

4. Толочек, В.А. Современная психология труда: учеб. пособие / В.А. Толочек. - 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. - 432 с.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дубровщик О.И., Гарелик П.В., Ясюк Л.С., Ясюк А.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

«Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему упорству и трудности лечения».
С.И. Спасокукоцкий

Актуальность. Лечение пациентов с декомпенсированной стадией варикозной болезни (ВБ) нижних конечностей до настоящего времени остается актуальной проблемой современной хирургии в связи с большой распространенностью заболевания среди пациентов трудоспособного возраста, отсутствием тенденции к снижению заболеваемости, длительностью и упорством течения, склонностью к рецидивам и нередкой инвалидизацией. Одним из тяжелых осложнений этого заболевания являются трофические язвы (ТЯ) нижних конечностей, осложняющие течение хронической венозной недостаточности (ХВН) в 15-18% случаев и встречаются у 1-2% трудоспособного населения, возрастая до 4-5% среди пациентов старше 65 лет [4]. В большинстве случаев ТЯ имеют венозную этиологию и связаны с недостаточностью клапанов в системе подкожных и/или глубоких вен нижних конечностей и посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС) [5]. В Республике Беларусь варикозной болезнью страдают 25-30% населения, т.е. 25-30% населения [2], при этом у 10-15% ВБ сопровождается ХВН и примерно 40 тыс. человек страдают ТЯ венозного генеза. Частота встречаемости тромботических поражений магистральных вен нижних конечностей и таза, проявляющихся клиническими признаками ПТФС, в Беларуси составляет около 5 тыс. человек [1]. Варикозная трансформация подкожных вен и трофические нарушения кожи являются частым, но не обязательным признаком данной патологии. Для ПТФС нижних конечностей характерны симптомы: отек, боль, судороги, ТЯ и поражение кожи – дермолипосклероз и экзематозный дерматит [3]. Хирургическое лечение является основным при данной патологии, однако у части пациентов выполнение операции невозможно (тяжелая сопутствующая патология, расширение глубоких вен и их тромбоз, отказ пациента от операции). К сожалению, следует отметить, что несмотря на оперативное лечение – флебэктомию, прогрессирование ВБ нижних конечностей, по разным статистикам, наблюдается в 12-80% случа-

ев, а ТЯ возникают повторно у 10-30% оперированных пациентов. Современные подходы к лечению, несмотря на ожидаемое улучшение результатов лечения ТЯ венозного генеза, не удовлетворяют хирургов и диктуют необходимость поиска возможных способов улучшения трофики мягких тканей нижних конечностей и эпителизации ТЯ.

Цель. Оптимизация результатов лечения пациентов с венозными ТЯ посредством внедрения системы комплексного лечения с применением борно-гидрокортизоновой смеси, повидон-йода и низкочастотного ультразвука.

Методы исследования. Проведен анализ результатов лечения пациентов, госпитализированных во 2-ое хирургическое отделение клиники общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» в период с 2010 по 2015 (9 месяцев) гг. Пролечено 835 пациентов с ХВН и ПТФС нижних конечностей. По международной классификации CEAP эти пациенты соответствовали С5-С6 классам. Декомпенсация регионарного венозного кровотока была у всех пациентов и определялась резко выраженным расширением вен, индурацией и пигментацией кожных покровов в области голени с образованием ТЯ. Мужчин было 179 (21,4%), женщин – 656 (78,6%). Средний возраст пациентов составил 59 ± 3 года. У 605 (72,5%) пациентов ПТФС развился после перенесенного тромбоза глубоких и/или поверхностных вен и открылись ТЯ. У 230 (27,5%) пациентов ТЯ открылись на фоне хронической ВБ нижних конечностей в стадии декомпенсации. Длительность заболевания варьировала от 7 до 19 лет. ТЯ были во II-III стадии течения раневого процесса, площадь язвенного дефекта составила от 5 см² до 150 см², наиболее частая локализация – медиальная поверхность нижней трети голени отмечены у 439 (52,6%), обширные циркулярные язвы у 39 (4,7%), у латеральной лодыжки – 27 (3,2%), на стопе у 19 (2,3%) пациентов. Проведены общеклинические и биохимические исследования крови, бактериологическое исследование содержимого ТЯ. Состояние поверхностных, перфорантных и глубоких вен определяли при помощи ультразвукового ангиосканирования на аппарате ACUSONX500, работающего в режиме реального времени и позволяющего проводить цветное картирование кровотока с доплерографическим анализом. Использовались секторальные двунаправленные датчики непрерывной звуковой волны с рабочей частотой от 5 до 10 МГц. Циреовазография. Микробиологическое исследование цитологических мазков-отпечатков с ТЯ проводилось в день госпитализации и в динамике, по показаниям – гистологическое исследование. Главной задачей в ходе лечения являлось очищение и закрытие язвенного дефекта с последующим оперативным или консервативным лечением, направленным на профилактику рецидивов язв.

