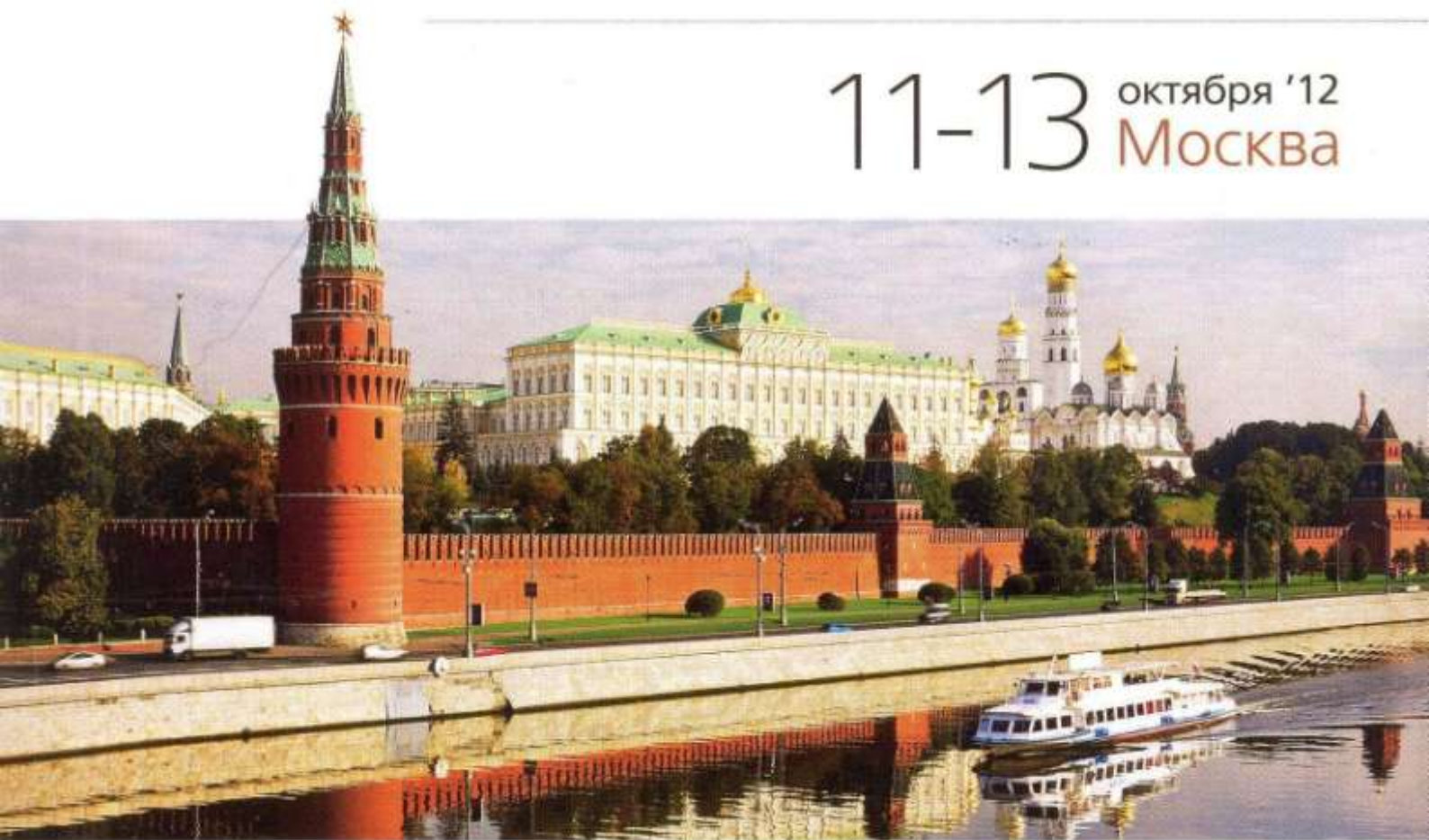




I-й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
посвященный 90-летию проф. Б.М. Костюченка

РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

11-13 октября '12
Москва



РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

*конгресс посвящён 90-летию
проф. Б.М. Костючёнка*

Материалы I Международного конгресса



*11-13 октября 2012 г.
г. Москва*

ОБОСНОВАНИЕ УЛУЧШЕНИЯ МЕТОДА МЕСТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ АНАЛИЗА

Абдувосидов Х.А.³, Матвеев Д.В.¹, Снизоренко А.С.², Шишло В.К.¹, Горлов В.В.⁴, Кузнецов А.Н.³.

1) РМАПО, 2) ГКБ № 60, 3) ГП № 97, 4) Научная компания «Фламена»

Цель исследования: обосновать улучшение результатов нового метода местного медикаментозного лечения венозных трофических язв нижних конечностей у больных старше 60 лет на фоне общей консервативной терапии с помощью клинических, цитогистологических и микробиологических методов анализа.

