

gated the annual incidence of acute respiratory viral infections among the general group of children with iron deficiency anaemia and the control group (63.2% and 25%, respectively). There were no significant changes in TNF- α value in children of the general group with iron deficiency anaemia compared to the control group (2.7 ± 1.5 pg / ml, 2.7 ± 1.1 pg / ml, respectively). The IL-2 index in the general group was lower than in the control group (1.6 ± 1.0 pg / ml, 2.9 ± 1.6 pg / ml, respectively). Children in the general group with iron deficiency anaemia had an average correlation coefficient ($r=+0.65$) IL-2 with haemoglobin and a high correlation coefficient with serum ferritin ($r=+0.8$). The incidence of pneumonia in the group of children with iron deficiency anaemia was 17.9%. Conclusion. The obtained lowered results of INF- γ and IL-2 in comparison with the control group and an increased incidence of respiratory diseases indicate a possible reduction in cellular immunity.

DOI 10.31718/2077-1096.21.3.87

УДК 617.58-02:616.147.3]-00

Нємченко І.І., Ляховський В.І., Люлька О.М., Лисенко Р.Б., Рябушко Р.М., Краснов О.Г., Сидоренко А.В., Городова – Андрєєва Т.В, Кизименко О.О.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Полтавський державний медичний університет

За останні десятиліття, незважаючи на розвиток і досягнення сучасної медицини, відмічається тенденція до збільшення хворих з трофічними виразками. Так, в усьому світі від 600 тисяч до 2 мільйонів людей страждають на хронічні трофічні виразки. Найбільш частою причиною виникнення трофічних виразок нижніх кінцівок є венозна патологія. Враховуючи значну розповсюдженість трофічних виразок, які представляють загрозу багатьом аспектам якості життєдіяльності пацієнтів, тривалий перебіг, недостатню ефективність існуючих консервативних методів лікування, відсутність тенденції до зниження захворюваності, довготривале лікування, яке у більшості пацієнтів триває 2 – 3 місяці, а у деяких хворих трофічні виразки не загоюються роками, схильність до частих рецидивів, які сягають 60 – 70 %, значні економічні збитки в результаті стійкої втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів, яка у хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок колюється в межах від 10 до 67%, а також значні витрати на велику кількість медикаментозних препаратів, робить проблему лікування трофічних виразок не тільки медичною, а й соціально – економічною. Тому пошук нових методів місцевого лікування, які дали б змогу покращити результати лікування трофічних виразок венозної етіології, залишається однією із важливих і актуальних проблем сучасної медицини. У статті наведені результати клінічного обстеження і лікування 47 хворих з трофічними виразками венозної етіології, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні №1 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави, в комплексному лікуванні яких місцево застосовували антисептичні препарати. Досліджувались показники клінічного перебігу ранового процесу та мікробіологічного забруднення ран. За результатами клініко-лабораторних досліджень встановлено, що місцеве застосування антисептичних препаратів під час комплексного лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозної етіології прискорює загоєння трофічних виразок, і тим самим дає можливість суттєво скоротити термін лікування і перебування хворих в стаціонарі.

Ключові слова: рановий процес, трофічна виразка, антибактеріальна терапія, венозна етіологія, нижня кінцівка, лікування.

Робота є фрагментом НДР «Розробка сучасних науково обґрунтованих принципів стратифікації, моніторингу і прогнозування перебігу хірургічних захворювань» (№ державної реєстрації-№ 0120U101176)

Вступ

Однією із ключових проблем сучасної медицини, яка не вирішена до теперішнього часу, є проблема лікування трофічних виразок [6]. Цим питанням світова медицина займається не одну тисячу років. Про те, що ця патологія відома з давніх часів свідчить факт виявлення трофічних виразок у мумії, знайденої в єгипетських гробницях.

І до нині трофічні виразки нижніх кінцівок займають особливе місце серед інших захворювань, враховуючи їх широке розповсюдження і особливо складність лікування.

