

симптомов у пациентов с минимальной, умеренной и выраженной активностью воспалительного процесса было немного (табл. 3). В частности, больные с минимальной активностью реже, чем больные с выраженной активностью, и больные с умеренной активностью по сравнению с пациентами с выраженной активностью жаловались на тяжесть в правом подреберье, а у больных с минимальной активностью по сравнению с больными с выраженной активностью процесса реже отмечалось снижение аппетита (табл. 3).

При распределении больных ХВГС по показателю ИРАС соответственно на группы с минимальной, умеренной и выраженной активностью воспалительного процесса (табл. 4) достоверных различий в частоте клинических симптомов поражения печени и интоксикации было больше, чем при градации по АЛТ. Так, больных с выраженной активностью по сравнению с больными с минимальной и умеренной активностью чаще беспокоили слабость, а по сравнению с больными с минимальной активностью – увеличение печени, горечь во рту и снижение аппетита. Кроме того, у больных с выраженной активностью по сравнению с больными с минимальной активностью достоверно большими были размеры печени ($1,4 \pm 0,1$ см против $1,1 \pm 0,1$ см, $p < 0,05$).

Заключение

Проведенные исследования позволили заключить, что у больных хроническим вирусным гепатитом С наблюдаются изменения параметров сердечно-дыхательного синхронизма, указывающие на снижение основных регуляторно-адаптационных возможностей организма. Частота и выраженность изменения показателей СДС соотносятся с клиническими признаками интоксикации и поражения печени, степенью повышения уровня гепаптоцеллюлярных ферментов и сцинтиграфических нарушений больных ХВГС.

Установленные закономерности позволили выявить два наиболее значимых параметра СДС: индекс регуляторно-адаптивного статуса и диапазон синхронизации, которые соответствуют большинству параметров традиционной классификации хронического вирусного гепатита С по степени активности воспалительного процесса в печени (рис. 1). Таким об-

разом, показатели СДС являются существенными дополнительными неинвазивными параметрами, позволяющими уточнять степень активности хронического вирусного гепатита С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлуцкая А. В., Трегубов В. Г. Регуляторно-адаптационные возможности детей с «функциональной» слабостью синусового узла в зависимости от психофизиологического статуса // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2006. – № 9 (90). – С. 86–89.
2. Гавришева Н. А., Антонова Т. В. Инфекционный процесс: клинические и патофизиологические аспекты: Учебное пособие. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 282 с.
3. Покровский В. М. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека / В. М. Покровский, В. В. Пономарев, В. В. Артюшков, Е. В. Фомина, С. Ф. Гриценко, С. В. Полищук. – Патент РФ № 86860, 20.09.2009.
4. Полищук С. В. Особенности формирования сердечно-дыхательного синхронизма на звуковой и световой раздражители в зависимости от типологических особенностей личности // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 9 (90). – С. 42–46.
5. Рахманова А. Г., Неверов В. А., Пригожина В. К., Кирпичникова Г. И., Ремезов А. П. Стратегия и тактика диагностики и лечения вирусных гепатитов: Пособие для врачей. – СПб, 1998. – 31 с.
6. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма / Под ред. В. М. Покровского. – Краснодар: изд-во «Кубань-Книга», 2010. – 244 с.
7. Choo G. L., Kuo G., Weiner A. J. et al. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A non-B hepatitis genome // Science. – 1989. – № 244. – P. 359–362.
8. Kuo G., Choo G. L., Alter H. I. et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A non-B hepatitis // Science. – 1989. – № 244. – P. 362–364.
9. Marcellin P. Hepatitis B and hepatitis C in 2009 // Liver International. – 2009. – № 29 (suppl.). – P. 1–8.
10. Poynard T., Bedosa P., Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C // Lancet. – 1997. – № 349. – P. 825–832.
11. Pokrovskii M. Integration of the heart rhythmogenesis levels: heart rhythm generator in the brain // J. Methodist debakey heart center. – 2006. – Vol. 2. № 2. – P. 19–23.

Поступила 03.09.2010

Д. В. ШАБЛИН, С. Г. ПАВЛЕНКО, А. А. ЕВГЛЕВСКИЙ, З. Н. ХАТКО

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: amit5@yandex.ru

Под наблюдением находилось 158 больных, бывших на лечении в хирургическом отделении Краснодарского госпиталя для ветеранов войн. У 12 пациентов оценивалась клиническая эффективность применения пектиновых пленок с фиксированными на них фармпрепаратами. Особенно выраженный эффект отмечался от применения пектиновых пленок с тамеритом, который стимулировал местный иммунитет и способствовал быстрому заживлению язвенных дефектов.

Ключевые слова: венозная трофическая язва, лечение, раневые покрытия.

