

Р.М. Зинатуллин, К.Р. Хатмуллина, Т.Р. Гизатуллин, В.А. Катаев
**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ
ТРОФИЧЕСКИХ И ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В статье приведены результаты применения новых способов хирургического и консервативного лечения и реабилитации больных с трофическими и длительно не заживающими ранами. Описаны предложенные способы проведения операций, инфузионной терапии и профилактических мер для предупреждения рецидива трофических ран. Их применение может стать новым базовым стандартом в лечении данной патологии. На внедренные способы получены патенты РФ.

Ключевые слова: трофические и длительно не заживающие раны, хирургическое лечение ран, инфузионная терапия, реабилитация.

R.M. Zinatullin, K.R. Khatmullina, T.R. Gizatullin, V.A. Kataev
**WAYS TO IMPROVE EPITHELIALIZATION
OF TROPHIC AND NON-HEALING WOUNDS**

The article presents the results of new methods of surgical and conservative treatment and rehabilitation of patients with trophic and long-term non-healing wounds. We describe the proposed methods of operation, fluid therapy and preventive measures to prevent the recurrence of trophic wounds. Their use can become a new base standard in the treatment of this pathology. We have received Russian Federation patents on developed methods.

Key words: trophic and non-healing wounds, surgical treatment of wounds, infusion therapy, rehabilitation.

В настоящее время остается актуальным лечение трофических и длительно не заживающих ран, поскольку качество лечения общепринятыми способами оставляет желать лучших результатов, а многие из существующих стандартов уже давно пора пересмотреть.

Распространенность трофических и вялотекущих ран различной этиологии среди населения достигает 3%, из них 2/3 развивается на фоне варикозного расширения вен и после тромбоза и 1/3 вследствие различных травм мягких тканей, повреждений крупных нервных стволов, а также после ожогов. У 75 % больных сахарным диабетом ампутации предшествуют длительные незаживающие трофические раны, флегмоны, абсцессы, гангрена [1,6]. В клинической практике имеется широкий выбор лекарственных средств и перевязочных материалов, но нет такого искусственного покрытия, которое по своим физиологическим свойствам приближалось бы к коже человека. Аутодермопластика до сегодняшних дней остается «золотым стандартом» в лечении больных с раневыми дефектами и трофическими ранами [5].

Цель исследования: улучшение результатов эпителизации в комплексе новых хирургических и консервативных способов лечения больных с трофическими и длительно не заживающими ранами.

Материал и методы

Нами проведен анализ качества лечения 112 больных, проходивших лечение в МБУЗ ГКБ № 18 г. Уфы за 2007 – 2011 годы.

Из 112 пациентов мужчин 61 (54,5%), женщин 51 (45,5%). У всех больных имелись сопутствующие заболевания. В структуре сопутствующей патологии наиболее часто встречались заболевания сердечно – сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь (19,6%); заболевания лимфопериферической системы: варикозная болезнь нижних конечностей (21,7%), посттромботическая болезнь (10,9%), перенесенное рожистое воспаление (7,8%); сахарный диабет (15,2%), посттравматические трофические и вялотекущие раны (25,4 %).

Результаты и обсуждение

Трофические дефекты всегда характеризуются незначительной тенденцией к заживлению, частыми рецидивами, сложностью лечения. Хотя комбинированная инфузионная терапия трофических дефектов, являющихся осложнениями хронической венозной недостаточности, оправдана и клинически эффективна, однако отсутствие стандарта подбора рациональной базисной схемы инфузионной терапии для каждого пациента не позволяет достичь требуемого лечебного эффекта и качества в установленные медико-экономическими стандартами сроки.

Нами предложен новый стандартизованный способ инфузионной терапии трофических ран путем ежедневного введения смеси лекарственных препаратов в течение установленного медико-экономическими стандартами срока лечения больного. При этом введение осуществляют внутривенно капельно последовательно, причем сначала вводят

смесь, содержащую 5% раствор глюкозы в количестве 200 мл, 0,5 % раствор новокаина в количестве 50 мл и 25% раствор магния сульфата в количестве 5 мл, после чего вводят смесь, содержащую изотонический раствор хлорида натрия 0,9% в количестве 200 мл и 2% раствор пентоксифиллина в количестве 5 мл, затем вводят смесь, содержащую реополиглюкин в количестве 200 мл, 5% раствор аскорбиновой кислоты в количестве 5 мл, 1% раствор никотиновой кислоты в количестве 1-2 мл.

