

Висновки

В цьому клінічному випадку чинниками, які призвели до розвитку сухої гангрен з самоампутацією обох ступнів та подальшої інвалідизації пацієнта працездатного віку були: низька обізнаність хворого та його оточення щодо холододових пошкоджень та нехтування правилами індивідуальної безпеки. У наведеному клінічному спостереженні можна припустити високу ймовірність попередження або зменшення ускладнень внаслідок холододових чинників при своєчасному зверненні за медичною допомогою.

Перспективи подальших досліджень

Підвищення обізнаності населення щодо наслідків холодової травми та неприпустимості самолікування шляхом активізації санітарно-просвітницької роботи. Подальше вивчення холодової травми з метою покращення результатів лікування та зменшення інвалідності.

Література

1. Акимов Г.А. Общее охлаждение организма / Г.А. Акимов, Н.В. Алишев, В.А. Бернштейн, В.А. Бурков. – Л. : Медицина, 1977. – 184 с.
2. Козинец Г.П. Консервативне та оперативне лікування відморожень / Г.П. Козинец, А.С.Садовий, Ю.М. Васильчук // Хірургія України. – 2005. – №4. – С.6-8.
3. Липатов К. М. Глубокие отморожения конечностей: комплексный подход к диагностике и лечению / К. М. Липатов, Ф.Г. Фархат, А.Л. Бородин // Журнал Врач. – 2005. – №9. – С.36-38.
4. Чадаев А.П. Холодовая травма / А.П.Чадаев // Российский медицинский журнал. – 2005. – №5. – С. 20.
5. Мищук Н.Е. Холодовая болезнь / Н.Е. Мищук // Медицина неотложных состояний. – 2006. – №4. – С.42-47.
6. Козинец Г.П. Особенности развития эндогенной интоксикации при тяжелых отморожениях / Г.П. Козинец, О.И. Осадча, Г.П. Хитрый // Український журнал екстремальної медицини. – 2007. – Т. 8, №2. – С.48-51.
7. Affleck D.G. Assessment of tissue viability in complex extremity injuries: utility of the pyrophosphate nuclear scan / D.G. Affleck, L. Edelman, S.E. Morris, J.R. Saffle // J. Trauma. – 2001. – V.50, №2. – P.263-269.
8. Cheng W. Cold trauma / W. Cheng, H. Saing, H. Zhou, Y. Han, W. Peh // J. Pediatr Surg. – 2001. – V.36, №3. – P.466-469.

Реферат

СЛУЧАЙ САМОАМПУТАЦИИ ОБЕИХ СТОП ВСЛЕДСТВИЕ ОТМОРОЖЕНИЯ

Бугайов В.И., Леонов В. В., Кононенко Н.Г., Жданов С.Н., Солодовник А.В.

Ключевые слова : холододовая травма, сухая гангрена, самоампутация.

Специализированная медицинская помощь при отморожениях – это комплекс консервативных и оперативных способов лечения в реактивном периоде холодовой травмы. Цель консервативного лечения – максимально восстановить жизнеспособность поврежденных тканей. Оперативное лечение проводится в виде некрэктомии на уровне демаркационной линии в отдаленные сроки после отморожения. Предупреждение или уменьшение осложнений вследствие холододовых факторов происходит при своевременном обращении за медицинской помощью.

Summary

CASE OF SELF-AMPUTATION CAUSED WITH FROSTBITE

Bugayov V.I., Leonov, V. V., Kononenko M. G., Zhdanov S. M., Solodovnyk O. V

Keywords: cold injury, dry gangrene, self- amputation.

Treatment for frostbite includes first-aid care and medical treatment both conservative and surgical depending on the severity of the frostbite. The goal of conservative treatment is to provide maximum tissue viability in injured areas. Surgical treatment consists in performing necrectomy above the demarcation line in remote period after frostbite. Prevention or reduction of complications caused by cold affection may be possible in cases when medical care is provided immediately.

УДК 616-0.85.835.546.214; 616.5-089.844

Ганжий В.В., Рилов А.І., Руденко Д.Ю., Танцура П.Ю.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ

Запорізький державний медичний університет.

