

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ РАНАМИ ЗА ТРАДИЦІЙНОЮ МЕТОДИКОЮ

О.М. Петренко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Незважаючи на прогрес у діагностиці й лікуванні судинних захворювань, цукрового діабету, впровадження в клінічну практику первинно реконструктивних операцій при травматичному ураженні м'яких тканин розповсюдження хронічних ран та трофічних виразок залишається константою протягом останні 20 років [4]. З урахуванням чисельності етіологічних чинників, що обумовлюють утворення хронічних ран м'яких тканин, можна стверджувати, що даний патологічний стан зустрічається у 5-6% дорослого населення промислово розвинутих тканин [3,8].

Загально признаним є той факт, що ефективне лікування даного контингенту пацієнтів можливе тільки при застосуванні комплексного підходу, заснованого на принципах своєчасності, адекватності, системності та патогенетичної обґрунтованості [7].

Метою даної роботи було проведення аналізу безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хронічних ран м'яких тканин із використанням традиційних методів лікування для оцінки ефективності лікування даної патології.

Методи та матеріали. Проведено аналіз лікування пацієнтів із хронічними ранами м'яких тканин, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні гнійної хірургії КМКЛ № 4 (клінічна база кафедри хірургії № 2 НМУ ім. О.О. Богомольця) за період з 2011 по 2015 роки.

В наш час єдиного визначення "хронічної рани" немає. В широкому розумінні даного поняття "хронічна рана" може бути визначеною як рана, у якій нормальний процес порушується на визначеному етапі фази гемостазу, запалення, проліферації та ремоделювання. Вважається, що рана яка не загоюється протягом 8 тижнів є хронічною. В той же час, згідно засідання європейського товариства репарації тканин (Cardiff, Wales, вересень 1996): «хронічною слід вважати рану, яка не загоюється на протязі періоду, який є нормальним для ран подібного типу та локалізації» [7].

У дослідження залучались пацієнти у яких мали місце рани, які тривалий час не загоювались, в залежності від патогенетичного фактору (462 хворих). Ангіогенна етіологія ран визначалась на підставі консультації ангіохірурга та попереднього доплерографічного обстеження. За нозологічними одиницями дану групу було сформовано із пацієнтів з хронічною венозною недостатністю на фоні варикозної та посттромботичної хвороби нижніх кінцівок. До даної

групи також було віднесено пацієнтів із хронічною артеріальною недостатністю. Пацієнти із цукровим діабетом перебували на обліку у ендокринолога та подіатра та мали нейротрофічну форму діабетичної ангіопатії. Певну частину склали пацієнти, які мали значні раньові дефекти внаслідок перенесених інфекційних захворювань шкіри та після травматичними змінами тканин. Окремо було виділено пацієнтів із хронічними ранами на фоні гіпертонічної хвороби (Виразки Мортареля) та змішані рани.

Відповідно до класифікації CEAP (1999) усі наші пацієнти із венозною недостатністю були віднесені до 6-ої стадії захворювання (гіперпигментація, ліподерматосклероз, активна виразка) [6].

За класифікацією Wagner (1981) пацієнтів із діабетичними ранами на ступнях було віднесено до 2 та 3 ступенів: у хворих мали місце виразки, які проникали в м'які тканини, сухожилля із абсцедуванням та залученням кістки (остеомієліт). До даної категорії було також віднесено пацієнтів із флегмоною ступні [5].

До нейротрофічних хронічних ран відносили пацієнтів із пролежнями крижової ділянки спини та стегон, які утворились внаслідок компресії на тлі порушень мозкового кровообігу. Глибина уражень у даної категорії пацієнтів та у пацієнтів із пост травматичними дефектами, згідно класифікації S (AD) SAD (Jeffcoat 2002) відповідала D1 – поширення не далі підшкірно-жирової клітковини [4].

