

V. Лечение венозных язв

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ G-DERM В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

Богданец А.И., Васильев И.М., Шербин С.В.

Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении и профилактике рецидивов венозных трофических язв (ВТЯ) посредством применения высокотехнологичных методов хирургического вмешательства, современных раневых покрытий, медицинских компрессионных изделий, системной фармакотерапии, проблема не утратила своего значения до настоящего времени. Остаются недостаточно изученными вопросы закрытия раневого дефекта с целью сокращения сроков предоперационной подготовки или в долгосрочной перспективе — до полного заживления в случае противопоказаний к хирургическому вмешательству. С этих позиций представляет интерес изучение возможностей замещения поврежденных структур кожи с помощью биосовместимых материалов на основе гиалуроновой кислоты.

Цель исследования — эффективность отечественного биопластического раневого покрытия G-DERM в лечении венозных трофических язв в 2–3-й стадии раневого процесса в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Для закрытия язвенного дефекта раневое покрытие G-DERM использовали после купирования воспаления, очищения поверхности от фибрина и некротических тканей, уменьшения степени экссудации у 15 пациентов с открытыми трофическими язвами (С6 клинический класс по классификации CEAP). Средняя площадь трофических язв составила $8,45 \pm 3,3$ см², средний возраст пациентов — $58,9 \pm 6,1$ года, язвенный анамнез — от 2 мес до 4 лет. Особенностью свойства G-DERM явилось его плотное прилипание к раневой поверхности, что не требовало дополнительной фиксации к краям язвы, и прозрачность, которая позволяла контролировать процесс заживления во время перевязок. Вторичной покрывающей повязкой служила марлевая салфетка, смоченная физиологическим раствором, которую меняли 1 раз в сутки. Вплоть до полного заживления дополнительного наложения G-DERM не потребовалось. Наряду с этим все пациенты обеих групп применяли системную фармакотерапию в виде микронизированной очищенной фракции флавоноидов 1000 мг в сутки и компрессионное лечение.

Результаты. После биопластики поверхности язвы посредством покрытия G-DERM пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома, ощущение комфорта. В 1-е сутки смещения покрытия не было отмечено, оно стало несколько темнее и плотнее. На поверхности язвы формировался полноценный биологический струп, под которым происходила физиологическая регенерация. Документировано значительное ускорение сроков заполнения дефекта грануляционной тканью, а также процесса эпителизации (активная краевая эпителизация отмечена со 2-й недели лечения). В последующие дни (6–8-е сутки) отмечен частичный лизис биоматериала наряду с выраженной краевой и островковой эпителизацией. В течение последующих 15 сут удалось достичь эпителизации язвенного дефекта у 8 пациентов с небольшой площадью (от 4 до 6 см²). Наряду с этим у остальных пациентов площадь язвы прогрессивно уменьшалась, полное закрытие отмечено еще у 5 пациентов, 2 пациента были госпитализированы для хирургического лечения, не дожидаясь полного заживления. Побочных нежелательных явлений не отмечено ни в одном случае наблюдения.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что гистоеквивалент кожи G-DERM является эффективным материалом для закрытия язвенного дефекта кожи до полного заживления или с целью сокращения сроков предоперационной подготовки.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И МИКРОДОЗОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Жуков Б.Н., Мельников М.А., Жуков А.А., Каторкин С.Е.

Самара, Россия

Цель исследования — улучшить результаты комплексного лечения пациентов с ХЗВ С6 класса за счет местного применения низкоинтенсивной лазерной и микродозовой низкодисперсной лекарственной терапии.

Материал и методы. С применением ультразвукодоплерографии, клинического анализа движения, функциональной миографии, термографии, контактной плантографии, микробиологического и цитологического методов обследованы 58 пациентов С6 класса. Средний возраст $64,2 \pm 3,1$ года. Анамнез заболевания более 10 лет. В 23 (39,6%) наблюдениях — варикозная болезнь, в 35 (60,4%) — посттромбофлебитическая болезнь. У 88% пациентов площадь трофических язв (ТЯ) составила менее 20 см². У всех обследованных диагностирована сопутствующая патология опорно-двигательной системы. В 1-й группе пациентов ($n=26$) применялся аппарат для низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии КОМБИС. Во 2-й группе ($n=32$) лечение проводилось общепринятыми методами.

Результаты. Выявлена ассоциативная аэробная микрофлора с уровнем бактериальной обсемененности в среднем 10^7 — 10^8 м.т./г. *St. aureus* обнаружен в 43% случаев, *Str. epidermidis* — в 25%, *Pr. vulgaris* — в 7%, *Ps. aeruginosa* — в 10%, смешанная форма — в 15%. После одного сеанса низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии происходило снижение микробной контаминации на 1–2 порядка с отсутствием роста микрофлоры ($p < 0,05$). В 1-й группе достигнуто более раннее очищение ТЯ, в среднем — на 5–6-е сутки, во 2-й группе — на 9–10-е сутки ($p < 0,05$). В 1-й группе наблюдалось уменьшение отека тканей в области ТЯ, прекращение гноетечения в среднем на 2–3-и сутки, а также более раннее появление грануляций и краевой эпителизации с купированием болевого синдрома и зуда. При этом в 1-й группе сроки начала эпителизации ТЯ составили в среднем 13,9 сут, у больных в группе контроля начало процессов регенерации приходилось на 23,3-е сутки. Пациентам 1-й группы при площади ТЯ более 5 см² и лабораторно подтвержденной деконтаминации ТЯ до уровня 10^2 — 10^4 м.т./г и/или отсутствии роста микрофлоры в динамике проводилась аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с вмешательством на подкожных и перфорантных венах. Для ликвидации горизонтального рефлюкса выполняли эндоскопическую диссекцию перфорантных вен. В качестве донорской зоны использовали переднелатеральную поверхность бедра. После аппликации донорской кожи на ТЯ ее укрывали неадгезивной повязкой и накладывали компрессионный бандаж сроком на 3–5-е сутки. Для закрытия донорской зоны использовали атравматические сетчатые повязки. Аутодермопластика была выполнена у 16 пациентов 1-й группы и 24 пациентов 2-й группы. В 1-й группе полное приживление кожных лоскутов зафиксировано у 12 (75%) пациентов. Во 2-й группе — у 8 (33%). При этом сроки подготовки к оперативному закрытию ТЯ в 1-й группе (в среднем 12,3 сут) на 4,9 (28,5%) сут были короче, чем у пациентов 2-й группы. Тепловизионное исследование показало, что в 1-й группе полное заживление ТЯ наблюдалось у 56% пациентов, в то время как во 2-й группе этот показатель составлял 32,4% ($p < 0,05$). Расчет отношения шансов показал, что у пациентов 1-й группы шанс достижения желаемого конечного результата был выше.

Вывод. Низкоинтенсивная лазерная и микродозовая лекарственная терапия обладает выраженным бактерицидным, бактериостатическим, анальгезирующим, седативным эффектами и ускоряет процессы очищения, регенерации и эпителизации трофических язв венозной этиологии.