Материал и методы. За период с 2011 по 2012 год включительно обследовано 54 больных старше 60 лет с венозными трофическими язвами.

Средний возраст больных составил $67 \pm 2,5$ лет. У всех наблюдаемых больных выявлены более трех сопутствующих заболеваний, которые приводили в более 40 % случаях к функциональным расстройствам, что отягощало общее состояние больных.

Заболеваниями, приводящими к ХВН и трофическим язвам, являлись: варикозная болезнь у 20 (37,0%) пациентов, ПТФБ у 16 (29,6%) пациентов, рецидив варикозной болезни (больные, перенесшие в анамнезе флебэктомию) у 11 (20,4%) больных и ХВН на фоне клапанной недостаточности глубоких вен у 7 (13,0%) больных.

Всем больным проводилась общая консервативная терапия: компрессионная терапия, применение дезагрегантных и реологических препаратов, антикоагулянтов и флеботоников. Задачей консервативного лечения являлось создание оптимальных условий для заживления язв: компрессия венозного стока в нижних конечностях, улучшение тонуса венозной системы.

К задачам местного медикаментозного лечения относились: улучшение микроциркуляции в области трофических нарушений, устранение воспаления и стимуляция репаративных процессов в язвенном дефекте.

Новый Метод местного лечения зависел от фазы раневого процесса. Во время

первой фазы (до семи дней) – фазы воспаления и экссудации, - использован раствор Пронтасан, представляющий собой сочетание ПАВ (поверхностное активное вещество) и антисептика. При каждой перевязке осуществлялась санация раны теплым (37 градусов С) физиологическим раствором с удалением некротических тканей. Далее осуществлялась обработка раствором Пронтасан. Накладывалась марлевая повязка.

Во время второй и третьей фаз (в среднем через семь дней после начала лечения до полной эпителизации) – фаз грануляции и эпителизации, - использован отечественный препарат «Фламена», включающий комплекс липосом (фосфолипидов животного происхождения), антиоксидант растительного происхождения дигидрокверцетин, аминокислоту глицин. При каждой перевязке осуществлялась санация раны теплым (37 градусов С) физиологическим раствором с удалением некротических тканей. По верх раны и краев раны не менее 5 мм наносили гель раневого покрытия «Фламена». Фиксация осуществлялась марлевой повязкой.

Результаты. До лечения по лабораторным данным выявлена значительная контаминация патогенной микрофлорой ран у всех пациентов. При этом у большинства больных основным возбудителем инфекции в язвенном дефекте были золотистый стафилококк и синегнойная палочка. Спектральный анализ показал ассоциацию как грамотрицательной, так и грамположительной флоры.

В цито-гистологическом биоптате язвенных дефектов определено значительное количество лейкоцитов - $32 \pm 2,3$, большое количество макрофагов - $11 \pm 0,3$ при умеренной численности лимфоцитов - $1 \pm 0,37$ и единичное количество молодых фибробластов. Цитологический анализ показал в области трофической язвы наличие выраженного воспалительного процесса.

На 7-й день лечения в большинстве случаев микробиологическое исследование показало значительное снижение обсемененности патогенной флорой, а в 30% случаях полную деконтаминацию раневой поверхности. Аналогичное исследование на 14-й день лечения подтвердило полную деконтаминацию у 88% больных.

Цито-гистологические исследования биоптатов язв, проведенные на 10-й день лечения, показали уменьшение количества полиморфноядерных лейкоцитов и макрофагов при увеличении числа лимфоцитов и фибробластов. На 20-й день терапии количество макрофагов в среднем составляло $1,1 \pm 0,3$, количество лейкоцитов снижено до $4 \pm 1,3$, а число лимфоцитов увеличивалось до $7,9 \pm 1,2$. При этом грануляционная ткань была хорошо развита и имела зрелый характер. Она состояла из горизонтально ориентированных тяжей дифференцированных фибробластов. Динамика цито-гистологического анализа показала купирование воспаления и наличие стойкого репаративного процесса.

Через 18 дней от начала лечения у больных отмечено уменьшение или полное купирование отека синдрома.

Наблюдение показали, что на 9-11 день терапии отмечается уменьшение экссудации, начала проявления сочной грануляции. На 15-16 день лечения отмечается полное очищение дна раны от фибриновых отложений и появление краевой эпителизации. На 18-22 день лечения наблюдалось уменьшение язвенного дефекта на 25-35%.

Выводы. Таким образом, применение нового метода местного медикаментозного лечения венозных язв больных старше 60 лет в виде комбинированного последовательного применения препаратов Пронтасан и Фламена позволяет добиться большей эффективности проводимой терапии на фоне общего консервативного лечения.