

Литература:

1. Алишимов Ш. А., Матвеев Н. А., Наурбаев М. С., Богданов Д. Ю., Киреев А. А. О методиках фиксации имплантатов в хирургии грыж // Эндоскопическая хирургия. – 2008, 6. – С. 60-63.
2. Ультразвуковая диагностика в абдоминальной и сосудистой хирургии / под ред. Г. И. Кунцевич. – Мн., 1999. – С. 256.
3. Б. С. Суковатых, Н. М. Валуйская, А. А. Нетяга, В. А. Жуковский, Е. В. Герасимчук. Влияние анатомо-функциональной недостаточности брюшной стенки на прогноз возникновения послеоперационных вентральных грыж // Хирургия № 1, 2014. – С. 43-47.
4. Gislason, H. Burst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations – comparison of three closure techniques // H. Gislason, J. E. Gronbech, O. Soreide // Eur. J. Surg. 1995. Vol. 161. № 5. – P. 349-354.
5. Shestak K.C., Edington H.j., Fohnson R.R. The separation of anatomic components technigue for the reconstruction of massive midline abdominal wall defects anatomy, syrgical technigue, applications, and limitations revisited. Plast Reconster Surg 2000; 105: 2: 731- 738 guiz 739.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ ПОВЯЗКИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹ Маслакова Н. Д., ¹ Могилевец Э. В., ² Савосик А. Л., ² Флеров А. О.,
² Жотковская Т. С., ¹ Макарчик В. В., ¹ Комякевич Г. А.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»
Гродно, Беларусь

Введение. Трофические язвы, возникающие при хронической венозной недостаточности, составляют примерно 52% от всех язв нижних конечностей.

Известно, что одним из альтернативных методов лечения трофических язв нижних конечностей у пациентов в послеоперационном периоде и с противопоказаниями к хирургическому лечению является наложение компрессионного биндажа. Самая известная разновидность такого биндажа – цинк-желатиновая повязка – «сапожок» Унна. Ее изобрел выдающийся немецкий Унна Пауль Герзон более 100 лет назад. Она получила широкое признание при лечении варикозных язв, хронических тромбозов, флебитов. Цинк-желатиновая повязка впитывает раневой секрет, сохраняет постоянную влажность, температуру, давление на дно язвы, вызывает рост грануляции с последующей эпителизацией раны [1, 2]. Сейчас в век инновационных технологий в исследованиях, проводимых в зарубежных клинических центрах, утверждается, что лечение трофических язв нижних

конечностей с помощью комплекта компрессионных чулочных изделий более эффективно, чем применение бандажей. Однако существуют ряд недостатков, не позволяющих широкое применение компрессионных чулок: 1) трофические язвы в полной мере излечиваются, если подвижность голеностопного сустава позволяет безболезненно надевать изделия; 2) в случае, если они оказывают на голеностопный сустав давление около 40 мм рт. ст., их трудно надевать; 3) чулки, входящие в комплект, необходимо стирать в среднем один раз в два дня, что не исключает риска инфицирования; 4) время рубцевания язв диаметром более 4 см не снижается [3, 4].

Цель: изучение эффективности применения модифицированной цинк-желатиновой повязки Унна для лечения трофических язв нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. 28 пациентов ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ» с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложнившейся трофическими язвами мягких тканей, размерами от 3 до 7 см. У всех пациентов раны были инфицированы в большей или меньшей степени. С 2008 г. по 2011 г. 11 пациентов применяли классический вариант цинк-желатиновой повязки, с 2011 по 2016 гг. – 17 пациентов. В классический состав цинк-желатиновой повязки входит дистиллированная вода – 200 мл, окись цинка – 50 г, желатин – 20 г, глицерин – 25 г. Классическую повязку Унна накладывают на 4-8 недель. Мы предлагаем использовать как альтернативный метод модифицированную цинк-желатиновую повязку Унна, заменив дистиллированную воду на такое же количество 0,02% раствора фурацилина (состав повязки: желатин – 50 г, окись цинка – 50 г, раствор фурацилина 0,02% – 100 мл, глицерин – 300 мл) на область голени.

Перед наложением повязки должны соблюдаться следующие условия: Некротизированные участки ткани удаляются, рана очищается до появления грануляций. Пациент должен находиться в горизонтальном положении, ногу, на которую накладывается повязка Унна, приподнимают под углом 46-60° (по отношению к горизонтальной плоскости) на 15-20 минут. Повязка накладывается от пальцев стоп до подколенной ямки. Для обеспечения равномерной компрессии всех отделов стопы и голени окологолыщечные углубления целесообразно предварительно заполнить ватными тампонами, пропитанными пастой. Пломба должна возвышаться над уровнем кожи на 5 мм. Повязка делается разной толщины в зависимости от уровня: для стопы – 2 слоя; в зоне трофической язвы – 4-5 слоев; верхняя треть голени – 2-3 слоя. Повязка не должна ограничивать сгибание конечности в голеностопном суставе для беспрепятственного сокращения мышц голени. Возможно наложение повязки двумя вариантами: первый вариант предполагает смазывание пастой кожи, а затем – восходящее бинтование стопы и голени сухим бинтом с одновременным пропитыванием его пастой; второй вариант предполагает

предварительное пропитывание бинта пастой. Предпочтительней последний вариант.

Результаты и их обсуждение. Компрессионная повязка накладывалась на 3 недели, затем рана осматривалась. Применение классического варианта повязки требовало повторного ее наложения, длительность лечения составила 4 недели. Со второй недели применения модифицированной повязки Унна прекращалось промокание повязки. После снятия повязки наблюдалась полная эпителизация язв, повторных наложений повязки не понадобилось. Боли при ношении компрессионной повязки отсутствовали.

При применении модифицированной повязки Унна риск инфицирования раны низкий, так как фурацилин обладает антимикробной активностью. Активен в отношении возбудителей анаэробной инфекции, грамположительных и грамотрицательных бактерий (стафилококков, стрептококков, дизентерийной палочки, палочки паратифа). В присутствии гноя активность фурацилина не снижается, что очень важно, так как повязка накладывается на длительный срок, и нет возможности контролировать процессы, происходящие под ней.

Выводы. Полученные результаты указывают на целесообразность применения модифицированной повязки Унна. Повязка сокращает сроки лечения пациентов, не ограничивает их физическую активность. Она позволяет длительное время поддерживать на физиологическом уровне водный и температурный баланс кожи, защищает регенерирующую поверхность от повреждений, инфекций. Очевидна экономическая выгода: уменьшается койко-день, возможно амбулаторное лечение пациента. Сокращается время лечения и количества визитов к врачу. Компрессионная повязка имеет ряд преимуществ перед применением лечебных чулок «ULCER X», так как не требует ежедневной смены, что бывает значительно болезненно, не нарушает подвижность голеностопного сустава, исключает риск инфицирования. Данная модификация проста в исполнении, экономична и может быть предложена для широкого использования.

Литература:

1. Липницкий, Е. М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е. М. Липницкий – М.: Медицина, 2001. – С. 160.
2. Савельев, В. С. Лечение трофических язв венозной этиологии / В. С. Савельев 2000. – С. 105.
3. Blattler W, Lim B, Unl F, Bringer V. Determinants of pressure exerted by medical compression stockings. *Phlebologie*, 2007; 36. 237-244.
4. Brizzio E.O, Blattler W, Rossi G, Chirinos A, Cantero L, Idiazabal G, Amsler P, Healing venous ulcers with different modalities of leg compression. *Phlebologie*, 2006, 36. 349-355.