При розподілі пацієнтів із дефектами за площею найпоширенішою є класифікація Васюткова В.Я. [2] з доповненнями Чернухи Л.М., у якій хронічні рани поділяються на:

малі – площа не більш 10см^2 ;

середні – площа до 30см^2 ;

великі – площа від 30 до 50см^2 ;

надвеликі (у тому числі циркулярні) – площа більше 50см^2 .

Усі пацієнти отримували хірургічне лікування яке включало в себе як корекцію патологічних станів, оперативне лікування та консервативну терапію, яка складалась із місцевого лікування ран та лікування ускладнень основного захворювання.

Усі пацієнти отримували патогенетично обґрунтовану консервативну терапію, яка полягала у використанні компресійної терапії, іммобілізації нижніх кінцівок призначенні антикоагулянтів та дезагрегантів, перев'язок та фізіотерапевтичне лікування (ультрафіолетове опромінення, магнітотерапію).

Місцеве лікування ран, які тривало не загоювались залежало від фази раньового процесу. В фазу ексудації хворі отримували: медикаментозне лікування - нестероїдні протизапальні препарати (діклофенак натрію,

дипроспан та інші), інфузії антиагрегантів (реополіглюкін, трентал); антибіотикотерапія; інсулінотерапія у пацієнтів із цукровим діабетом; місцеве лікування – щоденний туалет ран антисептичним розчином (діоксидін, хлоргексидін, фурацилін); пов'язки з бетадином, гіпертонічним розчином; аплікації сорбційних раньових пов'язок (Tender Wet, Pema Foam фірми «Hartmann»), Мепілекс Аг «Molnlycke Health Care»”.

Хворим проводилось аутолітичне очищення ран за допомогою аплікацій альгінатів, напівпроникних гідрогелевих та гідро колоїдних пов'язок (гідросорб, коласорб, дебризан) а також колагенові гідроплівки (тіокол, гешиспон, грануфлекс та інші).

Для ферментного очищення ран застосовувались пов'язки із іруксолем та хімотрипсіном та їх аналоги. Механічна санація ран проводилась за допомогою використання волого-висихаючих пов'язок. Проводилась висічення (некректомія) нежиттєздатних тканин та виразкового субстрату.

В другу стадію раньового процесу для стимуляції росту грануляцій використовували мазьові препарати на гідрофільній основі (левовінізол, вінізол). Одношарові синтетичні та біоградаційні раньові покриття у вигляді губок, гелів, пов'язок (алевін, альгіпор, комбутек, біопол, гідрокол, гідросорб, грануфлекс та інші).

В третю фазу раньового процесу, для захисту грануляційної тканини та стимуляції епітелізації, застосовували мазі на жировій основі (олії шипшини та обліпихи).

Частина пацієнтів було прооперовано. Хворим виконувалось оперативне лікування у залежності від етіологічного фактору захворювання (венектомії), висічення виразок, розкриття флегмон, некректомії, “малі” резекції стопи, екзартикуляція пальців, аутодермопластика, первинне ушивання ран.

Результати та їх обговорення. При аналізі клінічного матеріалу встановлено, що із 463 пацієнтів 241 складала жінки (50,2%) і 242 (49,8%) - чоловіки. Середній вік пацієнтів становив $67,3 \pm 6,6$ років. Усі пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні гнійної хірургії. Середній ліжко-день становив у середньому $28,7 \pm 1,9$ днів. Середня тривалість хронічної рани коливалась від 5 тижнів до 3 років. В залежності від виду хірургічного лікування пацієнтів було розділено на дві групи: хворі, які отримували лише консервативне лікування та пацієнти які підлягали оперативному втручання.

Ретроспективний аналіз пацієнтів із хронічними ранами призвів до формування групи за такими основними характеристиками (табл. 1.).

Таблиця 1

Основні характеристики групи спостережень

Нозологія	консервативне		оперативне		Усього
	Чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	
ХВН	16	48	10	32	106
Діабетичні рани	30	22	62	101	215
Артеріальна ішемія	50	2	-	-	52
Післятравматичні	3	-	30	8	41
Нейротрофічні	6	7	4	3	20
Гіпертонічна хвороба	3	3	-	-	6
Змішані	5	5	3	10	23
РАЗОМ	113	87	109	154	463

Як видно із представленої таблиці консервативному лікуванню підлягало 200 (43,1%) пацієнтів, із яких 113 (56,5%) було чоловіків, а 87 (43,5%) жінок. Найбільшу групу 215 (46,4%) склали пацієнти із діабетичними ранами.

