

Пациентов пожилого возраста было больше 65%. Во всех случаях причиной механической желтухи явился холедохолитиаз, в 9,3% случаев он сочетался со стриктурой большого дуоденального сосочка или дистального отдела холедоха. У 2 больных развился стеноз наложенного ранее холедоходуоденостомоза. Диагноз механической желтухи ставили на основании клинических проявлений, данных УЗИ, биохимических анализов крови. Продолжительность желтухи колебалась от 1 сут до 3 мес.

Хирургическая тактика определялась исходной билирубинемией, степенью ее усиления (данные УЗИ и показатели билирубина в крови). У 267 (74%) больных на I-м этапе выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, которая позволила восстановить отток желчи в двенадцатиперстную кишку и выполнить эндоскопическую санацию холедоха. У 164 (61,4%) пациентов эндоскопическая папиллосфинктеротомия стала окончательным методом хирургической коррекции в период данной госпитализации. В остальных случаях разрешение механической желтухи проводилось классическими методами (полостные операции). Хирургическое пособие заключалось в холедохолитотомии, восстановлении проходимости холедоха. Наружное дренирование холедоха выполнено у 43 (41,7%) больных, глухой шов холедоха – у 17 (16,5%), билиодигестивный анастомоз – у 9 (8,7%). В остальных случаях операция была завершена только холецистэктомией вследствие эффективности ранее выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии. После полостных операций летальный исход наблюдался у 4 больных.

Анализ полученных данных показал, что одной из причин летальных исходов, помимо наличия механической желтухи, по-видимому, является хирургическая агрессия, особенно у больных преклонного возраста. Таким образом, целесообразно разрешение механической желтухи малоинвазивными методами. При восстановлении оттока желчи после папиллосфинктеротомии предпочтение следует отдавать холецистэктомии из мини-доступа или лапароскопической холецистэктомии.

Литература

1. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар-М, 2006. – 568 с.
2. Гальперин Э. И., Дедерер Ю. М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. – М., 1987. – 334 с.
3. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулюк А. М. и др. Желчнокаменная болезнь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 178 с.
4. Ермолов А. С., Упырев А. В., Иванов П. А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия. – 2004; 5: 4–9.
5. Заруцкая Н. В., Бедин В. В., Подолужный В. И. Хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. // Сибир. мед. журн. – 2007; 22 (2): 11–14.
6. Мачулин Е. Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. – Минск, 2000. – 160 с.

EXPERIENCE IN SURGICALLY TREATING OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF CALCULOUS ETIOLOGY

M. Mayorov, I. Dryazhenkov

*Yaroslavl State Medical Academy, Russian Agency for Health Care
The efficiency and safety of various biliary tract decompression procedures are analyzed in patients with obstructive jaundice-complicated cholelithiasis.*

Key words: obstructive jaundice, choledocholithiasis, endoscopic papillary sphincterotomy.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОКОЖИ «ГИАМАТРИКС®» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЯЛО ГРАНУЛИРУЮЩИХ РАН

В. Смолевский, Л. Адельшина, Р. Рахматуллин, кандидат медицинских наук,
О. Бурлуцкая, кандидат биологических наук,
Р. Гильмутдинов, кандидат медицинских наук,
Оренбургский государственный университет
E-mail: lab@hyamatrix.ru

Оригинальный биоматериал «Гиаматрикс®» (на основе ламинарной формы гиалуроновой кислоты) предназначен для лечения больных с дефектами покровных тканей, вяло гранулирующими ранами. При этом ускоряется заживление ран различной этиологии, значительно сокращается время лечения, быстрее повышается качество жизни пациентов, что, кроме прочего, является экономически важным аспектом.

Ключевые слова: полимер гиалуроновой кислоты, биопластический материал «Гиаматрикс®», резистентные раны, дефект покровных тканей.

Несмотря на новые технологии в медицине, проблема лечения вяло гранулирующих ран становится все более актуальной. От 600 тыс. до 2,5 млн людей в мире страдают хроническими вяло гранулированными ранами [1, 2].

Нарушение барьерной функции кожи, повреждение ее слоев вследствие изменения трофики тканей сопровождается некрозом мягких тканей и массивным экссудативным процессом. В дальнейшем происходит быстрая бактериальная контаминация ран, которая в ряде случаев может приобретать генерализованный характер [1, 3].

Длительно незаживающие (хронические) раны остаются одной из существенных проблем здравоохранения. Примерно у 15% больных сахарным диабетом возникают вяло гранулирующие раны. В США это сопровождается примерно 60 тыс. ампутаций в год.

Разница между обычной и длительно незаживающей раной весьма существенна. Обычные раны возникают у здоровых людей и закрываются первичным либо вторичным натяжением. Длительно незаживающая рана – это рана, репарация которой нарушена из-за неблагоприятных фоновых заболеваний. Примером длительно незаживающих ран могут служить язвы в результате давления протеза, кожные язвы при сахарном диабете и нарушении оттока крови по венам. Эти сложные язвы не заживают, пока не будет проведена должная коррекция неблагоприятного фонового состояния. Многие такие язвы обычно затягиваются до определенной степени, а затем процесс их заживления останавливается; причины этого остаются неизвестными. При соответствующем лечении, однако, удается достичь заживления большинства таких ран. В связи с этим разрабатываются и внедряются в практику новые средства местного лечения. Перспективно использование с этой целью биокожи, клеточных клонов фибробластов и кератиноцитов.