“Виразки гомілки - це справжній хрест хірургів. Виразка гомілки, яка триває роками, робить її носія неприцездатним і лягає важким тягарем

на нього і на суспільство”, – писав видатний хірург С.В. Спасокукоцький ще в першій половині минулого століття.

Трофічні виразки призводять до зниження багатьох аспектів якості життя людини. В результаті постійно вираженого стресу, втрати працездатності, повсякденних перев'язок, неприємного запаху із виразки, забруднення одягу страждає не тільки хворий, але і члени його родини. [11,13].

За останні десятиліття, незважаючи на розвиток і досягнення сучасної медицини, відмічається тенденція до збільшення хворих з даною патологією. Так, в усьому світі від 600 тисяч до 2 мільйонів людей страждають хронічними трофічними виразками, захворюваність

при цьому складає від 0,2 до 0,35% на рік [10,14,19]. Тому лікування трофічних виразок нижніх кінцівок є складною медико - соціальною проблемою і, не дивлячись на багатовікову історію, не тільки не втратила свого значення, а й до нині актуальність її в сучасній медицині невинно зростає. [2,3,5,6].

Найбільш частою причиною виникнення трофічних виразок нижніх кінцівок є венозна патологія. Вважається, що венозні трофічні виразки зустрічаються у 1-2% працездатного населення [3,4,14], а серед осіб пенсійного віку їх частота сягає до 4% [9,10,16]. За даними В.С.Савельєва 59% усіх трофічних виразок є виразки, які виникли в результаті захворювань вен нижніх кінцівок. За даними інших авторів, цей показник набагато більший і складає близько 70% [6, 12].

Тільки 50% венозних трофічних виразок загоюються протягом найбільших 4 місяців, 20% залишаються відкритими протягом 2 років, а 8% не загоюються і протягом 5 років. Але, навіть у випадках загоєння трофічних виразок частота рецидиву залишається на рівні 4-15% [16,18]. Отже, на превеликий жаль, трофічні виразки характеризуються незначною тенденцією до загоєння, що в подальшому призводить до стійкої інвалідизації хворих. Тому витрати, пов'язані з лікуванням даної категорії хворих у країнах Європи і північної Америки, складають 1-2% бюджету охорони здоров'я цих країн. Так, при лікуванні венозної трофічної виразки з терміном до трьох місяців прямі медичні витрати становлять 600-1200 доларів США, а загальні – сягають 5-6 тисяч доларів. Відповідно більш тривале лікування супроводжується здорожанням вартості лікування, а загальна величина матеріальних витрат, залежно від соціального статусу пацієнта, може сягати декількох сотень тисяч доларів. [14].

Отже, враховуючи тривалий перебіг захворювання, незначну тенденцію до загоєння, розвиток ускладнень, які часто призводять до втрати працездатності і розвитку інвалідизації, яка у хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок коливається в межах від 10 до 67%, а також значні витрати на велику кількість медикаментозних препаратів, можна з впевненістю стверджувати, що лікування трофічних виразок венозної етіології є важливою медико-соціальною проблемою сучасного суспільства. [11].

Мета дослідження: визначити клінічну ефективність застосування препаратів "Бетадин" та "Куриозин" при комплексному лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології.

Матеріали та методи

В основу роботи покладено результати лікування 47 хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок при хронічній венозній недостатності, які знаходились на лікуванні у хірургіч-

ному відділенні №1 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави протягом 2018 - 2019 року. Жінок було 35 (74,4%); чоловіків – 12 (25,6%). Вік хворих коливався від 38 до 75 років, більшість із них (70%) була у віці 50 – 70 років. Виразкові дефекти локалізувались на медіальній поверхні середньої третини гомілки у 16 (34,1%) хворих, нижньої третини гомілки у 26 хворих (55,3%) розповсюджувались на нижню і середню третину гомілки у 5 (10,6%) хворих і мали різну площу від 5 до 15 см². Площу трофічних виразок визначали планіметричним способом за допомогою заздалегідь заготовлених шаблонів. Терміни виникнення виразок також були різні – від 6 місяців до 7 років.

