



ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДОВГО НЕЗАЖИВАЮЧИХ РАН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Слесаренко С.В., Бадюл П.О., Нор Н.М., Слесаренко К.С., Корпусенко О.І.

Дніпровська медична академія, м. Дніпро
Центр термічної травми і пластичної хірургії, м. Дніпро

Мета. Покращити результати лікування пацієнтів з довго незаживаючими ранами нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. В період з 2014 по 2017 рік у відділенні термічної травми і пластичної хірургії м. Дніпро було проліковано 20 жінок у віці від 35 до 83 років з хронічними ранами гомілки. Причиною виникнення послужило: механічні травми - 12, укуси тварин - 3; флегмона - 2; хронічна венозна недостатність - 1; пролежень - 1; рак шкіри - 1. Тривалість захворювання від 1 місяця до 8 років. Площа ран коливалась від 2 до 20 см в діаметрі. Комплексне лікування складалось із застосування антибактеріальної терапії, ВАК-терапії, препаратів гіалуронової кислоти та аутодермопластики. Оцінку ефективності лікування проводили на підставі вивчення клінічних показників приживлення skin grafts та строків загоєння ран, бактеріологічного дослідження ран і контролю перфузії за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії.

Результати та обговорення. У 12 пацієнок спостерігалось 100% приживлення skin grafts, у 7 - приживлення 75%. Цим хворим через 7-8 днів після операції застосовували пов'язки з luluset - крем на протязі 2-3 тижнів - у 3 хворих рани загоїлись на протязі 14-20 днів курсу ВАК-терапії без оперативного втручання.

При визначенні якісного складу ранової флори до початку ВАК-терапії виявлено, що в більшості випадків переважали: Staphylococcus aureus (45%); Klebsiella (27%); Pseudomonas aeruginosa (18%); Proteus mirabilis (10%). Після закінчення лікування негативним тиском посіви з рани росту не давали. Контролювали інфекцію шляхом призначення системної антибіотикотерапії. Моніторинг перфузії тканин проводився методом лазерної доплерівської флоуметрії до підключення вакуум-апарату і відразу після відключення. Датчик приєднувався до поверхні здорової шкіри проксимально, відступивши від краю рани на 4-6 см, при цьому негативний тиск був на рівні від -90 до -130 мм рт. ст. Оцінювалися наступні показники: рівень перфузії об'єма тканин за одиницю часу, в перфузійних одиницях (PU); кількість еритроцитів в одиниці тканин, в довільних одиницях (AU); температура шкіри (°C). У 16 (72%) хворих спостерігалось незначне короточасне, від 2 до 6 годин, підвищення рівня перфузії. До вакуум-терапії: перфузія - 17,2±3,1PU; температура - 27,6±0,1°C; еритроцити - 72,0±3,3 (p<0,05). Після вакуум-терапії: перфузія - 26,5±1,4 PU; температура - 27,7±0,1°C; еритроцити - 78±1,3 (p<0,05), у 4 (28%) показники залишалися незмінними і навіть була тенденція до зниження. До вакуум-терапії: перфузія - 10,2±2,4PU; температура - 27,6±0,1°C; еритроцити - 72,0±3,3 (p<0,05). Після вакуум-терапії: перфузія - 8,7±0,3 PU; температура - 28,1±0,1°C; еритроцити - 20,2±3,6 (p<0,05).

Висновки. Завдяки застосуванню комплексного лікування довго незаживаючих ран нижніх кінцівок, що включало використання ВАК-терапії, аутодермопластики та препаратів гіалуронової кислоти вдалося досягти повного загоєння ран у всіх пацієнтів у термін від 2 до 6 тижнів без виникнення рецидиву на протязі 12 місяців.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕЙРО-ІШЕМІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК НЕДІАБЕТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Самойленко Г.Є., Гмошинський М.В., Жаріков С.О.

Донецький національний медичний університет, м. Краматорськ
(каф. хірургії, ендоскопії та реконструктивно-відновної хірургії ФІПО)

Мета. Оцінити перспективи загоєння довгоіснуючих нейро-ішемічних виразок (НІВ) недіабетичного генезу методами органозберігаючих втручань.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 12 хворих (3 чоловіки, 9 жінок - середній вік 56,6±2,2 роки). Термін існування НІВ більше 2 років без тенденції до загоєння. Дефект тканин 1 - 2 ступеню за МКБ-10 був у 8 хворих, 3 ступеню - у 4 пацієнтів. При НІВ 1-2 ступеню після дебрідмента і некретомії разом з аутодермопластикой (АП) застосовували покриття UrgoStar і UrgoCell-Ag із вакуум-асистованою пов'язкою (ВАП) аплікаційно.

При 3 ступені деструкції після некретомії заповнювали дефект імпрегнованою антибіотиком поролоною губкою з проведеним через неї поліхлорвініловою трубкою і ВАП. Виконували АП місцевими тканинами в тому числі острівцевими клаптями на перфорантних живлячих судинах.

Результати та обговорення. Середня тривалість стаціонарного лікування складала 21,9±3,2 і 29,3±2,6 днів. У всіх пролікованих хворих в термін від 3 до 6 місяців не було виявлено рецидивів НІВ. У 2 групі при клаптевій АП в 3 випадках у 2 хворих внаслідок компресійного пошкодження передніх рогів спинного мозку при спинномозкових грижах відзначали відсутність приживлення життєздатних кровозабезпечених клаптів, що потребувало вільної АП. Решта хворих потребували використання комбінованої клаптевої АП - в 2 випадках і вільної АП в 8 випадках.

Обговорення. Майже у половині пацієнтів із НІВ, рановий процес ускладнюється розвитком гнійно-некротичних змін, які мають вкрай тривалий перебіг без тенденції до регенерації і загоєння, поступово ведуть до деструкції тканин із ураженням субфасціальних структур і супроводжуються вираженим больовим синдромом, за винятком хворих з явищами парезів і паралічів. Пролонговане використання ВАП і гуморальних аутоканевих стимуляторів в поєднанні з методами аутологічного закриття рани після висічення НІВ висвітлює обнадійливі результати.

Висновки. Описані методи і перспективними в лікуванні хворих з НІВ недіабетичного генезу.