

своевременная диагностика СД, проведение скрининга и определение группы риска пациентов с ХКИНК атеросклеротического и диабетического генеза. Обозначить частоту и характер курсов лечения, что обеспечит профилактику прогрессирующей болезни и развития гнойно-некротических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровщик, О.И. Ампутации нижних конечностей при декомпенсации критической ишемии атеросклеротического и диабетического генеза / Хирургия Беларуси на современном этапе // Материалы XVI съезда хирургов Республики Беларусь и Республ. Науч.-практ. конф. – Гродно, ГрГМУ. -2018. -624 с.

2. Кузнецов, А.Г. Ампутации сегментов стопы при гнойно-некротических осложнениях хронической артериальной недостаточности нижних конечностей / А.Г. Кузнецов, С.А. Жук // Актуальные вопросы медицины: материалы конференции посвященной 50-летию УО «ГрГМУ», Гродно, 23-24 октября 2008 г. / ГрГМУ: редакт. П.В, Гарелик [и др]. – Гродно, 2008. –С. 177-178.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММОБИЛИЗИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА

*Дубровщик О.И.¹, Довнар И.С.¹, Красницкая А.С.¹, Равинский М.А.¹,
Филипович А.В.², Хильмончик И.В.²*

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
УЗ "Городская клиническая больница № 4 г.Гродно"²*

Актуальность. Лечение трофических язв (ТЯ) нижних конечностей – одна из сложных и трудных задач хирургии. В подавляющем большинстве случаев ТЯ имеют венозную и/или лимфовенозную этиологию и составляют 70% в общей структуре язв нижних конечностей.

Длительное применение лекарственных препаратов для местного лечения ТЯ в 75-80% случаев наблюдений приводит к развитию экзематозного дерматита вокруг ТЯ, лимфореи, что затрудняет заживление язв. Болезнь существенно снижает все аспекты качества жизни пациентов, нередко они становятся тяжелыми и стойкими инвалидами [1]. При назначении местного лечения ТЯ следует учитывать стадии течения раневого процесса: воспаления, регенерации, эпителизации и ремоделирование рубца. К сожалению, при ТЯ невозможно определить фазы течения раневого процесса, что создает значимые трудности в выборе средств для местного лечения. Необходим поиск новых способов и средств, обладающих мультинаправленным действием, для оптимизации лечения ТЯ.

Обязательным компонентом лечения ТЯ при лимфовенозной недостаточности является радикальная хирургическая обработка гнойного очага и

последующее местное лечение. Показания, объем и тактические приемы, техника хирургической обработки гнойных очагов ТЯ известны и разработаны достаточно хорошо, а результаты местного лечения ТЯ остаются неудовлетворительными. Доказано, что за последние годы микрофлора гнойных ран и ее биологические свойства претерпели существенные изменения, проявляющиеся быстрой потерей чувствительности к современным антибактериальным препаратам. Поэтому для лечения ТЯ и гнойных ран разрабатываются новые группы антисептиков, к которым сохраняется, в процессе лечения, чувствительность микрофлоры. Одним из наиболее эффективных современных антисептиков является хлоргексидин биглюконат, однако его водные растворы, и также как другие антисептики, применяемые для санации ТЯ, разбавляются раневым отделяемым, особенно при лимфорее, высыхают в течение 3-6 часов и действие их прекращается. Действие препарата оказывается кратковременным, а необходимая концентрация в ране для подавления микрофлоры не создается. Одним из условий эффективной санации гнойной раны и ТЯ является создание оптимальной концентрации антисептиков в ране и ТЯ на длительное время. Поэтому отдельные авторы предлагают использовать иммобилизированные (полимерные) антисептики, которые способны пролонгированно высвобождать из антисептика активные вещества и оказывать противомикробное действие продолжительное время.

Цель. Повысить эффективность местного лечения ТЯ и гнойно-некротических осложнений при лимфовенозной недостаточности путем использования местно иммобилизированной формы хлоргексидина биглюконата.