Статтю присвячено проблемі поліпшення результатів лікування хворих з трофічними виразками (ТВ) нижніх кінцівок різної етіології шляхом удосконалення методів діагностики місцевих тканинних змін і лікування, способів підготовки виразкових дефектів та вдосконалення техніки операцій шкірної пластики. Клінічна частина роботи ґрунтується на комплексному обстеженні 156 хворих з ТВ різної етіології. Розроблена програма місцевого лікування з використанням методу локальної озонотерапії з урахуванням фаз ранового процесу та характеру місцевих дегенеративних змін в зоні виразкового дефекту, що ефективно сприяла ранньому регресу гнійно-запального процесу та активізації регенерації у хворих основної групи, а також більш випередженим термінам підготовки ТВ до шкірно-пластичних операцій у порівнянні з контрольною групою.

Ключові слова: трофічна виразка, аутодермопластика, консервативне та хірургічне лікування.

Вступ

Лікування трофічних виразок (ТВ) є однією з актуальних і складних проблем сучасної клінічної хірургії [1,3]. Її актуальність пов'язана з широким поширенням даної патології [4,7,8]. Незважаючи на появу величезної кількості препаратів і способів консервативної та місцевої терапії, тривалість строків лікування в більшості пацієнтів становлять у середньому близько 4-6 місяців [2,6]. У сучасній науці досить велика увага приділяється питанням підготовки та особливостям виконання шкірно-пластичних операцій [4]. Але, не-

зважаючи на це, мають істотні розбіжності у виборі способів місцевого лікування і фізичних методів впливу з метою підготовки до виконання шкірно-пластичних операцій у хворих з ТВ різної етіології [2,4,5].

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих з ТВ нижніх кінцівок різної етіології шляхом удосконалення методів діагностики, способів підготовки виразкових дефектів до шкірної пластики.

Пацієнти та методи дослідження

Клінічна частина роботи ґрунтується на комплексному обстеженні 156 хворих з ТВ венозної етіології, ХАННК, ЦД. Встановлені клінічні особливості місцевих тканинних змін у хворих з ТВ різної етіології: у 22 (33,3 %) було виявлено некротичний, у 31 (46,9 %) – дистрофічний, у 13 (19,8 %) запальний тип місцевих дегенеративних змін.

Хворим з ТВ призначали консервативне етіологічне і патогенетичне лікування захворювань артерій, або вен нижніх кінцівок, компенсацію ЦД.

Пацієнтам контрольної групи місцеве лікування проводилося за традиційними методиками. Лікування хворих основної групи проводилось з урахуванням характеру місцевих тканинних змін в зоні виразкового дефекту.

З метою очищення ТВ від некротів та зменшення гнійної ексудації у пацієнтів з некротичним типом місцевих дегенеративних змін застосовували наступні додаткові методи впливу на рановий процес: проточну обробку ранової поверхні озоном, сорбційну терапію, метод «вологої камери». Для найбільш повного видалення мікробних тіл і бактеріальних токсинів з рани використовували сорбційні покриття. Ранову поверхню обробляли сорбентом, після чого покривали стерильними серветками, зверху накладали стерильну целофанову плівку. Далі створювали ватну подушку і проводили марлеве бинтування. Таким чином, створювалися умови для загоєння у вологому середовищі, тобто проводили метод «вологої камери». Також проводили системну антибактеріальну терапію.

Пацієнтам з запальним типом місцевих дегенеративних змін у зоні ТВ місцева озонотерапія проводилася у вигляді проточної газациї ураженої кінцівки в пластиковій камері з концентрацією озону 15 мг/л та експозицією 15 хв. Тривалість аерації становила 15 хв, щодня, протягом 8-10 діб. Через день виконували підшкірне введення озono-кисневої суміші по периметру виразкового дефекту з концентрацією озону 1 мг/л у кількості від 50 до 100 см³.

Хворим у другій фазі ранового процесу і пацієнтам з дистрофічним типом місцевих дегенеративних змін у зоні ТВ концентрацію озону при місцевому впливі знижували до 5 мг/л, а час впливу збільшували до 20-

25 хв.. Призначали препарати, що поліпшують трофіку тканин. По закінченні чергового сеансу лазеротерапії, на виразкову поверхню накладали мазеву або гідроколоїдну (гідрогелеву) пов'язку з метою створення в рані вологого середовища. Призначали препарати, що поліпшують трофіку тканин.