В 2008–2011 гг. на клинических базах Оренбурга (Муниципальная городская клиническая больница скорой помощи № 1, ОКБ № 1, ОКБ № 2, ОрГМА Росздрава, медико-санитарная часть Оренбургского государственного университета) в режиме амбулаторного приема прошли лечение более 500 больных с дефектами покровных тканей.

В исследование были включены 120 больных. Средний их возраст составил 57,6 года, длительность «язвенного» анамнеза – от 1,5 мес до 12 лет и более. Вяло гранулирующие раны локализовались преимущественно на внутренней поверхности голени; площадь дефекта менее 5 см² выявлена у 24,3% больных, от 5 до 10 см² – у 43,3%, более 10 см² – у 32,4% обследованных.

Все больные были разделены на 2 группы. В комплекс лечения в основной группе (n=70) входила аппликация биопластического материала «Гиаматрикс®» на область дефекта покровных тканей; антибиотикотерапию не применяли. Контрольную группу составили 50 больных, лечение которых проводили общепринятыми методами, в том числе с применением традиционной антибактериальной терапии.

В основной группе у 24 больных были резистентные раны, с длительным «язвенным» анамнезом – от 6 мес до 12 лет и более. Раны локализовались преимущественно на наружной поверхности голени; площадь дефекта менее 5 см² выявлена у 17,3% больных, от 5 до 10 см² – у 62,7%, более 10 см² – у 20% обследуемых.

ТЕХНИКА АППЛИКАЦИЙ БИОМАТЕРИАЛОМ «ГИАМАТРИКС®»

Язвенные дефекты подвергали хирургической обработке – иссекали каллезные края, со дна убирали избыточные грануляционные и рубцовые ткани до появления хорошего капиллярного кровотока, затем обрабатывали раствором хлоргексидина и применяли аппликации с биопластическим материалом «Гиаматрикс®». Перевязки проводили через день. Для улучшения кровоснабжения конечностей применяли эластическое бинтование. Рациональная комбинация биндажей из бинтов ограниченной растяжимости и лечебного компрессионного трикотажа обеспечивает благоприятные флебогемодинамические условия для закрытия трофических язв.

Клинически эффект от лечения проявлялся в быстром уменьшении болей и отека тканей в области ран, а также местных воспалительных проявлений вокруг ран, отчетливом улучшении общего состояния больных, прекращении гноетечения в среднем на 2–3-и сутки после начала лечения, более раннем появлении грануляций и краевой эпителизации, что свидетельствует об ускорении репаративных процессов, а следовательно, об улучшении микроциркуляции в ране. При этом у больных основной группы сроки начала эпителизации ран составили в среднем 10 сут, тогда как в контрольной – 23,3 сут.

Результаты лечения в основной группе прослежены в сроки от 7 до 26 мес (в среднем – больше 1 года).

Полное заживление резистентных трофических ран (в зависимости от размеров) наступило у 21 пациента, у 3 – на 80–90%.

Через год осмотрены 14 (58,2%) пациентов. Трофические изменения кожи и дерматосклероз значительно уменьшились. У 1 больного на месте циркулярной раны голени сохранялся язвенный дефект размером 1×3 см. У пациентов, страдающих постфлебитическим синдромом (n=10) и варикозной болезнью (n=3), выявлены преходящие отеки, умеренные боли, тяжесть в конечностях, однако выраженность их была значительно меньше, чем до лечения биокожей «Гиаматрикс®».

Таким образом, при использовании биопластического материала – биокожи «Гиаматрикс®» для восстановления покровных тканей и лечения вяло гранулирующих ран на всех этапах наблюдения не зарегистрировано значимых побочных эффектов и аллергических реакций. В отдаленном периоде не зафиксировано патологических изменений со стороны ран или язв, а также развития заболеваний, включая онкопатологию, связанных с проведением терапии биокожей «Гиаматрикс®», что подтверждает безопасность применения данного биопластического материала.

Кроме того, в основной группе у пациентов с резистентными ранами отмечены:

- увеличение скорости заживления дефектов покровных тканей;
- стимуляция и ускорение репаративных процессов.

Экономически важным аспектом как для самих пациентов, так и для лечебных учреждений является возможность значительно сократить длительность лечения и быстрее повысить качество жизни при применении биокожи «Гиаматрикс®».

Литература

1. Бауэрзакс Ж., Флеминг И., Буссе Р. Патофизиология хронической венозной недостаточности // Флебология. – 1998; 7: 1–7.
2. Васютков В.Я., Проценко Н.В. Трофические язвы стопы и голени. – М., 1993. – 160 с.
3. Богданец Л., Кириенко А., Алексеева Е. Местное лечение венозных трофических язв // Журн. «Гедеон Рихтер» в СНГ. – 2000; 2: 58–60.

USE OF THE BIOSKIN GIAMATRIX® FOR THE TREATMENT OF SLOWLY GRANULATING WOUNDS

V. Smolevsky; L. Adelshina, R. Rakhmatullin, Candidate of Medical Sciences; O. Burlutskaya, Candidate of Biological Sciences; R. Gilmudimov, Candidate of Medical Sciences
Orenburg State University

The original biomaterial Giamatrix® based on the laminary form of hyaluronic acid is intended for the treatment of patients with integument defects, slowly granulating wounds. This accelerates healing of wounds of varying etiology, considerably reduces treatment time, and more rapidly increases quality of life, which is, in addition, an economically important aspect.

Key words: hyaluronic acid polymer; the bioplastic material Giamatrix®, resistant wounds, integument defect.