

Выводы

1. Выполненные нами исследования показали, что минимальная подавляющая концентрация наночастиц серебра в изопропанолe по отношению к клиническим штаммам *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus haemolyticus* составляет 7,81 мкг/см³.

2. Механизм антибактериального действия наночастиц серебра реализуется иными путями в сравнении с механизмом действия антибиотиков.

3. Наночастицы серебра являются альтернативой традиционно применяемым антибактериальным препаратам у хирургических пациентов особенно в случае полиантибиотикорезистентных штаммов.

Финансирование. Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (проект М20Р–086) и Российского фонда фундаментальных исследований (проект 20–53–00030 Бел-а).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Проскуров, В. А.* Коварный стафилококк / В. А. Проскуров. — М.: Знание, 1980. — 64 с.
2. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии: учебное пособие для студентов медицинских вузов / А. А. Воробьев [и др.]; под ред. А. А. Воробьева, А. С. Быкова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 236 с.
3. *Акуленко, О. В.* Микробиологический спектр современной раневой инфекции / О. В. Акуленко, Р. И. Довнар // Современные достижения молодых ученых в медицине: сборник материалов V Республиканской научно-практической конференции с международным участием, 23 ноября 2018 г. — Гродно: ГрГМУ, 2018. — С. 21–24.

УДК 617.586.2-002.44-055.2-08:616.137.83/87-004.6

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ПРАВОЙ ПЯТКИ У ПАЦИЕНТКИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дорошко Е. Ю., Лызиков А. А., Маканин А. Я.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей являются актуальной проблемой, которая отмечается у 2–15 % населения и характеризуются ростом заболеваемости в результате общего увеличения численности населения, глобального старения, увеличения заболеваемости сахарным диабетом [1]. Патогенез трофических язв при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей представляет собой стадийный процесс, который всегда включает в себя: иницирующие факторы образования, деструкция ткани и отторжение участка некроза на фоне замедления репарации [2].

Заживление трофических язв при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей характеризуется длительным течением восстановительных процессов и нередко сопровождается рецидивами [3]. Значительные нарушения регионарного кровоснабжения тканей и хроническое инфицирование патологического очага снижают эффективность раздельного применения разнообразных методик консервативного и хирургического лечения трофических язв ишемического происхождения. Рациональным путем лечения пациентов с ишемическими язвами конечностей может служить комбинирование современных хирургических методик, предусматривающих одновременную санацию изъязвленного участка со стимуляцией периферического кровообращения и репарации тканей [4].

Цель

Демонстрация случая лечения трофической язвы правой пятки у пациентки с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе областного центра по лечению синдрома диабетической стопы в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Методы исследования практические: наблюдение, описание, эксперимент.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами наблюдалась пациентка М., 1957 года рождения (63 года), поступившая 04.09.20 г. по направлению из поликлиники по месту жительства в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с диагнозом: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; хроническая артериальная недостаточность IIб стадии справа, Па стадии слева; трофическая язва правой пятки и некроз кожного лоскута правой пятки.

Из анамнеза известно, что четыре месяца назад пациентка получала консервативное и хирургическое лечение. Была произведена некрэктомия правой пятки с последующей аутодермопластикой свободным кожным лоскутом. Однако проводимое лечение не привело к улучшению периферического кровообращения и заживлению послеоперационной раны правой пятки.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на постоянные боли в правой пятке и в области трофической язвы правой пятки. Локально отмечалось, что правая стопа была теплая на ощупь, лодыжечно-плечевой индекс справа составлял 0,7. На правой пятке имелся некроз кожи размерами $8 \times 5 \times 2$ см., который являлся дном трофической язвы. При первичном осмотре пациентки пинцетом произведено отделение некротизированного кожного лоскута.

По данным УЗИ артерий нижних конечностей: справа сохранен коллатеральный кровоток артерий тыла стопы, берцовых артерий, подколенной артерии; имеются окклюзия поверхностной бедренной артерии, магистральный кровоток по глубокой бедренной артерии, общей бедренной артерии, наружной подвздошной и общей подвздошной артериям. Слева в артериях нижних конечностей сохранен магистральный кровоток.

На протяжении 5 дней пациентка получала курс инфузионной терапии вазоактивными препаратами (Актовегин), антибактериальные препараты (Цефтриаксон), антикоагулянты (Аспирин), анальгетики (Кеторол), а на трофическую язву правой пятки накладывали мажевые повязки с мазью «Меколь» для очищения и заживления изъязвленной поверхности. Однако эти мероприятия были неэффективными и было принято решение о необходимости хирургической санации. Посев из раны роста микрофлоры не дал.