HISTORY OF TREATING CHRONIC TROPHIC ULCERS OF VENOUS ETHIOLOGY
WITH GERONTOLOGICAL PATIENTS*Faculty surgery chair with anesthesiology course, Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4. E-mail: amit5@yandex.ru*

We observed 158 patients, undergoing treatment in the surgical department of Krasnodar hospital for war veterans. Twelve patients were observed for clinical effectiveness of using pectin films with medications applied to them. The best effect was noticed with tamerit-loaded pectin films: they enhanced local immunity and were conducive to rapid healing of ulcers.

Key words: venous trophic ulcer, treatment, wound care.

Введение

Венозная трофическая язва представляет собой дефект кожи и подлежащих тканей, возникающий в результате хронического нарушения венозного оттока и не заживающий в течение 4–6 недель [1]. Это осложнение хронического заболевания вен, возникающее на почве варикозной и посттромботической болезни (клинический класс C-6 по классификации CEAP), встречается у 1–2% людей трудоспособного и у 4–5% лиц пожилого и старческого возрастов [3]. Язвы венозной природы занимают лидирующее место (свыше 70%) среди различных причин язвенного поражения голеней, а их лечение представляет значительные трудности [2]. Особенно тяжелый контингент представляют больные пожилого и старческого возраста, у которых течение раневого процесса отличается торпидностью, ареактивностью.

В общепринятом комплексе лечебных мероприятий, включающем обязательную эластическую компрессию, соблюдение лечебно-охранительного режима, применение системной фармакотерапии, физиотерапевтических процедур, хирургической коррекции нарушенного венозного оттока, особую роль играет местное лечение. Его основной задачей является тщательная санация и полное заживление язвы. С этой целью применяют различные местные фармакологические лекарственные средства, современные раневые покрытия или готовые повязки с лечебными свойствами, соответствующими стадии раневого процесса.

Методика исследования

Под наблюдением находилось 158 больных, бывших на лечении в хирургическом отделении Краснодарского госпиталя для ветеранов войн с 1998 по 2008 г. Мужчин было 100 (69%), женщин – 44 (30%). Средний возраст больных – 85 лет. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Посттромботическая болезнь послужила причиной возникновения язв у 115 пациентов, варикозная болезнь – у 29 больных. Из сопутствующей патологии наблюдались: ИБС – у 105 пациентов, гипертоническая болезнь 2-й и 3-й стадий имела место у 29 больных. На момент начала лечения среднее время существования посттромботических трофических язв и язв на фоне варикозной болезни составляло 7,5 года (от 1 месяца до 20 лет). Локализация язвенных дефектов представлена в таблице 2. У 38 больных были множественные язвы (больше двух).

Средняя площадь трофических язв венозной этиологии составила 28,7 см² (от 1,0 до 221 см²). Подсчет площади поверхности трофической язвы осуществляли следующим образом: накладывали обработанную антисептиком прозрачную целлофановую пленку на язву и маркером обводили ее контуры. Затем переносили целлофан на лист миллиметровой бумаги и рассчитывали площадь язвенной поверхности (Ю. Ю. Суисси, 2006). Всем больным при поступлении в стационар проводились бактериальный посев из ран с определением чувствительности к антибиотикам, общеклиническое обследование, лабораторные исследования. В посевах наиболее часто встречались: *Ps. auriginose*, *St. aureus*, в меньшем количестве *Pr. vulgaris*, *E. coli*, энтеробактерии и различные микробные ассоциации.

Всем больным производилось консервативное лечение трофических язв. Хирургическое лечение, направленное на устранение вертикального и горизонтального венозного рефлюкса, не проводилось из-за возрастных особенностей контингента больных (средний возраст 85 лет), требующих индивидуального подхода в личном общении, не только в лечении, но и на этапе обследования, множества сопутствующих заболеваний, часто в стадии декомпенсации и отсутствии необходимых условий для проведения сосудистых операций.

Методика местного лечения язв была традиционной и заключалась в использовании мазей на водорастворимой основе (левосин, левомеколь, содерм и др.), йодонатов (раствор йодопиррона) в первой фазе раневого процесса – на фоне адекватной компрессионной терапии. При необходимости на первой стадии раневого процесса применялись ферментные препараты (ируксол, трипсин, химотрипсин). Компрессионная терапия подразумевала наложение биндажа, формируемого из бинтов короткой и/или средней степени растяжимости. Уровень бинтования (от основания пальцев или от голеностопного сустава до колена или до паха), техника наложения биндажа, степень компрессии зависели от формы поражения венозной и артериальной систем у данного конкретного больного.