Діагностика базувалась на даних анамнезу та фізикальних методах обстеження. Усі хворі при поступленні в стаціонар мали характерні скарги на наявність виразкового дефекту на нижній кінцівці, больові відчуття в цій ділянці, свербіж, а також варикозне розширення поверхневих вен нижніх кінцівок 38 хворих (80,8%), або гострий тромбоз глибоких вен в анамнезі у 9 (19,2%) хворих.

З метою підтвердження етіології виникнення трофічних виразок всім хворим в обов'язковому порядку виконували ультразвукову доплерографію венозної системи нижніх кінцівок.

Перед початком лікування в усіх пацієнтів передувало їх ретельне клініко-лабораторне обстеження. Крім загально-клінічних та біохімічних показників крові проводили бактеріологічне дослідження вмісту трофічних виразок (кількісне і якісне) із визначенням чутливості до антибіотиків. Цитологічне і бактеріологічне дослідження проводили перед початком застосування препаратів та в процесі лікування.

При бактеріологічному дослідженні гнійного виділення з виразок виявлено, що в усіх випадках виявлено високу мікробну забрудненість ранової поверхні патогенною і умовно патогенною флорою. Була присутня асоціація аеробних і анаеробних мікроорганізмів, а в деяких випадках факультативно-анаеробних і облигатно-анаеробних неспороутворюючих бактерій і навіть дріжджеподібні гриби.

Таким чином для успішного лікування хворих з трофічними виразками на першому етапі потрібно проводити активну і, головне, правильно підбрану як місцеву, так і системну антибактеріальну терапію.

Як відомо, антисептики відіграють важливу роль в процесі загоєння ран. Їх застосування сприяє більш швидкій ліквідації інфекції, попереджує повторне інфікування, підвищується ефективність некректомії що дає змогу прискорити процеси репарації.[20] Дані багатьох досліджень підтверджують той факт, що ранові інфекції можуть суттєво подовжувати терміни загоєння ран, збільшуючи рановий дефект за рахунок постійного виділення медіаторів запа-

лення і метаболічних токсинів що сприяє прогресуванню альтерації тканин.[4]. Крім того, бактерії здатні конкурувати з клітинами організму за кисень, який вкрай необхідний для загоєння ран. Виражена гіпоксія тканин, яка визвана інфекцією, призводить до порушення процесу епітелізації за рахунок зменшення кількості фібробластів і синтезу колагену. [14].

Доведено, що довготривале порушення трофіки шкіри нижніх кінцівок створює сприятливі умови для розвитку грибкових уражень м'яких тканин, частота яких сягає 75%. Мікотична інфекція сенсibiliзує організм і погіршуючи перебіг основного процесу призводить до прогресування трофічних порушень. [2].

Існує велика кількість антисептиків, ефективність яких по відношенню до ранової інфекції підтверджена багатьма численними дослідженнями. Але на практиці антимікробні властивості можуть нівелюватись в результаті їх негативного впливу на грануляційну тканину. Тому оптимальним антисептиками, які володіють вираженою антимікробною дією і при цьому неносять тканинам мінімальну шкоду в наш час є: 1% повідон-йод, 0,01% мирамістин, 0,02 – 0,05% розчин хлоргексидину, полігексанид та ін.. [2,20,21].

За даними літератури, препарати на основі Повідон-Йоду володіють широким спектром антимікробної дії, проявляючи високу активність по відношенню до грамнегативних (*E.coli*, *K.pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Proteus spp.*, *Ps.aeruginosa*, *Salmonella typhi*, *Shigella spp.*), грампозитивних мікроорганізмів (*Bacillus subtilis*, *Bacillus subtilis*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium tetani*, *Propionibacterium acnes*, *S. aureus*, *Str. pyogenes*), грибів (*Aspergillus niger*, *Candida albicans*, *Microsporium audouinii*, *Nocardia spp.*, *Penicillium spp.*, *Triphophyton spp.*), а також споруутворюючої флори [1, 2, 7, 8].

