

УДК 616-001.4:616-089.4:616-08:616.379-008.64

© Колектив авторів, 2012.

ПОВ'ЯЗКА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ РАН У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Ф.М. Ільченко, І.І. Чонка, Е.Е. Умеров, С.Г. Гривенко, А.І. Балабан

*Кафедра хірургії №2 (зав. кафедрой - проф. Ф.М. Ільченко), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь;
Кафедра хірургії №1 (зав. кафедрой – проф. А.Д. Беденюк), Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль.*

BANDAGE FOR THE TREATMENT OF NECROTIC WOUNDS IN DIABETIC PATIENTS

F. M. Ilchenko, I. I. Chonka, E. E. Umerov, S. H. Hryvenko, A. I. Balaban

SUMMARY

Developed and clinically tested for the treatment of necrotic wounds in diabetic patients. Its use greatly improve the results of treatment and effective rehabilitation of these patients.

ПОВ'ЯЗКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ф. Н. Ильченко, И. И. Чонка, Э. Э. Умеров, С. Г. Гривенко, А. И. Балабан

РЕЗЮМЕ

Разработана и клинически апробирована повязка для лечения гнойно-некротических ран у больных сахарным диабетом. Её использование способствует значительному улучшению результатов лечения и эффективной реабилитации этой категории больных.

Ключові слова: пов'язка, цукровий діабет, лікування.

Лікування синдрому діабетичної стопи (СДС) складна, не вирішена проблема для широкого загалу практичних лікарів [4,7]. А гнійно-некротичні ускладнення СДС є складним і тяжко прогнозованим завданням для хірурга [2,6,7]. Для терапії цієї патології запропоновано чимало методів консервативного і оперативного лікування. Загальноприйнятими принципами залишаються проведення етапного хірургічного лікування, системне застосування препаратів, які покращують трофіку тканин стопи і ефективно пригнічують життєдіяльність мікроорганізмів, та місцеве призначення потужних антисептиків [5]. Наявність гнійно-некротичних уражень стопи при СДС є показанням до оперативного втручання. Проведені дослідження [6] все в більшому відсотку випадків дозволяють спрямувати хірургічне лікування СДС на зменшення високих ампутацій нижніх кінцівок та збереження опорної функції за рахунок хірургічних обробок та малих ампутацій стопи [3]. Проте тяжкість стану хворих, що, як правило спостерігають під час їх госпіталізації, не дає можливості здійснити адекватну хірургічну обробку. У зв'язку з цим актуальним є розробка засобів для місцевого лікування, які мали б некролітичні, сорбційні та антибактеріальні властивості [1].

Мета роботи - розробити та провести клінічну апробацію пов'язки для лікування гнійно-некротичних ран у хворих на цукровий діабет.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Запропоновану пов'язку застосували у лікуванні 45 хворих на цукровий діабет із синдромом діабетич-

ної стопи з метою оптимізації репаративних процесів в області гнійно-некротичного ураження тканин. Контролем обрано групу аналогічних хворих (18 чол.), у лікуванні яких запропоновані пов'язки не використовувалися.

Пов'язки виготовлялись наступним чином (висновок про видачу деклараційного патенту на корисну модель № u 2011 00777 від 24.01.2011 р.). Попередньо в 100мл дистильованої води розчиняють 40г желатини. До розпущеної на водяній бані 50г нативної живиці сосни при помішуванні додають 60мл спирту етилового (70°), після чого хвойний водно-спиртовий екстракт профільтровують через марлю і послідовно додають до нього 50мл гліцерину і приготованого розчину желатини. При постійному перемішуванні до 2/3 об'єму хвойного водно-спиртового екстракту вносять 2мл водної суспензії гідрокортизону і 100г оксиду цинку та 1 г. порошкоподібного метронідазолу, а додаванням решти водно-спиртового екстракту доводять масу суспензії до 400г. Отриманий продукт – сметаноподібної консистенції суспензія світлокремового кольору із запахом хвої.

