

Для исследования безопасности и эффективности применения лицинок мы отобрали 50 пациентов с инфильтрованными ранями стоп, которые лечились в Закарпатской областной клинической больнице им. Андрея Новака: 35 человек с нейтропатической формой СДС и 15 – с нейтропенической. Среди них 40% – это

Материал и методы

Лечение ран лицинками мух (также известное как биохимическая терапия) или «maggot debridement therapy» (MDT), «maggot therapy», «larval therapy», «biodebridement» в англоязычной литературе, является одним из видов биотерапии с использованием

целью избирательной очистки от некротических тканей и содействия ее заживлению.

Улучшить результаты лечения пациентов с синдромом диабетической стопы путем внедрения в клиническую практику лечения ран лицинками мух (*Lucilia sericata*).

В. И. Русин, В. В. Корсак, А. А. Носенко, Я. М. Попович, Ю. В. Корсак БИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕКРАТОМЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Выявлены флотирующие тромбы в системе нижней полой вены (НПВ), вен газа и нижних конечностей. ТЭЛА была обнаружена в 42 случаях. В случаях КФ имплантация в акusherской практике, из них удалено 4. За этот же период выполнено 29 манипуляций в виде регионального тромболитизиса в легочную артерию с одномоментной установкой КФ по показаниям. Практически во всех случаях использовалась венозный доступ на ключичной пункцией справа. Все пациенты после имплантации КФ принимали варфарин под контролем МНО (2-3). Филтраты удалялись в сроки от 2 до 11 недель. Перед удалением КФ во всех случаях выполнялась ангиография сканпротированного венозного сегмента, с обязательной визуализацией КФ. В случаях из 10, на удаленных КФ были обнаружены фрагменты тромбозов. Положительный результат лечения был достигнут у 60 больных (93%). В отдаленные сроки (от 12 до 60 месяцев) обследовано 42 больных, из них 8 после удаления КФ. Проходимость НПВ сохранена у всех больных, признаков рецидива ТЭЛА обнаружено не было. 29 КФ не удалены по причине венозного тромбоза подвздошно-кавального сегмента. 2 КФ технически не удалось удалить по причине вросания КФ в просвет НПВ. 1 КФ удален открытым путем по причине тромбоза в надфильтровом пространстве.

Н. А. Руденко

Выводы: данные по группам ЭКЭ и ЭКЭн достоверно не отличаются. Среди малых осложнений, следует отметить, что в группах ЭКЭ и ЭКЭн достоверной разницы в результате не было, но они были гораздо лучше по сравнению с группой КЭ+3. Таким образом, видно, что ЭКЭ и ЭКЭн сравнимо эффективны и имеют меньшее число осложнений в сравнении с КЭ и пластикой синтетической заплатой. В связи с этим мы считаем оправданным при наличии возможности отдавать предпочтение венозным методам каротидной эндартеректомии.

Некротомия может быть: хирургической (обработка раны с помощью скальпеля, ножниц и др.) или инструментальной (обработка пункцирующей струей жидкости, ультразвуковой кавитацией и др.); химической (удаление некротической ткани протеолитическими ферментами); аутолитической (наложение повязок, способствующих отторжению некротических тканей во влажной среде – гиуоколонидов, гиуогелей); биологической (применение лезинфицированных личинок мясных мух).

Комплексное лечение синдрома диабетической стопы (СДС) включает многочисленные методы и средства для достижения заживления ран. Устранение некротической ткани из ран является необходимым условием для успешного лечения. Некрозы в ране значительно замедляют заживление раны, нарушают процесс образования новых тканей, препятствуют оттоку раневого отделяемого, и становятся питательной средой для бактерий. Поэтому некротические ткани, по возможности, должны быть удалены полностью.

Актуальность. Тромбозомия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей после инфаркта миокарда и инсульта причиной внезапной смерти больных. В России, в 2012г. ТЭЛА диагностирована более чем у 100000 пациентов. Значительные перспективы для профилактики ТЭЛА открывают эндоваскулярные катетерные вмешательства и первую очередь имплантация кава-фильтров (КФ). В ургентной ситуации кава-фильтр спасает жизнь пациента, предотвращая ТЭЛА, однако в отдаленном периоде, когда риск (венозного тромбоза) ТЭЛА устраним, фильтр может нанести непоправимый вред здоровью пациента в виде тотального тромбоза инфраренального отдела нижней полой вены (НПВ) в подфильтровом пространстве, деструкцией металлической конструкции кава-фильтров, перфорацией лучами КФ стенок НПВ и др. Вероятный выход, путь направления для дальнейшего развития эндоваскулярных катетерных вмешательств для профилактики ТЭЛА – использование (съемных) конструкций КФ.

Материал и методы. С 2007 по 2012 год в БУ Курянской областной клинической больнице имплантировано 64 съемных КФ, «Зонтик» – 40 Комед, «Orfase» – 24 Cordis, из них удалено 10. У всех больных при дуплексном сканировании (УЗДС) и по данным ангиографии были

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЪЕМНЫХ КАВАФИЛЬТРОВ

(2,5%) – по причине развития контрастларального ОНМК. При анализе малых осложнений получили следующие данные: в группе КЭ+3 гематома послеоперационной раны встречалась в 5 случаях (7,7%), парез гололовых складок – в 2 (3,1%), нарушение глотания – в 4 (6,2%) и осиплость голоса – в 7 (10,8%). В группе ЭКЭ: гематома – 1 (4%), парез гололовых складок – 1 (4%) и осиплость голоса – 1 (4%). В группе ЭКЭн – острая гематома – 2 (5%), парез гололовых складок – 1 (2,5%), нарушение глотания – 1 (2,5%), осиплость голоса – 0 (0%).

