного трикотажа. У всех пациентов удалось добиться

полного заживления язв. Средний срок заживления составил $57,1 \pm 9,4$ суток [2,7].

Выводы:

1. Высокая абсорбиционная способность современных перевязочных средств, обладающих антимикробным действием, позволяет достоверно быстрее купировать воспалительный процесс, сократить сроки очищения раны.

2. Современные альгинатные, коллагеновые, гидрогелевые и гидроколлоидные раневые покрытия создают оптимальные условия для течения регенераторных процессов, защищая грануляционную, эпителиальную ткань от механических повреждений и высыхания.

3. В комплексной терапии трофических язв методика заживления во влажной среде может использоваться как самостоятельный способ лечения или как подготовка раны к радикальному хирургическому вмешательству.

Литература

1. Богданец, Л.И. Стимуляция II-III стадии регенерации венозных трофических язв гидроактивными раневыми покрытиями / Л.И. Богданец, С.С. Березина, В.Н. Лобанов, В.Н. Кириенко // Хирургия. – 2009. – № 6. – С. 61–66.
2. Везикова, Н.Н. Роль компрессионной терапии в лечении пациентов с сочетанием хронической венозной недостаточности и гонартроза / Н.Н. Везикова, Н.Н. Алонцева, Э.А. Щеглов, И.П. Дуданов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т V. – №3. – С. 544–547
3. Клинико-патогенетическое обоснование применения антимикотических средств в комплексном лечении пациентов с синдромом диабетической стопы / А.А. Глухов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т V. – №4. – С. 639–643.
4. Кириенко, А.И. Амбулаторная ангиология / А.И. Кириенко, В.М. Кошкина, В.Ю. Богачева. – М.: Литтерра, 2007. – 328 с.
5. Клинико-экономические аспекты применения современных перевязочных средств при лечении пациентов с венозными трофическими язвами голеней / Н.А. Кузнецов [и др.] // Хирургия. – 2009. – №11. – С. 63–69.
6. Профилактика раневой инфекции и морфологические аспекты заживления асептической раны / А.Б. Ларичев [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т IV. – №4. – С. 728–733.
7. Нузова, О.Б. Магнитолазеротерапия и милиа-цил в лечении трофических язв нижних конечностей / О.Б. Нузова // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т III. – №3. – С. 234–237.
8. Хасанов, А.Г. Оптимизация антибактериальной терапии при рожистом воспалении / А.Г. Хасанов, Д.Г. Шайбаков, Р.Ф. Нигматзянов, Р.Ф. Карамова // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т V. – №4. – С. 634–638.

9. Curr Probl Dermatol Basel / J. Hafner [et al.]// Karger, 1999.– 27.– С. 4–7.

10. Gloviczki, P. Handbook of venous disorders / P. Gloviczki, S.T. Yao James: London: Arnold, 2001.

УДК: 616-053.32+612.014(470.324-12)

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛЯЮЩИХ НА ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РОЖДЕНИИ

Г.В. ВОСТРИКОВА, Л.И. ИППОЛИТОВА

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко»,
ул. Студенческая 10, г. Воронеж, 394000

Аннотация: изучен социальный, соматический и акушерско-гинекологический анамнез 1099 женщин, родивших детей в сроке гестации от 22 до 37 недель в родильных домах города Воронежа с 2009 г. по 2012 г. Проведен анализ корреляционных зависимостей между сроком наступления родов и 260 факторами риска. Выявлено, что ведущим фактором является воспаление плодных оболочек, возникающее вследствие инфицирования во время беременности и родов.

Ключевые слова: гестационный возраст, преждевременные роды, недоношенный, новорожденный, факторы риска.

THE ANALYSIS OF FACTORS HAVING AN EFFECT ON GESTATIONAL AGE IN THE NEWBORNS

G.V. VOSTROKOVA, L.I. IPPOLITOVA

N.N.Burdenko Voronezh state medical academy

Abstract: the study based on observation of 1099 social, physical and obstetric-gynecologic histories of women who delivered in the period of gestation from 22 to 37 weeks in Voronezh city from 2009 to 2012. The analysis of correlation dependence between labours and 260 risks revealed that the major factor was the inflammation of membranes caused by infection during pregnancy and child delivery.

Key words: gestational age, premature birth, premature, newborn, risk factors.

Прогнозирование и профилактика преждевременных родов является актуальной проблемой современной перинатологии [6]. Частота преждевременных родов колеблется от 7 до 25% от числа всех беременностей и существенно влияет на демографические показатели [5].

Важность данной проблемы обусловлено не только медицинской, но и её социальной значимостью, так как заболеваемость и смертность среди недоношенных и особенно маловесных детей составляет до 70% и не имеет тенденции к снижению [3,6].

В концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации говорится о том, что здоровье ребенка – это его индивидуальное физическое, психическое, умственное, культурное, духовное, нравственное и социальное развитие, не ограниченное экзогенными и/или эндогенными факторами. В случае с недоношенными новорожденными 22-27 недель гестации, достижимость этой цели остается открытой [1].

Многие факторы влияют на течение беременности и на срок наступления родов. Преждевременные роды в 62% сопровождаются плаце-

нтарной недостаточностью, которая приобретает первостепенную значимость в преждевременном прерывании беременности [2]. Угроза преждевременных родов является универсальным ответом женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной или плода, связанное с перенесенными инфекциями, эндокринной патологией и другими неблагоприятными факторами внутренней и внешней среды.

Своевременное выявление факторов риска рождения недоношенного ребенка должно не только повлиять на срок его рождения, но и на качество жизни малыша в дальнейшем.

Цель исследования – анализ факторов, влияющих на гестационный возраст новорожденных при рождении.

Материалы и методы исследования. Проведен продольный ретроспективный анализ данных 1099 обменных карт беременных, историй родов, результатов анкетирования женщин, родивших детей в сроке гестации от 22 до 37 недель в родильном доме БУЗ «Воронежская областная клиническая больница №1», родильном доме МУЗ г. Воронежа «Городская