Оскільки сучасний підхід до лікування довго незаживаючих ран м'яких тканин оснований за принципом ведення ран в умовах вологого середовища, то однією із основних задач лікування є створення оптимальних умов для процесу загоєння інфікованих трофічних виразок. При цьому важливу роль в управлінні репаративними процесами відіграє локальний місцевий вплив на інфекцію. [11].

Тому застосування в місцевому лікуванні мазі "Батадин" основою якої є Повідон-йод було обумовлене перш за все довготривалою та високою її осмотичною активністю, що забезпечує гарну санацію рани від гнійного вмісту протягом доби, а також широким спектром антибактеріальної дії, як на основні збудники хірургічної інфекції, так і на гриби [1,7].

Мазь "Бетадин" використовували в місцевому лікуванні трофічних виразок під пов'язкою після ретельного промивання ранової поверхні

розчином перекису водню. Пов'язку змінювали 2 рази на добу протягом 6-8 днів.

Після очищення дна і країв виразки від некротичних мас і появи грануляційної тканини з метою попередження повторного інфікування та прискорення росту сполучної тканини застосовували 0,2% розчин "Куриозину", що являє собою поєднання гіалуринової кислоти з цинком, які відіграють важливу роль в репаративних процесах, володіючи протизапальним і антисептичним ефектом.

Препарат наносили на виразкову поверхню після її ретельного промивання фізіологічним розчином з розрахунку 1 крапля препарату на 1 см² ранової поверхні, потім на неї накладали стерильну пов'язку. Пов'язку змінювали кожен день. Два рази на тиждень проводився посів мазків із ранових поверхонь з метою бактеріологічного контролю за кількісним і якісним складом мікроорганізмів в рані.

Головні труднощі при лікуванні хворих з трофічними виразками венозної етіології обумовлені тим, що виразковий дефект виникає в результаті складного довготривалого процесу пошкодження м'яких тканин, в основі якого є стійке порушення мікроциркуляції і аеробного метаболізму. [4].

Отже, в комплексному консервативному лікуванні необхідно поєднувати місцеву і системну терапію, яка направлена на усунення етіологічного фактора, зменшення вираженості гемодинамічних розладів, підсилення захисних сил організму.

Тому лікування починали з проведення комплексу консервативних заходів, який включав в собі насамперед застосування антибактеріальної терапії, регламентованої міжнародним Орегонським протоколом (Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon 1999) з урахуванням чутливості мікрофлори, а також венотоніка полівалентного механізму дії (детралекс 1000 мг) з метою прискорення процесу загоєння шляхом активної стимуляції венозного та лімфатичного відтоку, реологічних коректорів (посідні пентоксифіліна добова доза 1200 мг), нестероїдних протизапальних препаратів (вольтарен, диклофенак, бруфен та ін.), антигістамінних, десенсибілізуючих препаратів, антиагрегантів.

Лікувальна програма будувалась за принципом етапності в залежності від стадії гнійно-некротичного виразкового процесу. Системну антибактеріальну терапію призначали всім хворим починаючи з дня надходження хворого в стаціонар і протягом наступних 7-10 днів лікування з метою ліквідації гострого гнійно-некротичного та попередження генералізації інфекційного процесів. Основними компонентами терапії були антибіотики широкого спектру дії фторхінолонового, або цефалоспоринового (3- 4-го покоління) ряду. Препарати вводили внутрішньовенно з урахуванням даних

бактеріологічного видового складу мікроорганізмів у виразковому дефекті. Враховуючи часті асоціації патогенних мікроорганізмів з бактеріоїдною і грибовою флорою антибактеріальну терапію підсилювали протигрибковими препаратами.