В условиях операционной 09.09.20 г. выполнена некрэктомия подкожной клетчатки правой пяточной области до надкостницы правой пяточной кости. Дальнейшее лечение продолжилось консервативное: вазоактивные препараты (Пентоксифиллин, Актовегин), антибактериальные препараты (Цефтриаксон, Метронидазол), анальгетики (Кеторол), повязки с мазью «Меколь» на послеоперационную рану. Проводимое лечение на протяжении 10 дней оказалось малоэффективным. По краям раны появились островки грануляций, однако произошло прогрессирование некроза, подкожной клетчатки, надкостницы и правой пяточной кости.

18.09.20 г. пациентке произведен дебридмент правой пяточной области, некрэктомия подкожной клетчатки и выполнена резекция 1/3 пяточной кости с надкостницей. Дальнейшее лечение продолжилось консервативно: вазоактивные (Пентоксифиллин, Актовегин), антибактериальные препараты (Цефтриаксон, Метронидазол) и анальгетики (Кеторол). На послеоперационную рану с целью активного дренирования, усиления кровообращения и стимуляции роста грануляционной ткани посредством механизма раневой гипоксии с 19.09.20 г. применялась VAC-терапия с уровнем отрицательного давления в ране 110 мм рт. ст. Применялась зарегистрированная в Республике Беларусь

система вакуумной терапии ран WaterLily производства компании Eurosets (Италия). В качестве дренирующего материала в этой системе используется мягкая пенополиуретановая губка с размером пор 400–2000 мкм. Также обязательными компонентами системы являлись адгезивное пленочное покрытие, неспадающаяся дренажная трубка достаточной длины и источник вакуума, снабженный емкостью для сбора жидкости [5].

Проводимое лечение на протяжении 7 дней оказалось эффективным. В ране появились ярко розовые грануляции без патологического отделяемого. Размер раны уменьшился на 0,5–1 см. Принято решение о проведении аутодермопластики свободным кожным лоскутом трофической язвы правой пятки.

26.09.20 г. и 27.09.20 г. перевязки послеоперационной раны с мазью «Меколь», консервативная терапия вазоактивными (Актовегин) и антибактериальными препаратами (Цефтриаксон, Метронидазол).

28.09.20 г. выполнена хирургическая санация и произведена аутодермопластика свободным кожным лоскутом гранулирующей трофической язвы правой пятки.

Заключение

Таким образом, комбинирование методик стимуляции периферического кровообращения и репарации тканей обеспечивает благоприятные условия для появления грануляций и проведения аутодермопластики с целью успешного заживления трофических язв при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Консервативная терапия у больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Современные представления / В. М. Кошкин [и др.] // Медицинский совет. — 2015. — № 8. — С. 6–9.
2. Попков, О. В. Трофические язвы нижних конечностей: учеб.-метод. пособие / О. В. Попков, С. А. Алексеев, В. А. Гинюк. — М.: БГМУ, 2018. — 22 с.
3. Васютков, В. Я. Трофические язвы стопы и голени / В. Я. Васютков, Н. В. Проценко. — М.: Медицина, 1993. — 160 с.
4. Ларионов, А. А. Лечение трофических язв у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / А. А. Ларионов, М. Ю. Речкин, О. А. Кравчук // Гений ортопедии. — 2004. — № 3. — С. 68–69.
5. Часнойть, А. Ч. Вакуумная терапия ран с использованием генератора «WaterLily»: учеб.-метод. пособие / А. А. Ларионов, М. Ю. Речкин, О. А. Кравчук. — М.: БелМАПО, 2014. — 59 с.

УДК 616.147.3-002.44-003.9-08

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Дубровицк О. И., Мармыш Г. Г., Красницкая А. С., Жук Д. А.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Проблема лечения пациентов с трофическими язвами (ТЯ) при декомпенсированной стадии хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей до настоящего времени является одной из сложных социально-медицинских проблем и остается весьма актуальной, что связано со значительным количеством пациентов и явной тенденцией роста числа декомпенсированных форм заболевания [1]. По данным ВОЗ 20 % населения мира страдают хронический лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей. В Беларуси различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей страдают около 2,5–3 млн человек, в России — более 35млн. У 10–12 % пациентов осложнения варикозной болезни вызывают временную утрату трудоспособности, а