рани после перенесенных операций и обширных некрэктоми в пределах стопы. Глубина поражения составляла II–III ст. по классификации Wagner. Большинство ран не заживали на протяжении нескольких месяцев и даже лет. Пациентов с сахарным диабетом первого типа – 13 (26%), второго типа – 37 (74%). Мужчин – 23 (46%), женщин – 27 (54%). Возраст больных от 28 до 85 лет.

Мы использовали личинки зеленой мясной мухи *Lucilia (Phaenicia) sericata* – вид, который наиболее подходит для медицинского применения, выращенные в университетской лаборатории, стерилизованные при помощи химической дезинфекции.

Повязку с личинками накладывали по соответствующей методике. Личинок удерживали в ранах наложением специальных повязок во избежание их неконтролируемого высвобождения.

Количество курсов определяли индивидуально, в среднем личинки применяли дважды для каждого пациента. Личинки накладывали на 24–72 часа. В зависимости от состояния раны было проведено несколько курсов терапии личинками, обычно от 1 до 4 сеансов.

Приблизительно 5–10 личинок размещали на одном квадратном сантиметре пораженного участка. Слишком малое количество личинок было неэффективно, а слишком большое приводило к избыточному воздействию и боли.

Результаты и обсуждение

Очищение личинками ран оказалось более быстрым и более тщательным, чем с помощью традиционных методов некрэктоми (хирургический, использование аутолитических гидрогелей или гидроколлоидов). В большинстве случаев, дно раны покрывала здоровая грануляционная ткань уже после одного-двух трехдневных курсов, то есть, примерно через неделю после начала лечения, чего ранее нам не удавалось достичь.

У 24 (48%) пациентов продолжительность терапии была до 3 суток, у 21 (42%) больных сеанс был прерван через 48 часов, а у 5 (10%) больных через 24 часа из-за выраженного болевого синдрома.

Основным недостатком применяемой нами методики можно считать наличие боли при раздражении раны

личинками, особенно при нейроишемической форме СДС. Боль купировалась анальгетиками, или заменой личинок.

У 8 (16%) больных раны полностью очистились после одного курса применения личинок, у 23 (46%) – после двух курсов, у 14 (28%) – после трех курсов и у 5 (10%) – после четырех и больше курсов.

Микробиологические исследования раневого отделяемого показали, что после применения личинок значительно сокращалось количество бактерий в ране. У 20 (40%) больных отмечался полимикробный характер раневой инфекции, у 15 (30%) случаях – антибиотикорезистентная флора.

После очищения ран личинками до здоровых грануляций у 35 (70%) больных для местного лечения применяли лечебные повязки и гидрогель. Среди этих больных были отмечены различные сроки полного заживления ран вторичным натяжением

В течение одного месяца полное заживление раны отмечено у 22,9% больных. У 24 (68,6%) пациентов полного заживления раны удалось достичь в течение 1–3 месяцев, а у 8,5% больных для этого понадобилось от трех до шести месяцев. После очищения ран личинками, для закрытия большой ровной раневой поверхности у 15 (30%) больных была проведена аутодермопластика. Во всех случаях отмечено хорошее приживление лоскутов

Таким образом, личинки могут ускорить заживление проблемных ран, снизить общее применение антибиотиков, снизить время госпитализации, сократить для больного количество амбулаторных посещений.

Выводы

1. Лечение ран личинками мух является эффективным и безопасным методом, имеет ряд преимуществ перед традиционными лечебными методами.
2. Удаление омертвевшей ткани личинками происходит без повреждений живой ткани и у 68,6% больных приводит к полному заживлению раны в течение трех месяцев.
3. Очищение ран личинками с успехом можно использовать как подготовительный этап перед аутодермопластикой.

ПАТОЛОГІЯ ПРОНИЗНИХ ВЕН ПРИ ГОСТРОМУ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Р. В. Сабашош

У сучасній міжнародній міждисциплінарній номенклатурі виділяють 35 підгруп пронизних вен (ПВ) нижніх кінцівок, але всестороннього аналізу патологічних змін усіх цих підгруп ПВ при гострому варикотромбофлебіті (ГВТФ) нижніх кінцівок до сьогодні не проводилося.

Мета: покращити результати лікування хворих на ГВТФ нижніх кінцівок шляхом вивчення ролі усіх підгруп ПВ у розвитку цього патологічного процесу та його прогресування.

Матеріали і методи. Обстежено 118 нижніх кінцівок з ГВТФ на фоні варикозної хвороби. Середній вік хворих склав 55,7 року (від 23 до 83 років). Всім хворим до початку лікування було проведено ультразвукове тріплексне сканування венозної системи нижніх кінцівок (апарат «GE Logiq 500 PRO», США) з детальним картуванням ділянок поширення тромботичного процесу. Особливу увагу приділяли виявленню нетромбованих

неспроможних і тромбованих пронизних вен, а також поширення тромботичного процесу у глибоку венозну систему. Після обстеження всім хворим було проведено радикальне оперативне втручання, при якому підтверджували результати тріплексного сканування.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього на 118 кінцівках з ГВТФ нами було виявлено 539 неспроможних ПВ (по 4,5 на одну кінцівку), які належали до 24 різних підгруп. Найчастіше неспроможними були медіальні литкові, привеликогомількові ПВ Boyd і Sherman, середні і верхні задньовеликогомількові (середні і верхні Cockett), параахілярні, латеральні гомількові та латеральні литкові ПВ. На жодній кінцівці не спостерігалися неспроможні наднаколінкові, пахвинні, латеральні стегнові, соромітні та верхньо-, середньо- і нижньосідничні ПВ.

З 539 виявлених нами неспроможних ПВ тромбованими виявилися 38 (7,1%; 95% ДІ 5,0–9,5%). На 1 кінцівку