Доказано, что способ инфузионной терапии при трофических ранах обеспечивает улучшение микроциркуляции и течения метаболических процессов, стимуляцию заживления трофических ран и как следствие качество лечения больных.

Данный способ был использован при лечении 44 больных с трофическими ранами в ожоговом отделении МБУЗ ГКБ № 18 г. Уфы. Во всех случаях предложенный стандарт продемонстрировал свою эффективность и значительно повысил качество лечения [7].

Достижение качественного результата возможно путем использования аутодермотрансплантата с одновременной предварительной фенестрацией раневой поверхности до здоровой, кровоснабжаемой нижележащей ткани. В последующем осуществляется тангенциальное иссечение раневой поверхности и аутодермопластика. Способ лечения трофических и вялотекущих ран позволяет стимулировать рост грануляционной ткани. Этим достигается возможность дальнейшего оперативного лечения с удовлетворительным функциональным результатом.

Данным способом были пролечены 35 больных с трофическими и вялотекущими ранами в ГКБ № 18. Во всех случаях повышено качество клинического результата [2].

Дальнейшее критическое отношение к стандартам хирургического лечения преследовало цель сокращения времени и объема операции за счет исключения некоторых этапов с использованием погружной аутодермопластики. При проведении операции делают вертикальные разрезы трофической раны до кровоснабжаемой нижележащей ткани с ин-

тервалом 0,5 – 1,0 см, после чего вживляют дермальные ростки размерами 2×2 мм в произведенные разрезы. В последующем происходит интенсивное разрастание эпидермиса.

Данный способ был использован у 20 больных с трофическими ранами в МБУЗ ГКБ № 18 г. Уфы [3].

Зачастую после благополучного заживления трофических и вялотекущих ран и образования рубцовой ткани на фоне обострения основного заболевания и ослаблении иммунитета, а также при несоблюдении врачебных рекомендаций неизбежно наступает рецидив трофических и вялотекущих ран и образование их на рубцах.

Качественно меняет результаты лечения предложенный нами способ лечения и профилактики развития гипертрофических и келоидных рубцов, который заключается в следующем: больному одновременно вводят лидазу в толщу рубца или подрубовую ткань в терапевтической дозе (в зависимости от размера, глубины и давности поражения) и дополнительно методом электро-(фоно-) фореаза на область рубцов в средней терапевтической дозе. После чего на рубцовую поверхность накладывают на 24 часа влажную сетку, содержащую хитозан и коллагеназу. В составе данного покрытия содержится 95 частей хитозана и 5 частей коллагеназы. Стандартный курс лечения составляет 10-15 ежедневных процедур, который доступен в рамках установленного медико-экономического стандарта.

Данным способом было пролечено 13 больных в МБУЗ ГКБ № 18 г. Уфы. Все больные отмечали существенное улучшение клинического состояния, увеличение объема движений, уменьшение явлений, влияющих на качество жизни [4].

Применение предложенного алгоритма в практике лечения больных с трофическими и длительно не заживающими ранами позволяет стимулировать процесс эпителизации, увеличивает срок стойкой ремиссии, что в свою очередь отражает повышение качества лечения и может служить новыми стандартами в лечении больных с трофическими и длительно не заживающими ранами.

Сведения об авторах статьи:

Зинатуллин Радик Медыхатович – к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 235-75-76.

Хатмуллина Карина Радиковна – аспирант кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8 (347) 235-75-76

Гизатуллин Тагир Рафаилович – к.м.н., научный сотрудник ЦНИЛ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8(347) 273-61-45.