Під консервативною тактикою лікування мали на увазі використання фармакологічних засобів і виробів медичного призначення сертифікованих в Україні. Стратегія даного лікування складалась із основних етапів: діагностика факту наявності хронічної рани; визначення тяжкості раньового дефекту (глибина, площа, наявність ускладнень); вибір способу очищення; боротьба із ускладненнями; вибір тактики лікування.

Усі ці етапи в обов'язковому порядку проводилися на фоні посиленої корекції основного захворювання. Разом з тим, хворим проводилося ферментативне, аутолітичне, хірургічне та механічне очищення ран та заходи по стимуляції репаративних процесів в ранах у фазу регенерацію.

Конкретний вибір медикаментозних препаратів для місцевого лікування здійснювали з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта (супутні захворювання, алергологічний анамнез, психоемоційний фон) і безпосередньо раньового дефекту (локалізація, конфігурація, глибина, адгезивні властивості поверхні, кількість і характер ексудату і т.д.).

При аналізі безпосередніх результатів консервативного лікування хронічних ран залежно від нозології отримано наступні результати, які приведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати консервативного лікування у пацієнтів досліджуваної групи

Нозологія	Загальна кількість	Загоєння		Без загоєння	
		Кількість	%	кількість	%
ХВН	64	39	60,9	25	39,1
Діабетичні	52	10	19,2	42	80,8
Артеріальна ішемія	52	3	5,7	49	94,3
Післятравматичні	3	2	66,6	1	33,4
Нейротрофічні	13	3	23,0	10	77,0
ГХ	6	1	16,6	5	83,4
Змішані	10	1	10,0	9	90,0
УСЬОГО	200	103	51,5	97	48,5

Як видно із результатів представлених на таблиці частка загоєння хронічних ран у пацієнтів, які підлягали лише консервативному лікуванню становила 51,5%, що не відрізнялось принципово від літературних даних [1] Пацієнти, рани у яких не загоїлись внаслідок проведеного лікування, було виписано на амбулаторне лікування.

Нами було проведено моніторинг загоєння хронічних ран в залежності від площини ураження. Встановлено, що при малій площині ран, які тривало не загоювались відсоток повного загоєння становив %, середньої площі ран - %, при великій площі - %. Дані результати висвітлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Результати консервативного лікування залежно від розмірів хронічних ран

площа	Загальна кількість	Загоєння		Без загоєння	
		кількість	%	Кількість	%
Малі	88	45	51,1	43	48,9
Середні	69	48	69,5	21	30,5
Великі	43	10	23,2	33	76,8
УСЬОГО	200	103	51,5	97	48,5

Як видно із представленої таблиці самий нижчий відсоток загоєння був у пацієнтів із велетенськими виразками. Для того, щоб рана загоїлась пацієнту необхідно було проходити курси стаціонарного лікування двічі на рік на протязі тривалого часу.

Хірургічне лікування у пацієнтів із хронічними ранами було спрямоване на вирішення трьох основних завдань: можливу корекцію чи усунення виникнення дефекту; лікування гнійно-септичних ускладнень хронічних раньових дефектів; ліквідація (закриття) самого дефекту як такого.

В нашій роботі аналізується досвід роботи з надання хірургічної допомоги пацієнтам із хронічними ранами. За весь період аналізу було

проведено 324 оперативних втручань 263 пацієнтам. Даний показник свідчить, про те, що для досягнення повного загоєння ран проводилось декілька операцій одному й тому ж пацієнту.

При аналізі безпосередніх результатів хірургічного лікування пацієнтів із хронічними ранами традиційними методами залежно від нозології отримано такі результати (таблиця 4.)