На второй и третьей стадиях (стадии грануляции и эпителизации) использовали индифферентные мази, мази, стимулирующие регенерацию (солкосерил, метилурациловая), повязки «Воскопран», гель «куриозин». В динамике изучали состояние дна и краев язвы, используя полук количественную шкалу. Для оценки эффективности местного лечения дли-

Возрастной состав больных

Возраст	До 60 лет	61–75	76–85	86–90	Более 90 лет
Кол-во больных	3 (2,1%)	46 (32%)	77 (53,5%)	15 (10,4%)	3 (2,1%)
Всего	144 (100%)				

Таблица 2

Локализация язвенных дефектов

Локализация	Стопа	Лодыжки	Передняя поверхность голени	Задняя поверхность голени	Передне-медиальная поверхность голени	Передне-латеральная поверхность голени	Множественные язвы
Количество	37 (15,5%)	18 (7,6%)	47 (19,7%)	19 (8%)	49 (20,6%)	30 (12,6%)	38 (16%)
Всего	238						

тельно не заживающих ран измеряли скорость эпителизации. С этой целью до начала лечения точно определяли площадь раны. Для этого на рану накладывали стерильный лист полиэтиленовой пленки и переносили на нее контуры кожного дефекта. Затем полученное изображение раны накладывали на лист миллиметровой бумаги, после чего подсчитывали количество квадратных сантиметров и миллиметров, заключенных внутри границ контура. Повторное измерение площади раны осуществляли через каждые 10–15 дней проводимой локальной и общей терапии. Процентное уменьшение площади раны в процессе лечения определяли по формуле Л. Н. Поповой (1942).

Результаты исследования

Всех больных – 144 человека – в соответствии с применяемым способом местного лечения разделили на 3 группы. 1-я группа – 132 больных получали традиционное консервативное лечение язвенных дефектов, 2-ю группу составили 6 добровольцев, в лечении которых использовали пектиновые пленки с фиксированным на них хлоргексидином, и 3-я группа – 6 добровольцев, получавших пектиновые пленки с иммуномодулятором тамеритом. При цитологическом исследовании трофических язв до лечения в мазках-отпечатках преобладали нейтрофильные лейкоциты, в том числе дегенеративно измененные, с низкой фагоцитарной активностью и преимущественно кокковая микрофлора. Наряду с этим встречались единичные макрофаги с явлениями незавершенного фагоцитоза и эпителиоциты. При длительном существовании трофических язв наблюдались многоядерные гигантские клетки инородных тел, что свидетельствовало о развитии хронического воспалительного процесса. Отмечались немногочисленные эпителиальные клетки с признаками дегенеративных изменений.

В ходе проводимого лечения у 1-й группы больных отмечалось полное очищение язвенных дефектов

в сроки с 5-го по 13-й день, развитие грануляций – с 6-го по 13-й день от начала лечения, эпителизация язв происходила в среднем к 18–20-му дню.

В случае обширных трофических язв при согласии пациента производилась аутодермопластика (аутодермопластика свободно расщепленным перфорированным лоскутом, методом «почтовых марок» или их сочетания). Донорскими зонами служили внутренняя и наружная поверхности бедер. Их обезболивание осуществлялось путем инфильтрационной анестезии или – при пластике обширных трофических язв – с помощью перидуральной анестезии. Электродерматомом срезали расщепленные лоскуты кожи толщиной 0,2–0,4 мм необходимой площади, которые затем перфорировали и расправляли на язвенной поверхности.

Пересаженные трансплантаты покрывали повязкой «Воскопран». Так же поступали и с донорскими участками. Пациенту назначали строгий постельный режим на 5–7 суток. Системная антибактериальная терапия проводилась лишь с целью профилактики гнойно-септических послеоперационных осложнений и заключалась во внутримышечном или внутривенном введении 1 грамма цефтриаксона перед аутодермопластикой и после нее.

После заживления трофических язв пациентам подбирали компрессионный трикотаж совместно со специалистами ортопедического салона.

Обсуждение

Существующие многочисленные известные методы лечения трофических язв венозной этиологии зачастую не дают удовлетворительных результатов. Одной из причин низкого терапевтического эффекта является недооценка имеющегося при этом значительного общего угнетения тканевой регенерации в зоне тканевого дефекта. Поэтому в последнее время внимание исследователей сосредоточено на изучении механизма действия биорегуляторов восстановительных процессов. Относительно недавно в практике лечения ран

и трофических язв стали применять раневые покрытия различного типа. В настоящее время применяются пленки из различных видов природных и синтетических материалов: коллагена, поливинилхлорида, полиэтилена, полипропилена, полиэтилентерефталата, полиэpsilonкапролактона и др. Нами разработано новое раневое покрытие на основе природного пектина с фиксированным на нем лекарственным препаратом, что зафиксировано патентом на изобретение № 2360678 от 10.07.2009.