У розігріту до 35-45°С суспензію в судині занурюють серветку, складену із чотирьох шарів марлі по формі, що відповідає рановій поверхні. Після її просочення, пов'язку розкладають на чистому знежиреному склі. Після застигання просоченої серветки, що супроводжувалося полімеризацією суспензії, остання набувала форми плоскої пластинки пружно-еластичної консистенції. Після цього пов'язка перфорувалася на перфораторі з нанесенням отворів (діамет-

ром 5мм.) в шахматному порядку. Загальний вигляд пов'язки представлений на рис. 1.



Рис.1. Загальний вигляд запропонованої пов'язки

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всім хворим попередньо розвантажували уражену кінцівку на шині Белера, досягаючи значного зменшення набряку. Перевагу надавали накладанню пов'язки перед сном. Проводили туалет трофічних виразок розчином перекису водня, та декасану, і просушували шкіру. Після чого шкіру навколо рани змазували цинк-саліциловою пастою. Саму рану зрошували розчином простого інсуліну. У випадках наявності болю під пов'язкою виразку зрошували 1%-5% розчином новокаїну, або 2%-10% розчином лідокаїну. Лікувальну пов'язку (Рис. 1) виймали з пакету та накладали на виразку, переконавшись, що центральна її частина повністю закриває рану. Після чого фіксували бинтом, а на нижню кінцівку одягали еластичну панчохо середньої компресії. У випадках, коли мала місце лімфореза, зверху на пов'язку накладався ватно-марлевий пакет, просочений розчином марганцевокислого калію. Мінjali пов'язки по мірі забруднення через 3-5 днів.

Клінічна ефективність запропонованих пов'язок оцінювалась за тривалістю загоєння рани та перебуванню хворих на стаціонарному лікуванні. Крім того, всім хворим проводили моніторинг рівня глікемії. В результаті застосування запропонованої пов'язки для місцевого лікування ранового процесу на нижніх кінцівках у діабетичних хворих показники клінічної ефективності суттєво покращилися. Так, середня тривалість загоєння рани зменшилась майже у двічі: з 52,1 у контрольної групи хворих до 28,3 днів, у хворих основної групи, а тривалість перебування у стаціонарі більше ніж у тричі: з 38,1 (контроль) до 10,4 (основна група) днів. Особливо слід вказати на значне зниження рівня глюкози в крові, зокрема з $12,4 \pm 1,8$ до $8,2 \pm 1,6$ ммоль/л, тобто на $(32,3 \pm 1,5\%)$. Саме цей момент став вирішальним у помітному зниженні три-

валості перебування хворих у стаціонарі, зокрема на $(14,9 \pm 1,4\%)$. Підвищення ефективності лікування гнійно-некротичних ран у хворих на СДС досягнуто за рахунок бактерицидної дії метронідазолу та кисню, який проникає до ранової поверхні через перфоративні отвори запропонованої пов'язки.

ВИСНОВКИ

Запропонована пов'язка забезпечує високу лікувальну, а саме ранозагоювальну дію, і може бути рекомендована для застосування в широкій медичній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Біляєва О.О, Нешта В.В., Курилишин В.П. Вплив апікаційних сорбентів нового покоління на результати комплексного лікування хворих з синдромом діабетичної стопи // Клінічна хірургія.-2009.-№5.- с. 35-37.
2. Василюк С.М. Класифікація та хірургічне лікування синдрому діабетичної стопи // Шпитальна хірургія.- 2006.-№1.- с. 32-35.
3. Герасимчук П.О., Запорожан С.Й., Коршовський І.Л., Кисіль П.В. Методи пластичного закриття ран після хірургічних обробок та малих ампутацій у хворих на синдром стопи діабетика // Шпитальна хірургія.- 2007.-№2.- с. 98-101.
4. Дедов И.И. Диабетическая стопа / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян.- М.: Практ. Медицина, 2005.-197 с.
5. Ляпіс М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.-286 с.
6. Федоренко В.П. Некротично-запальне ураження стопи у хворих на цукровий діабет. Визначення. Ілюзії і реалії. Перспективи // Шпитальна хірургія.- 2001.-№3.- с. 173-176.
7. Wagner F.W. The Diabetic Foot. 3d ed. St-Louise, 1983.-291 p.