Таблиця 4

Результати хірургічного лікування хронічних ран у досліджуваній групі

Нозологія	Загальна кількість	Загоєння		Без загоєння	
		кількість	%	Кількість	%
ХВН	42	29	69,0	13	31,0
Діабетичні	163	90	55,2	73	44,8
Артеріальна ішемія	-	-		-	
Післятравматичні	38	30	78,9	8	21,1
Нейротрофічні	7	3	42,8	4	57,1
ГХ	-	-		-	
Змішані	13	8	61,5	5	38,5
УСЬОГО	263	160	60,8	103	39,2

Трохи відрізняються безпосередні результати лікування при використанні хірургічної тактики залежно від вихідних розмірів хронічних ран порівняно з групами консервативної терапії. Малі виразки з більшою результативністю піддавались лікуванню, що можливо, пов'язано із застосуванням тактики патогенетичного лікування (венектомії, некректомії, аутодермопластики) та ушивання після висічення (таблиця 5).

Таблиця 5

площа	Загальна кількість	Загоєння		Без загоєння	
		кількість	%	кількість	%
Малі	97	75	77,3	22	22,7
Середні	87	48	55,1	39	44,9
Великі	79	55	69,6	24	30,4
УСЬОГО	263	178	67,6	85	32,4

Таким чином, у групі із застосуванням хірургічним підходом і використанням відомих способів лікування у ранні терміни (до 1 місяця) досягнуто загоєння хронічних ран у 160 (60,8%) пацієнтів. Не вдалося досягти загоєння у 103 (39,2%) пацієнтів.

Висновки

Лікування хронічних ран, як і раніше залишається актуальною проблемою, для рішення якої необхідно використовувати усі досягнення медичної науки та поглиблювати знання про патогенез та причини виникнення

тканинних дефектів. Разом з тим, враховуючи результати проведеного ретроспективного аналізу лікування пацієнтів із хронічними ранами, можна відмітити, що у групі хворих, які підлягали консервативному лікуванню, загоєння хронічних ран відбулося у половини пацієнтів (51,5%). Дана обставина свідчить за те, що ті принципи та підходи, що стандартно на підставі досвіду століть спрацьовують у більшості випадків, у деяких ситуаціях не приносять бажаного ефекту. У групі, де пацієнти отримували оперативне лікування, відсоток загоєння становив 60,8%. Враховуючи результати загоєння хронічних ран у пацієнтів даної групи, можна зробити висновок, що для досягнення успішного результату перспективними напрямками розширення показань до хірургічних способів лікування та удосконалення місцевого впливу на раньовий процес.

Література

1. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран / Л.А. Блатун // Хирургия. – 2011. – № 4. – С. 51-59.
2. Васютков В.Я. Сочетанное консервативное и хирургическое лечение венозных трофических язв / В.Я. Васютков // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. - № 3.- С.35-36.
3. Клітинно-тканинні технології у лікуванні хронічних виразково-ранових дефектів нижніх кінцівок / В.К. Гринь, А.Г. Попандопуло, О.А. Штутін [та інш.] – Донецьк, 2009. – 244 с.
4. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв / Г.Д. Никитин, И.П. Карташев, А.В. Рак. – С-Пб.: Сюжет, 2001. – 191 с.
5. Токмакова А.Ю., Доронина Л.П., Страхова Г.Ю. Хронические раны и сахарный диабет: современная концепция и перспективы консервативного лечения // Сахарный диабет. – 2010. - № 4. – С. 63-68.
6. Хронічні захворювання нижніх кінцівок та таза: діагностика, терапія, лікарсько-трудова експертиза, профілактика ускладнень. Клініко-практичні рекомендації (Національні стандарти України). – К.: НАМН України, Національний Інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова. – 2014. – 120 с.
7. Reinke J.M., Sorg H. Wound repair and regeneration // Eur. Surg. Res. – 2012. – Vol. 49, № 1. – P. 35-43.
8. Kane M.G., Krasner D. (Eds) (1997) Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals 2nd ed. Health Management Publications Inc, 427 p.