В процесі лікування у пацієнтів основної групи очищення ТВ та активізація епітелізації наступали в більш ранні терміни у порівнянні з контрольною групою

Результати досліджень та їх обговорення

В процесі лікування у пацієнтів основної групи очищення ТВ та активізація епітелізації наставали в більш ранні терміни у порівнянні з контрольною групою.

У хворих основної групи з ТВ венозної етіології, відзначалося найбільш швидке загоєння – (0,36 ± 0,02) см/діб, в контрольній групі швидкість загоєння становила (0,27 ± 0,02) см/діб (t=4,01 при p<0,05). Середня швидкість епітелізації ТВ на тлі ЦД у пацієнтів основної групи складала (0,32 ± 0,02) см/діб, у пацієнтів контрольної групи – (0,23 ± 0,02) см/діб (t=3,20 при p<0,05). У хворих основної групи з ТВ при ХАННК швидкість загоєння була трохи нижчою – (0,31 ± 0,02) см/діб, в контрольній групі швидкість загоєння була мінімальною – (0,21 ± 0,02) см/діб (t=3,53 при p<0,05).

За даними бактеріологічних досліджень, на 15 добу кількість мікробних тіл знизилася нижче критичного рівня (менш ніж 10³ КУО/мл) в 39,06 % випадків в основній групі та в 41,92 % в контрольній групі. У 8 (12,50 %) пацієнтів основної та у 25 (27,17 %) хворих контрольної групи кількість мікробних тіл залишалася вище критичного рівня. У 42,19% хворих основної групи та у 20,65% хворих контрольної групи спостерігалася повна санація ТВ. Крім того, у контрольній і основній групах відбулася зміна мікрофлори на умовно-патогенну та сапрофітну в 25,60 % і 19,67 % випадках, відповідно.

Дослідження кількісного складу клітин у мазках-відбитках на 7-му добу лікування показало, що у пацієнтів основної групи більш інтенсивно та з явним випередженням зросла кількість лімфоцитів, макрофагів, фібробластів у порівнянні з контрольною групою (табл. 1)

Таблиця 1
Цитологічні показники у хворих основної і контрольної групи на 7-му добу лікування (M±σ)

Показник	Основна група			Контрольна група (n=26)
	запальний тип (n=8)	некротичний тип (n=13)	дистрофічний тип (n=19)	
Число лейкоцитів у полі зору	78,8 ± 4,3*	70 ± 2,9	75,2 ± 2,0	81,4 ± 1,1
Деструкція лейкоцитів, %	52,9 ± 2,5	53,5 ± 1,4	57,6 ± 1,7*	59,5 ± 2,0
Клітинний склад, %				
Лімфоцити	3,9 ± 0,1*	3,7 ± 0,1	1,8 ± 0,09	1,0 ± 0,08
Макрофаги	12,3 ± 0,9*	11,8 ± 0,6	10,2 ± 0,7	8,8 ± 0,5
Фібробласти	5,9 ± 0,3	5,2 ± 0,4	3,8 ± 0,5	2,1 ± 0,3

Примітка. * - статистично значимі розбіжності в групах по відповідному показнику (p<0,05) при порівнянні з контрольною групою

Середній термін готовності ТВ венозної етіології до пластичного закриття в основній групі склав (14,4 ± 0,4) діб, у контрольній групі цей показник дорівнював (18,6 ± 0,7) діб (p<0,05). При традиційному лікуванні у 36 (76,6 %) хворих за цей час треба було проведення більш ніж 2-і некректомії, у той час в основній групі 2-і та більше некректомії треба було виконати 16 (48,5 %) пацієнтам (p<0,05), а у 17 (51,5 %) хворих вдалося повністю їх уникнути.

Середній термін готовності ТВ, обумовлених ХАННК до пластичного закриття в основній групі становив (21,3 ± 0,5) діб, в контрольній групі – (25,8 ± 0,6)

діб (p<0,05). Проведення більш ніж 2-х некректомій треба було виконати 13 (61,9 %) хворим контрольної групи та 6 (40,0 %) пацієнтам основної групи (p<0,05).

Середній термін готовності ТВ у пацієнтів на тлі ЦД до пластичного закриття склав (18,2 ± 0,6) діб, у контрольній групі цей показник дорівнював (23,6 ± 0,7) діб (p<0,05). При традиційному лікуванні у 20 (83,3%) хворих за цей час треба було проведення більш ніж 2-х некректомій, в основній групі 2-і та більше некректомії треба було провести 11 (68,8 %) пацієнтам (p<0,05), а у 5 (31,2 %) пацієнтів вдалося повністю уникнути проведення повторних некректомій.