В якості оцінки критеріїв ефективності лікування враховували характер виділень, термін очищення виразки від гнійного вмісту, наявність процесів регенерації, як в ділянці виразки так і навколо виразкового дефекту, появу краєвої епітелізації, швидкість загоєння виразки.

Результати дослідження та їх обговорення

Виразкові дефекти у всіх хворих, які надійшли в стаціонар, знаходились в стадії ексудації, що проявлялось характерним виділенням із виразки, вираженою перифокальною запальною реакцією м'яких тканин, індурацією, вираженою бактеріальною контамінацією, нашаруванням фібрину, наявністю некротизованих тканин.

В результаті проведених бактеріологічних досліджень нами встановлено, що вірулентність забруднення трофічних виразок у хворих складала 10^7-10^9 в 1 грамі тканини, що вказувало на високу ступінь їх інфікування. Виділена як монокультура, так і асоціація мікроорганізмів. У монокультурі виділяли грампозитивну мікрофлору у 48% і грамнегативну – у 42% випадків. У структурі грампозитивної мікрофлори найчастіше зустрічали *Staphylococcus aureus*, а серед грамнегативної – *Enterobacteriaceae* spp. Найбільш часто зустрічались дві комбінації *Staphylococcus aureus* + *Enterobacteriaceae* spp і *Streptococcus* spp + *Enterobacteriaceae* spp. Нечасто виділяли стрептококи, синьо гнійну паличку і інші мікроорганізми.

При визначенні чутливості мікрофлори до антибіотиків встановлена чутливість до ампіциліну у 14%, доксицикліну – у 17%, гентаміцину – у 28%, цефазоліну – у 42%, цефатоксину – у 68% випадків.

Характер виділень з трофічних виразок залежав від стадії ранового процесу, наявності і складу бактеріальної інфекції. Це був гній з неприємним запахом, або мутний серозний випіт з нитками фібрину. Інтенсивність ексудації залежала від розміру і глибини трофічної виразки.

Перша фаза ранового процесу характеризувалася рясним гнійним виділенням, вираженою перифокальною запальною реакцією м'яких тканин, явищами некробіозу і бактеріальною контамінацією трофічної виразки. Головним завданням в даній фазі для нас було видалення некротичних тканин і проведення деконтамінації виразки від патогенної мікрофлори. Тому в цей період ми по можливості висікали некротизовані тканини, а в місцевому лікуванні трофічних виразок під пов'язкою застосовували мазь "Бетадин". У результаті використання якої уже на 4- 5 добу від початку лікуван-

ня спостерігали чіткий регрес запального процесу, на що вказувало зменшення гіперемії шкіри, перифокального набряку та запальної інфільтрації тканин навколо виразки. А також значне зменшення кількості серозно – фібринозних виділень, значне зниження інтенсивності больових відчуттів у ділянці виразки та навколо неї.

За результатами бактеріологічного дослідження посівів мазків із ранових поверхонь на 8 – 9 добу від початку лікування відмічено зниження мікробної забрудненості виразок нижче критичного рівня - до 10³ мікробних тіл у 1 грамі тканини, що вказує на широкий спектр антимікробної активності мазі "Бетадин", тим самим позитивно впливає на перебіг ранового процесу.

Появу спочатку блідих а потім і яскраво рожевих грануляцій відмічали на дні виразки на 10-12 добу від початку лікування, що свідчило про перехід ранового процесу з некротичної в другу фазу – грануляційну. Це також було підтверджено результатами цитограм ранових відбитків. За даними яких запальний тип переходив з дегенеративно-запального в запально-регенеративний, або регенеративний, про що свідчило збільшення в мазках-відбитках лімфоцитів, макрофагів а також поява фібробластів.