Медикаментозное лечение пациентов с ТЯ включало средства улучшающие периферическое кровообращение, антибиотики, противогрибковые препараты, производные нитроимидазола (с учетом чувствительности микрофлоры), десенсибилизирующие средства, антигистаминные препараты, венотоники, антикоагулянты непрямого действия и эластическая компрессия нижних конечностей. Местное лечение включало применение антисептиков для очищения язв, мазевых препаратов для репарации и эпителизации. При экзематозных дерматитах применялась предложенная борно-гидрокортизоновая смесь (рац. предложение №1 от 10.02.2012 г.) и повязки сповидон-йодом (рац. предложение №12 от 08.10.2013 г.). Комплексное лечение включало физиотерапевтические методы: гипербарическую оксигенацию, способствующую очищению язв от микроорганизмов и оказывающую положительное влияние на реологические свойства крови; лазеротерапию, оказывающую спазмолитический, обезболивающий и биостимулирующий эффект; низкочастотный ультразвук (рац. предложение №16 от 18.09.2012) – антибактериальный, противовоспалительный, спазмолитический, противоаллергический, болеутоляющий и гипотензивный эффекты; магнитотерапию назначали для сосудорасширяющего, обезболивающего и противоотечного действия; УФО – для улучшения микроциркуляции и адаптационных возможностей организма.

Результаты и их обсуждение. Лечебная тактика строилась на принципе взаимосвязанных этапов лечения ТЯ венозной этиологии, включала медикаментозное и хирургическое лечение, компрессионную терапию нижних конечностей. Первый этап лечебной тактики включал санацию ТЯ. После достижения удовлетворительной санации ТЯ лечебная тактика была ориентирована на устранение флебогипертензии. Оперативное лечение включало: этапные некрэктомии и вскрытие гнойных затеков. Очищение ТЯ от патологических раневых элементов и снижение уровня микробной контаминации отмечали на 10-13 сутки у 250 (30%) пациентов. Флебэктомия в классическом варианте выполнена у 80 (9,6%) пациентов, у 18 (2,2%) – выполнена аутодермопластика ТЯ, у 8 из них наступил некролиз кожного трансплантата, повторные попытки дермопластики не были успешными у этих пациентов. Заживление язв отмечено у 497 (59,5%) пациентов, у 338 (40,5%) заживление язв не наступило, пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. Комплексная терапия ТЯ венозного генеза должна базироваться на результатах диагностики степени нарушения сосудистой патологии, глубины и характера местных изменений тканей в области локализации язв. Этапный способ хирургического лечения открытых ТЯ патогенетически обоснован, должен проводиться на фоне интенсивного комплексного консервативного общего и местно-

го лечения, что позволяет улучшить результаты лечения. Предложенные и включенные в систему местного лечения борно-гидрокартизоновая смесь, повидон-йод и низкочастотный ультразвук способствуют сокращению сроков очищения и эпителизации ТЯ. Однако добиться стойкой ремиссии, несмотря на применение интенсивного комплексного лечения у 40,5% пациентов не удалось, эпителизация язв не наступила. Лечение данной сложной категории пациентов должно носить кроме комплексного еще и систематический характер в условиях поликлиник и стационара, 3-4 раза в год, с обязательным применением компрессионного трикотажа II-III класса компрессии.

Литература

1. Воевода М.Т. Профилактика и лечение тромбоза глубоких вен/ Учебно-методическое пособие/ Воевода М.Т., Баешко А.А./ Минск: «Белпринт», 2006. – 5-10 с.
2. Гришин И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / Гришин И.Н., Подгайский В.Н., Старостветская И.С. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 253 с.
3. Суковатых Б.С. Выбор способа мининвазивного лечения вено-венозного рефлюкса крови по большой подкожной вене у больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Вестник хирургии. 2012. – Т. 171, №2. – С. 29-34.
4. Шалашов А.Г., Корымасов Е.А., Казанцев А.В., Водопьянова Н.В. Возможности консервативного лечения трофических язв венозной этиологии. Материалы Международного Конгресса «Славянский венозный форум» 28-29 мая 2015г., г. Витебск. – Витебск: ВГМУ, 2015 – С. 201-202.
5. Meissner M.H., Moneta G., Burnad K. et al. The hemodynamica and diagnosis of venous disease. Journal Vascular Surgery. 2007. Vol. 46. P 4-24.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Дубровщик О.И., Довнар И.С., Ковшик Л.П., Хильмончик Я.И., Сытый А.А., Ракович Д.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) с каждым годом становится все более актуальной, так как увеличивается количество его поздних осложнений. Гнойно-некротические поражения стопы встречаются у 30-80 % пациентов СДС, а дистальный тип окклюзионно-стенотического процесса при СДС, наблюдаемый у 70-90% пациентов, приводит к тому, что число пациентов, которым возможно выполнить реконструктивную сосудистую операцию на магистральных артериях нижних конечностей, снижается до 20-40 %. При наличии критической ишемии нижних конечностей без коррекции артериального кровотока частота больших ампутаций составляет 70-90%, летальность после которых достигает 60-70 % [3]. Язвы стопы являются наиболее частой проблемой у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Образовавшиеся язвы не имеют тенденции к заживлению, прогрессируют и неминуемо ведут к ампутации не только стопы, но и голени, нередко и бедра. При наличии диабетических язв стопы смерт-