Методы исследования. Материалом для местного лечения ТЯ использована иммобилизированная форма хлоргексидина биглюконата, разработанная на кафедре фармацевтических технологий Курского государственного медицинского университета [2014]. В аптеке УЗ «ГКБ № 4 г.Гродно» приготовлена смесь следующего состава: хлоргексидин биглюконат 0,05%-100,0, натриевая соль карбоксиметилцеллюлозы (модифицированный картофельный крахмал) – 4,0, вода очищенная – 100,0. Для решения поставленной цели местное лечение ТЯ с применением иммобилизированного хлоргексидина биглюконата применено у 18 пациентов с лимфовенозной недостаточностью, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии клиники общей хирургии УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» в 2018 году. Возраст пациентов составил ($59,5 \pm 1,8$ лет), женщин было 13 (72,2%), мужчин – 5 (27,8%).

Всем пациентам после госпитализации проводили хирургическую обработку гнойных очагов с последующей местной и общей медикаментозной терапией, антибактериальное, дезинтоксикационное (по показаниям) и симптоматическое лечение включало обязательную разгрузку пораженной конечности. При лимфорее и отеках конечность помещалась на шину Беллера. Динамику течения раневого процесса изучали при помощи клинических данных, цитологического и бактериологического исследования. Для местного лечения применяли повязки с иммобилизированной формой хлоргексидина биглюконата на основе натриевой

соли карбоксиметил- целлюлозы (рац.предложение № 24 от 24.09.2018). Повязки накладывали после проведенного туалета язв и очагов мокнутия в области лимфореи ежедневно, в течение 8-10 дней.

Результаты и их обсуждение. На следующий день после первой перевязки с иммобилизированной формой хлоргексидина отмечено значительное очищение поверхности язвы от гнойного отделяемого, в области лимфореи отмечено подсыхание и значительное уменьшение отделяемого. На 3 и 4 сутки применения данного антисептика значительно уменьшилась гиперемия кожи вокруг язв, в зоне лимфореи прекратилось жжение и «мокнутие», поверхность ТЯ покрылась сухой коркой. Через 8 дней у 10 пациентов наблюдали краевую эпителизацию язв. В результате идентификации микроорганизмов из поверхности ТЯ выявлено, что наиболее часто (98,2%) высевались единичные колонии грамположительных кокков. Грамотрицательная флора высевалась у 1,8% пациентов. Цитологическое исследование проведено только у 3 пациентов, цитологическая картина соответствовала воспалительному типу цитограммы. На третьи сутки у 2 пациентов отмечен переход цитограмм из воспалительного в воспалительно-регенераторный тип. Клинически это проявлялось уменьшением гиперемии и количества серозно-гнойного отделяемого с поверхности язвы, регрессированием отека и прекращением лимфореи.

Выводы. Иммобилизированная форма хлоргексидина биглюконата в гелиево-натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы (модифицированный картофельный крахмал) обладает выраженным противовоспалительным и антимикробным свойством, биологически инертна, ускоряет сроки очищения ТЯ и прекращения лимфореи. Применение иммобилизированного антисептика обладает рядом преимуществ: легко наносится, долгое время остается на поверхности язвы за счет хорошей адгезии, обладает крайне низкой летучестью. Способ приготовления иммобилизированной формы хлоргексидина биглюконата прост и доступен, что позволяет рекомендовать этот антисептик для лечения ТЯ и экзематозных дерматитов при лимфореи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровицк, О.И. Паратравматические поражения кожи при трофических язвах нижних конечностей / О.И. Дубровицк, И.С. Довнар, С.В. Колешко и др.: V белорусско-польская конференция: Дерматология без границ: сборник материалов Респ. научн.-практ. конф. с межд. участием // Дерматовенерология. Косметология. – 2017. – Прил. – С. 71-75.