У цій фазі ранового процесу для місцевого лікування ми застосовували 0,2% розчин "Куриозину", з метою позитивного впливу на рановий процес шляхом створення сприятливих умов для утворення сполучної тканини, оскільки "Куриозин" за рахунок дії гілауронової кислоти покращує транспорт факторів росту активуючи фіброласти і ендотеліоцити, сприяє їх міграції і проліферації, нормалізує стан перифокальних шкірних покривів, збільшуючи при цьому проліферативну активність клітин епітелію, підсилює ангиогенез, тим самим покращує місцеву мікроциркуляцію, що призводить до активного росту грануляційної тканини. [15,17]. В процесі його застосування ми спостерігали істотне зменшення площі трофічної виразки з поступовим її закриттям епітелієм. Перші ознаки краєвої епітелізації з'являлись вже на 14 – 16 добу з моменту початку лікування.

Комплексне послідовне застосування даних препаратів в місцевому лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок дозволило суттєво змінити ситуацію в лікуванні даного контингенту хворих. Важливим показником їх ефективності є скорочення терміну лікування. У більшості випадків він склав 19-21 день. Хоча трофічні виразки великих розмірів потребували більш тривалого лікування. За період лікування повністю загоїлись виразки у 21 хворого, у 14 – відбулося зменшення виразкового дефекту на 70%, у 8 на 40%, у 4 – загоєння виразки не відбулось взагалі. Тому таким пацієнтам в подальшому була виконана аутодермальна пластика.

Висновки

Сучасна стратегія комплексного лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозної етіології базується на етапності застосування препаратів для місцевого лікування.

Тому, застосування в комплексному лікуванні хворих з венозними трофічними виразками мазі “Бетадин”, яка має високу бактеріологічну ефективність, дає можливість скоротити термін переходу раньового процесу з ексудативної в грануляційну фазу, а використання препарату “Куриозин” сприяє більш швидкому їх загоєнню за рахунок створення оптимальних умов для активації, міграції і поділу клітин, які приймають участь в регенерації тканин, прискорюючи тим самим процес епітелізації.

Нами встановлено, що комплексне послідовне застосування препаратів “Бетадин” і “Куриозин” є ефективним при місцевому лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології на різних стадіях ранового процесу, сприяє прискоренню загоєння трофічних виразок, тим самим суттєво скорочує термін лікування і перебування хворих в стаціонарі.

Література

1. Blatun LA. Mestnoe medikamentoznoe lechenie ran. Problemy i novyye vozmozhnosti ih lecheniya. [Local medicinal treatment of wounds. Problems and new possibilities of their treatment.] Consilium Medicum. Hirurgiya. 2007; May 9;(1):11–4. (Russian)
2. Bogomolov MS, Slobodyanyuk VV. Lechenie troficheskikh yavz razlichnoy etiologii. [Treatment of trophic ulcers of different etiology.] Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2013;172(5):34–40. (Russian)
3. Kovalchuk LYa, Vagner IK, Goschinskiy VB. Klinichna flebologiya. Navchalniy posibnik. [Clinical phlebology. Train aid] Ternopil TDMU; 2009. 288s. (Ukrainian).
4. Kruglova LS, Panin AN, Strelkovich TN. Troficheskie yazvy venoznogo geneza. [Trophic ulcers of venous genesis] Rossiyskiy zhurnal kozhnyih i venericheskikh bolezney. 2014; 1:21-5. (Russian)
5. Lyulka OM. Osoblivosti pereblgu ta zagoEnnya trofichnih venoznih virazok nizhnih klnitsvok. [Features of motion and cicatrization of trophic venous ulcers of lower extremities.] VIsnik problem biologiyi i meditsini. 2014;3(112):151-3. (Ukrainian).
6. Mishalov VG. Lechenie hronicheskoy venoznoy nedostatochnosti nizhnih konechnostey [Treatment of chronic

