

покровы дистальнее повязок оставались бледно-розовыми, что свидетельствует об отсутствии венозного застоя из-за чрезмерного пережатия конечности повязкой.

Выводы:

1. Использование турникета ТКБ-1 позволяет значительно сократить время оказания помощи раненым военнослужащим, что имеет важное значение в условиях современного боя.

2. Конструкция турникета позволяет при необходимости увеличить локальное давление на рану без использования дополнительных средств, что при наложении давящей повязки с использованием ППИ сделать невозможно.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ИЗЛУЧЕНИЕМ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА (ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ)

Сандалов Е. Ж.¹, Ульянова З. В.¹, Хомченко В. В.²,
Пикиреня И. И.³

¹ООО «Сеть клиник «Линлайн», Екатеринбург, Россия

²ООО «ЛИНЛАЙН Медицинские Системы», г. Минск,
Республика Беларусь

³ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», г. Минск, Беларусь

Введение. Число методов лечения трофических язв (ТЯ) и длительно незаживающих (ДН) ран приближается к десяти тысячам. Это подтверждает недостаточную эффективность имеющихся методов и необходимость поиска новых. Лечение пациентов с ТЯ и ДН ранами сложное, длительное и высокочатное.

Цель: продемонстрировать первый опыт применения излучения эрбиевого лазера для лечения трофических язв и длительно незаживающих ран.

Материалы и методы. В г. Екатеринбурге в клинике «Линлайн» впервые в России применен разработанный в Беларуси метод лазерного дебридмента раневой поверхности и стимуляции репарации, основанный на воздействии излучения

Er:YAG лазера (Евразийский патент № 021139 «Способ обновления биологических тканей и устройство для осуществления способа»). Этот метод включает два этапа. Первый этап: воздействие на поверхность ТЯ излучением эрбиевого лазера в импульсном режиме с целью санации гнойно-некротического очага и удаления нежизнеспособных тканей методом абляции (вапоризации). За счет оптимизации временных параметров лазерных импульсов происходит удаление нежизнеспособных тканей, стерилизация раневых поверхностей без перегрева подлежащих слоев. Второй этап: для восстановления трофики и стимуляции роста новых тканей используется пространственно модулированное излучение YAG:Er лазера, которое создает упорядоченные области микроабляции. Генерирующиеся взрывные акустические волны образуют области механического микротравмирования, которые находятся в окружении нетравмированных тканей и не оказывают на их функционирование никакого воздействия. Благодаря такого рода воздействию происходит улучшение трофики тканей и рост новых – запускается механизм репаративной регенерации по типу реституции. Эффективность метода показали клинические исследования, проведенные в 9-й ГКБ г. Минска, где с 2013 по 2018 гг. такой метод применен у 118 пациентов с разной локализацией ТЯ (на нижних конечностях 60: венозные – 36, артериальные – 6, лимфатические – 3, нейротрофические – 2, диабетические – 5, другие – 8), пролежнями (11), длительно незаживающими ранами передней брюшной стенки (25), посттравматическими длительно незаживающими ранами (2), длительно незаживающими ранами других локализаций и этиологий (20).

Результаты и обсуждение. В клинике «Линлайн» (Екатеринбург) лечились 45 пациентов в возрасте от 20 до 77 лет: 8 – с послеоперационными ДН ранами, 9 – с синдромом диабетической стопы, 19 – с венозными ТЯ, 1 – с артериальной язвой, 1 – с нейротрофическими посттравматическими язвами, 3 – с длительно незаживающими послеоперационными ранами, 1 – после пластики по Красовитову, 3 – с трофическими расстройствами без язвы. Сроки существования ТЯ и ДН ран

были от 1 месяца до 15 лет. Размеры дефектов – от 0,7х0,7 см до 7,3х4,0 см, глубина от 0,1 см до 1,5 см. Множественные поражения были у 8 пациентов (2 и более язвенных дефектов). Количество процедур от 1 до 25 с промежутками между процедурами от 1 до 10 дней. У всех пациентов отмечена положительная динамика: у 15 – ТЯ и ДН раны зажили в сроки от 14 до 60 дней, еще у 22 – уменьшение в размерах на 66-75% в течение месяца, у 5 – значительно уменьшились трофические расстройства. 3 пациентам после подготовки раневой поверхности была выполнена аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Нами отмечено, что болевой синдром значительно уменьшался или исчезал после 1-2 сеансов лечения. У 2-х пациентов мы получили неудовлетворительные результаты (1 с артериальными язвами на фоне прогрессирования ишемии в отсутствие курса сосудистой терапии и у 1 с венозными язвами на фоне прогрессирования капилляротоксикоза с некротизирующим компонентом на фоне приема высоких доз препаратов рутина и аскорбиновой кислоты), регресса язвенных дефектов не было. После заживления венозных ТЯ пациентам рекомендовано хирургическое вмешательство на венах.

Выводы. Наш первый опыт применения излучения эрбиевого лазера для лечения трофических язв и длительно незаживающих ран белорусским методом показал его высокую эффективность, а полученные результаты сопоставимы с данными разработчиков метода (БелМАПО, 9-я ГКБ г. Минска) и данными, полученными и опубликованными испанскими коллегами Hospital Viamed Monegal в Терагоне (Hernandez E. et al., 2015). Считаем целесообразным более широкое применение представленного метода для лечения трофических язв и длительно незаживающих ран как в виде монометода, так и в комплексе с другими методами.