У 12 больных (2-я и 3-я группы) – добровольцев с хроническими трофическими язвами венозной этиологии, находившихся на лечении в хирургическом отделении Краснодарского госпиталя для ветеранов войн, для местного лечения использовались пектиновые пленки с хлоргексидином и иммуномодулятором тамеритом.

В ходе проводимого лечения биодеградация пленки наступала на 4-е сутки, полное очищение язвенных дефектов на 4–5-е сутки наблюдалось у 2-й группы, у 3-й в среднем на 5–6-е сутки. Развитие грануляций, наоборот, отмечалось у 3-й группы на 6–10-е сутки, у 2-й – на 8–11-й день. Полная эпителизация язвенных дефектов у 3-й группы отмечалась на 15–18-й день.

Микроскопически отмечались активное разрастание грануляционной ткани, ускорение процессов регенерации, уменьшение размеров раневых дефектов. В контрольных бактериальных посевах отмечалась полная элиминация патогенной микрофлоры.

До наложения на гранулирующую поверхность хронической язвы мягких тканей голени пленок с тамеритом мазки-отпечатки, полученные с ее поверхности и окрашенные по Романовскому-Гимзе, обнаруживали наличие в составе отделяемого единичные дегенеративные (полисегментные) нейтрофильные гранулоциты, единичные лимфоциты с ядрами, содержащими компактный, грубодисперсный хроматин, фибробластоподобные клетки и умеренное количество нитей и сгустков фибрина. Описанная картина соответствует вялотекущему, хроническому язвенному процессу.

В условиях лечения язвенного процесса с использованием пленок, обогащенных тамеритом, уже через десять дней морфологическая картина, обнаруживаемая на мазках-отпечатках, существенно из-

менилась: клеточные элементы исчезли практически полностью, количество сгустков фибрина, которые приобрели мелкодисперсный характер, существенно уменьшилось, нити фибрина исчезли полностью, что соответствует активации регенераторной фазы раневого процесса.

Таким образом, лечение трофических венозных язв является по-прежнему сложной проблемой, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, и требует дальнейшего поиска наиболее оптимальных лекарственных воздействий. Пектиновые пленки с фиксированными на них фармпрепаратами, в особенности с тамеритом, способствуют стимуляции регенерации язвенных дефектов у геронтологических больных и сокращают сроки лечения данной патологии, но требуют дальнейшего изучения в экспериментальных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириенко А. И., Богданец Л. И., Богачев В. Ю., Журавлева О. В. Результаты открытого сравнительного исследования эффективности и безопасности перевязочного материала «Воскопран» для местного лечения венозных трофических язв во II–III стадиях раневого процесса // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 38–40.
2. Липницкий Е. М. Лечение трофических язв нижних конечностей. – М., 2001. – С. 160.
3. Савельев В. С. Флебология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – С. 150.
4. Савельев В. С., Кириенко А. И., Богачев В. Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // Флебология. – 2000. – № 11. – С. 10.
5. Baccaglini U. Эпидемиология венозных язв нижних конечностей в Европе // Медикография. – 2000. – № 3. – С. 22, 43.
6. Сегура-Сенисерос Э. П., Ильина А., Монталво-Арредондо Х. И. и др. Оценка влияния пектин-папаиновых взаимодействий на стабильность фермента и механические свойства пектиновых пленок из маракуйи, используемых для лечения кожных ран // Вестник Московского университета. Сер. 2. Химия. – 2006. – Т. 47. № 1.
7. Павленко С. Г., Хатко З. Н., Шаблин Д. В., Кадол О. Н. Способ лечения раневых поверхностей. – Патент РФ № 2360678 от 10.07.2009. Бюл. № 19.

Поступила 20.09.2010

Т. В. ШЕЛЯКИНА¹, М. Г. ЛЕОНОВ², А. А. КАНТОРОВА¹, З. М. ГАТАГАЖЕВА², М. И. ЕВЛАЕВА²

РАК ШЕЙКИ МАТКИ В УСЛОВИЯХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ И ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

¹ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»,

Россия, 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я Линия, 63;

²ГУЗ «Онкологический диспансер № 3» ДЗ КК,

Россия, 353915, г. Новороссийск, ул. Л. Шмидта, 7. E-mail: novonko@yandex.ru

В работе проведена ретроспективная оценка факторов риска возникновения рака шейки матки среди 956 больных раком шейки матки и 659 практически здоровых женщин, проживающих в Краснодарском крае, и 67 больных раком шейки матки и 50 практически здоровых женщин, из Ингушской республики.

Методом многомерного шкалирования установлены факторы риска, формирующие уровень заболеваемости в каждой местности.

Ключевые слова: рак шейки матки, факторы риска, уровень заболеваемости.