Катаев Валерий Алексеевич – д.фарм.н., зав.кафедрой послевузовского и дополнительного фармацевтического образования ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8(347)272-62-95.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котов, С.В. Диабетическая нейропатия / С.В. Котов [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2010. – 440 с.
2. Патент 2341208 С1 Российская Федерация, МПК А61 В 17/00 Способ хирургического лечения трофических и вялотекущих ран/ С.Н. Хунафин, А.Ж. Гильманов [и др.]; Башкирский государственный медицинский университет. № 2007137172/14; заявл. 27.09.2007; опубл. 20.12.08, Бюл. 35. – 1с.
3. Патент 2438596 С1 Российская Федерация, МПК А61 В 17/00 Хирургический способ лечения трофических ран различной этиологии/ Р.М. Зинатуллин, Т.Р. Гизатуллин [и др.]; Гизатуллин Тагир Рафаилович, Хатмуллина Карина Радиковна – № 2010129746/14; заявл. 15.07.2010; опубл. 10.01.12, Бюл. 1. – 1с.
4. Патент 2424812 С1 Российская Федерация, МПК А61К31/722 Способ лечения и профилактики гипертрофических и келоидных рубцов с использованием хитозана / Р.М. Зинатуллин, Т.Р. Гизатуллин [и др.]; Башкирский государственный медицинский университет. № 2010105500/15; заявл. 15.02.2010; опубл. 27.07.11, Бюл. 21. – 1с.
5. Смирнов, А.В. Клиническое применение криоконсервированных жизнеспособных аутодермотрансплантатов при лечении больных со скальпированными и рвано-ушибленными ранами / А.В.Смирнов [и др.]/Медицинский вестник МВД. – 2011. – № 3. – С. 26-29.
6. Сергеев, Н.А. Лечение венозных трофических язв нижних конечностей / Н.А. Сергеев [и др.]. – Тверь: РИЦ ТГМА, 2009. – 91 с.
7. Патент 2475242С1 Российская Федерация, МПК А61К31/245 Способ инфузионной терапии при трофических ранах / Р.М. Зинатуллин, Т.Р. Гизатуллин [и др.]; Башкирский государственный медицинский университет. № 2012111888/15; заявл. 27.03.2012; опубл. 20.02.13, Бюл. 5. – 1с.

УДК 616.33-002.446:616-092.18

© А.Е. Шкляев, А.Г. Бессонов, А.М. Корепанов, Е.Л. Баженов, 2013

А.Е. Шкляев, А.Г. Бессонов, А.М. Корепанов, Е.Л. Баженов
**ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА И ПРОЛИФЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ
 С ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Ижевск

Обследовано 122 пациента с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны, установлена высокая клиническая эффективность СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола из скважины санатория «Ува» (Удмуртская Республика), определена динамика маркеров пролиферации и апоптоза в процессе лечения.

Ключевые слова: эрозия желудка, пролиферация, апоптоз.

A.E. Shklyayev, A.G. Bessonov, A. M. Korepanov, E.L. Bazhenov
**EXPRESSION OF MARKERS OF APOPTOSIS AND CELL PROLIFERATION
 IN PATIENTS WITH EROSIIVE LESIONS OF THE STOMACH
 IN THE PROCESS OF TREATMENT**

122 patients with erosive lesions of gastroduodenal zone have been examined, a high clinical efficacy of sinusoidal-modulated-current-phoresis with hydrogen sulfide iodine-bromine brine of sanatorium "Uva" (Udmurtia) has been established, the dynamics of the markers of proliferation and apoptosis during treatment has been determined.

Key words: gastric erosion, proliferation, apoptosis.

Актуальной проблемой современной гастроэнтерологии является рост частоты эрозивных поражений желудка. За период 2004-2010 гг. в РФ отмечено увеличение общей и первичной заболеваемости гастритами с 2148,5 до 2476,7 на 100 тыс. взрослого населения. Общая заболеваемость гастритами в Удмуртской Республике в 2010 году среди взрослого населения составила 3434,0 [2]. Число больных с острыми эрозиями желудочно-кишечного тракта продолжает увеличиваться [4].

По результатам современных исследований при локализации эрозий в желудке контаминация слизистой оболочки *Helicobacter pylori* (Hр) составляет 66,0–85,0% [1, 3]. Недостаточная эффективность существующих методов лечения диктует необходимость поиска новых подходов к терапии эрозивных поражений гастродуоденальной зоны [5].

Цель исследования: анализ экспрессии маркеров апоптоза и пролиферации при Нр-позитивных эрозивных поражениях желудка в процессе лечения.

Материал и методы

Проведено углубленное обследование 122 больных с эрозивными поражениями желудка в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст 42,1±2,7 года). Из них 43,4% мужчин и 56,6% женщин. В 54,9% случаев эрозии локализовались в желудке, в 45,1% – сочетались с поражением двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка (два биоптата из тела и один – из антрального отдела). Инфицированность *Helicobacter pylori* (HP) оценивали уреазным (Campi-test, тест-полоски и ХЕЛПИЛ-тест) и морфологическим (окраска по Гимзе) методами. Кислотопродукцию