Висновки

Розроблена програма місцевого лікування у хворих з ТВ різної етіології з використанням методів локальної озонотерапії сприяє більш ранньому регресу гнійно-запального процесу та активізації регенерації. Строки появи зрілої грануляційної тканини достовірно скоротилися у хворих з ТВ венозної етіології на 36,2 % ($t=3,67$, $p<0,05$), при ЦД – на 21,9 % ($t=3,96$, $p<0,05$), при ХАННК – на 20,8 % ($t=4,01$, $p<0,05$), а строки готовності ТВ до шкірної пластики – на 25,0 % ($t=3,18$, $p<0,05$); 28,1 % ($t=3$, $p<0,05$); 32,3 % ($t=3,53$, $p<0,05$), відповідно.

Література

1. Богданец Л. И. Концепция влажного заживления венозных язв / Л. И. Богданец, С. С. Березина, А. И. Кириенко // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 5. – С. 26-35.

2. Козинец Т. П. Лечение венозных трофических язв с применением вакуум-дренирования / Т. П. Козинец, Ю. М. Васильчук, А. С. Садовой [и др.] // Клінічна хірургія. – 2010. – №11-12. – С.24.
3. Нузова О. Б. Лечение трофических язв нижних конечностей милацилом и магнитолазеротерапией / О. Б. Нузова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 3. – С. 30-33.
4. Фисталь Э. Я. Опыт ультразвуковой кавитации при лечении ран различной этиологии / Э. Я. Фисталь, Д. М. Коротких, В. В. Сошенко [и др.] // Камбустиология. – 2007. – № 1. – С.56.
5. Бойко В. В. Способ подготовки трофических язв голени и стопы к операции кожной пластики / В. В. Бойко, Аль Ганем Ибрагим, Ю. И. Исаев [и др.] // Український журнал хірургії. – 2009. – №3. – С.14-16.
6. Хромили В. Н. Современные аспекты местного лечения хронических ран нижних конечностей у больных сахарным диабетом / В. Н. Хромили // Сахарный диабет. – 2005. – № 4. – С.1-8.
7. Chetter I. C. Quality of life analysis in lower limb ischaemia: suggestions for standardization / I. C. Chetter [et al.] // Eur. J. Vase. Endovasc. – V.3, №6. – P.597-604.
8. Dissemmond J. Differential diagnosis of leg ulcers / J. Dissemmond, A. Korber, S. Grabbe // JDDG. – 2006. – V.8. – P.627-633.

Реферат

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Ганжий В.В., Рылов А.И., Руденко Д.Ю., Танцура П.Ю.

Ключевые слова: трофическая язва, аутодермопластика, консервативное и хирургическое лечение

Статья посвящена проблеме улучшения результатов лечения больных с трофическими язвами (ТЯ) нижних конечностей различной этиологии путем усовершенствования методов диагностики местных тканевых изменений и лечения, способов подготовки язвенных дефектов к операциям кожной пластики. Клиническая часть работы основывается на комплексном обследовании 156 больных с ТЯ различной этиологии. Разработана программа местного лечения с использованием методов локальной озонотерапии с учетом фазы раневого процесса и характера местных дегенеративных изменений в зоне язвенного дефекта, которая эффективно способствовала купированию гнойно-воспалительного процесса и ранней активизации регенерации у больных основной группы, а также более опережающим срокам подготовки ТЯ к кожно-пластическим операциям по сравнению с контрольной группой.

Summary

HOW TO IMPROVE TREATMENT OUTCOMES FOR PATIENTS WITH TROPHIC ULCERS

Ganzhiy V.V., Rylov A.I., Rudenko D. Y., Tantsura P.Y.

Key words: trophic ulcers, autodermoplasty, conservative and surgical treatment.

Clinical part of work is based on comprehensive survey of 156 patients with trophic ulcers (TU) of venous etiology, chronic arterial insufficiency of lower extremities (CAILE), diabetes mellitus (DM). There was a program developed for local treatment using the method of local ozone therapy taking into account the phase of wound healing and character of local degenerative changes in the TU zone. This effectively promoted the regression of purulent and inflammatory process and enhanced the tissue regeneration.