- venous insufficiency of lower extremities] Sertse i sudini. 2010; Grud 32;4:28–37. (Russian)
7. Nemchenko II, Lyahovskiy VI, Lyulka OM, Kovalov OP, Dudchenko MO. Zastosuvannya antiseptichnogo preparatu “Povidon-yod” v kompleksnomu likuvanni gnlyno-zapalnih protsesiv m'yakih tkanin. [Application of antiseptic preparation is a “Povidon-iodine” in a holiatry festering-inflammatory processes of soft fabrics.] Svlit meditsini ta biologiyi. 2012;3:110-2. (Ukrainian)
8. Nemchenko II, Lyahovskiy VI, Lyulka OM, ta In. Efektivnlt vikoristannya preparatu “Vokadin” v kompleksnomu likuvanni gnlyno-zapalnih protsesiv u hvorih z sindromom dlabetichnoyi stopi. [Efficiency of the use of preparation of “Vokadin” in a holiatry festering-inflammatory processes for patients with the syndrome of diabetic foot.]Svlit meditsini ta biologiyi. 2015;3(51):67-71. (Ukrainian).
9. Tolstyih PI, Tamrazova OB, Pavlenko OV, Kuleshov IYu, Tolstyih MP. Dlitelno ne zazhyvayuschie ranyi i yazvyi (patogenez, klinika, lechenie). [Protractedly not zazyvayuschie wounds and ulcers (pathogeny, clinic, treatment).] M, Dipak; 2009. 356p. (Russian)
10. Uchkin IG, Bagdasaryan AG. Sovremennyye podhodyi k lecheniyu venoznyih troficheskikh yavz. [Modern going near treatment of venous trophic ulcers] Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. 2012;4:12–9. (Russian)
11. Konenkov VI, Lyubarskiy MS, Akramov EH, i dr. Hirurgicheskaya anatomiya nizhnih konechnostey, troficheskie yazvyi i dlitelno nezazhyvayuschie ranyi. [Surgical anatomy of lower extremities, trophic ulcers and protractedly unhealings wounds]. Bishkek-Novosibirsk: NTsRVH MZ KP; 2009. 376 s. (Russian)
12. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). Summary algorithm for venous ulcer care with annotations of available evidence. Malvern (PA): Association for the Advancement of Wound Care (AAWC); 2009. 25 p.
13. Baranoski S, Ayello E. Wound Care Essentials. Practice Principles. Lippincott Williams &Wilkins. 2009.Febr 12;10: 23–40.
14. Raffetto JD, et al. Changes in cellular motility and cytoskeletal actin in fibroblasts from patients with chronic venous insufficiency and in neonatal fibroblasts in the presence of chronic wound fluid. J. Vasc. Surg. 2012;6(33):1233-41.
15. 15 Chen CP, Huns W, Lin SH. Effectiveness of hyaluronic acid for treating diabetic foot: a systematic review and meta-analysis. C.P. Chen, Dermatologie. 2014;6(27) :331-36.
16. Howard DP, Howard A, Kothary A, et al. The role of superficial venous surgery in the management of venous uclers: a systematic review. Eur J. Vasc Endovask Surg. 2009;Febr 12;36(4):458–65.
17. Neuman MG, Nanau RM, Oruña-Sanchez L, Coto G. Hyaluronic acid and wound healing. J. Pharm. Pharm. Sci. 2015;1(18):53–60
18. Nicolaides AN. Investigation of chronic venous insufficiency. A consensus statement, 2000 Jun 24;26(6):14-23.
19. O'Brien JF, et al. Prevalence and ethiology of leg ulcers in Ireland. Ir J. Med. Sci. 2010;169(2):110–2.
20. Stucker M, Harke K, Rudolph T, Altmeyer P. Pathogenesis of therapy refractory ulcscruris. Hautarzt. 2013;54(8):750-5.
21. Nemeth KA, Harrison MB, Graham I.D, Burke S. Understanding venous leg ulcrr pain: results of a longitudinal study. Ostomy Wound Manage. 2010;50(1):34-46.

Реферат

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Немченко И.И., Ляховский В.И. Льюлька А.Н., Лысенко Р.Б., Рябушко Р.Н., Краснов О.Г., Сидоренко А.В., Городова – Андреева Т.В, Кызыменко А.А.

