

позволяет получить быстрые результаты, а соблюдение курсового протокола – сделать их более стойкими.

Однако мезотерапия – не единственный метод лечения проблем волосистой части головы. Необходим индивидуальный комплексный подход к лечению, назначение препаратов должно быть обосновано, при этом все методы должны сочетаться и дополнять друг друга.

Литература:

1. Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В. Алопеция. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. 192 с.

2. Аравийская Е.Р., Михеев Г.Н., Мошkalова И.А., Соколовский Е.В. Облысение. Дифференциальный диагноз. Методы терапии // Серия «Библиотека врача-дерматовенеролога». Вып. 7 / под ред. Е.В. Соколового. СПб.: СОТИС, 2003. 176 с.

3. Менг Ф.М., Олейникова Ю.В. Современные аспекты распространенности заболеваний волос среди населения // Проблемы дерматовенерологии и медицинской косметологии на современном этапе. Владивосток, 2005. С. 167–170.

4. Суворова К.Н., Хватова Е.Г. Клинические аспекты диагностики в трихологии. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2005. № 2. С. 54–57.

5. Olsen E.A. Hair Disorder // in Fitzpatrick's Dermatology in general medicine // McGraw-Hill. 1999. p. 729–749.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.А. Гаврилик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Вопрос лечения трофических язв нижних конечностей венозного генеза остается актуальным и в настоящее время. Безусловно, основным в лечении данной патологии является оперативная коррекция нарушенного венозного кровотока. Однако местное воздействие на язвенный процесс различных физиотерапевтических процедур, лечебных повязок, медицинских препаратов стимулирующих репаративный процесс, способствует более быстрой эпителизации трофической язвы (1, 2).

Цель – изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения в составе комплексного лечения на репаративные процессы и скорость эпителизации трофических язв нижних конечностей, обусловленных хронической венозной недостаточностью, СЕАР: С₆.

Материалы и методы. Мы наблюдали 162 пациентов с варикозными и посттромбофлебитическими язвами нижних

конечностей, СЕАР: С₆. Мужчин было 56, женщин - 106 в возрасте от 22 до 78 лет.

Все пациенты были разделены на шесть равнозначных групп. Группировка пациентов проводилась с учетом их возраста, пола, клинических данных и способа предоперационной подготовки. Пациенты первой группы (29) получали ретаболил, витамины, местно на язву – сочетанную лазеротерапию. Пациенты II группы (28) в комплексном лечении получали ретаболил, витамины, метилурацил и сочетанную лазерную терапию. В III группе (25 пациентов) получали ретаболил, витамины, метилурацил, местно на язву мазь «левомеколь». IV группа пациентов (31) в плане предоперационной подготовки или самостоятельного лечения и при наличии противопоказаний к операции получали только сочетанное лазерное излучение. В V группе (20 чел.) в комплексном лечении получали витамины, метилурацил, сочетанную лазерную терапию и новокаин-гидрокортизоновые блокады в зоне язвы. Пациенты VI группы (29) получали традиционное лечение. В качестве источников лазерного света использовались гелий-неоновый лазер (длина волны – 638,2 нм, выходная мощность 25 мВт) и ультрафиолетовый лазер (длина волны – 337 нм, выходная мощность – 2,5 мВт). Световые пучки обоих лазеров фокусировали на поверхность трофической язвы. При больших размерах язвенного дефекта облучение проводили путем последовательного перемещения фокуса по язвенной поверхности. Длительность облучения лазерным светом составляла от 3 до 15 минут. Число сеансов зависело от скорости заживления язвы и лечебной тактики.

Оперативному лечению были подвергнуты 107 пациентов после проведения короткой предоперационной подготовки по одной из указанных схем. На венозной системе нижних конечностей операции произведены у 75 пациентов. У 25 из них, наряду с иссечением измененных подкожных и обработкой коммуникантных вен, выполнялась аутодермопластика язвы. У 32 пациентов ограничились лишь кожной пластикой язвенного дефекта. Остальным пациентам проводилось консервативное лечение.

Результаты и обсуждение. Критериями оценки эффективности проводимого лечения, наряду с клиническими данными и сроками пребывания пациентов в стационаре, служили показатели метаболизма коллагена, обмена микроэлементов и фонда свободных аминокислот, окислительно-восстановительные процессы гемоглобина, скорость эпителизации язвы.

На основании анализа клинических данных и биохимических показателей выявлено, что наиболее активно репаративный процесс происходит в группе пациентов, где в качестве предоперационной подготовки или самостоятельного вида лечения

использовали ретаболил, метилурацил, витамины и сочетанную лазеротерапию (2-я группа). В данной группе у пациентов происходила более быстрая нормализация уровня свободного оксипролина крови, значительное повышение оксипролина, гексуроновых кислот в язве, нормализация фонда свободных аминокислот крови и исчезновение гиперкупремии. Процент суточного уменьшения площади язвенного дефекта составил 10,4%, в то время как у пациентов контрольной группы он был 3,6%, первой группы – 6,9%, третьей группы – 5,1%, четвертой группы – 4,9%, пятой группы – 6,7%. Среднее пребывание пациентов второй группы в стационаре составило $24,3 \pm 2,5$ койко-дня, в контрольной группе – $37,7 \pm 3,2$ койко-дня.

Выводы. Проводимое комплексное лечение ретаболилом, метилурацилом, витаминами, а также лазерной светотерапией трофических язв, наряду с адекватным оперативным вмешательством на венах пораженной конечности, способствует более быстрой эпителизации язв по сравнению с другими группами больных.

Литература:

1. Гаврилик, Б.Л. Особенности неоколлагенеза у больных трофическими язвами нижних конечностей, подвергшихся терапии сочетанным лазерным светом / Б.Л. Гаврилик, В.Д. Меламед, А.Б. Гаврилик // Лазерные технологии в медицине. – Гродно, 2001. – С.22-23.
2. Небылицин, Ю.С. Эффективность применения раневых покрытий в комплексном лечении трофических язв венозного генеза/ Ю.С. Небылицин, А.С. Сушков, И.В. Самсонова, И.С. Шевченко// Новости хирургии. – 2011. – Т. 19. - №4. –С.63-70.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Л. Гаврилик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности нижних конечностей остается актуальной и в настоящее время. Это обусловлено значительной распространенностью данной патологии, особенно у лиц старшего возраста, и неудовлетворительными отдаленными результатами хирургической коррекции венной патологии нижних конечностей (1, 2).

Цель – изучить отдаленные результаты лечения трофических язв нижних конечностей венозного генеза.