Ключевые слова: раневой процесс, трофическая язва, антибактериальная терапия, венозная этиология, нижняя конечность, лечение.

За последние десятилетия, несмотря на развитие и достижения современной медицины, отмечается тенденция к увеличению больных с трофическими язвами. Так, во всем мире от 600 тысяч до 2 миллионов людей страдают хроническими трофическими язвами. Наиболее частой причиной возникновения трофических язв нижних конечностей является венозная патология. Значительная распространенность трофических язв, которые представляют угрозу многим аспектам качества жизнедеятельности пациентов, длительность заболевания, недостаточная эффективность существующих консервативных методов лечения, отсутствие тенденции, к снижению заболеваемости, длительное лечение, которое в большинстве пациентов длится 2 – 3 месяца, а у некоторых больных трофические язвы не заживают годами, склонность к частым рецидивам, которые достигают 60 – 70 %, значительные экономические убытки в результате стойкой потери работоспособности и инвалидизации пациентов, которая у больных с трофическими язвами нижних конечностей колеблется в пределах от 10 до 67%, а также значительные расходы на большое количество медикаментозных препаратов, делает проблему лечения трофических язв не только медицинской, но и социально – экономической. Поэтому поиск новых методов местного лечения, которые дали бы возможность улучшить результаты ле-

чения трофических язв венозной этиологии, остается одной из важных и актуальных проблем современной медицины. Проведено обследование и лечение 47 больных с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии которые находились на лечении в хирургическом отделении №1 2 городской клинической больницы г. Полтавы, в комплексном лечении которых местно применяли антисептические препараты. Исследовались показатели клинического течения раневого процесса и микробиологического обсеменения ран. По результатам клинико-лабораторных исследований установлено, что местное применение антисептических препаратов в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей венозной этиологии ускоряет заживление трофических язв, что дает возможность существенно сократить сроки лечения и пребывания больных в стационаре.

Summary

THE USE OF ANTISEPTIC PREPARATIONS IN THE COMPLEX TREATMENT OF TROPHIC ULCER OF THE VENOUS ETIOLOGY IN LOWER LIMBS

Niemitchenko I.I., Liakhovskiy V.I., Liulka O.N., Lysenko R.B., Riabushko R.M., Krasnov O. G., Horodova-Andryeyeva T.V., Sydorenko A.V., Kyzymenko O.O.

Key words: wound process, trophic ulcer, antibacterial therapy, venous aetiology, lower extremity, treatment.

For the last decades despite the rapid development of medicine and its significant achievements there is a tendency towards an increase in the number of patients with trophic ulcers. Globally, the number of people suffering from chronic trophic ulcers ranges from 600 thousands to 2 million. Venous pathology is reported as the most common cause of trophic ulcers of lower extremities. Taking into account considerable prevalence of trophic ulcers, which can impede many aspects of life quality of patients, insufficient efficiency of existent conservative methods of treatment, no tendency to the decline in the prevalence of the disease, its prolonged treatment, which mostly lasts 2 – 3 months, and in some patients trophic ulcers do not heal over years, propensity to the frequent relapses in 60 – 70% of patients, considerable economic losses due to the loss of working capacity or disability of patients that ranger from 10 to 67%, and the large expenses for medication pose the trophic ulcer management as a challenging socioeconomic issue. Therefore, the search of new methods of local treatment of trophic ulcers of venous aetiology is remaining as one of the important problems of modern medicine. The article presents the clinical examination findings and treatment outcomes of 47 patients with the trophic ulcers of venous etiology. The participants took the course of treatment at the surgical department, II Municipal Clinical Hospital of Poltava. The treatment included local application of antiseptics. We investigated the clinical parameters of wound healing and check microbiological contamination of wounds. The results of clinical and laboratory investigations have demonstrated that local application of antiseptics in the management of trophic ulcers of venous aetiology of lower extremities promotes healing of trophic ulcers and can considerably reduce the term of treatment and hospital staying.