

5. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов ассоциация сердечно-сосудистых хирургов россии всероссийское научное общество кардиологов / Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты (Российский согласительный документ) // Москва. – 2011. – С. 9, 26-31.

УДК: 616.15-007.64:615.477.58

Г.А Комякевич, Н.В Шенец
ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПОВЯЗКИ УННА В
ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН
НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Беларусь

1-ая кафедра хирургических болезней.

H.A Komiakevich, N.V Shenets.
A MODIFIED UNNA DRESSINGS IN TREATMENT OF TROPHIC ULCERS
IN VARICOSE VEINS OF THE LOWER LIMB

EE "Grodno state medical University"

Grodno, Belarus

1st Department of surgical diseases.

Контактный e-mail: komyakevich95@mail.ru

Анотация: В работе изучалась эффективность модифицированной повязки Унна при лечении венозных трофических язв нижней конечности. В исследовании приняло участие 48 больных.

Annotation: in this work examined the effectiveness of the modified Unna dressings in the treatment of venous trophic ulcers of the lower extremity. 48 patients participated in the study.

Ключевые слова: трофическая язва, модифицированная, повязка, Унна.

Keywords: trophic ulcer, modified, bandage, Unna

Актуальность

Трофические язвы являются наиболее тяжелым осложнением ХВН нижних конечностей, с которым человечество столкнулось задолго до Рождества Христова.

Первое упоминание об этой проблеме встречается в Ветхом Завете (более 3000 лет до н.э.): "От подошвы ноги до темени головы нет у него здорового места; язвы, пятна, гноящиеся раны, неочищенные и необвязанные и несмягченные елеем" (Стих 6, Книга Пророка Исаяи).

Трофические язвы превратились в бич человечества с тех пор, как оно

приняло вертикальное положение[2]. Трофические язвы венозной этиологии составляют 52% от всех язв нижних конечностей, артериальные 14% , смешанные 13%, посттромбофлебитические 7% , посттравматические 6% , диабетические 5% , нейротрофические 1% , прочие 2%. [1]. Сначала Гиппократ, а затем и Авиценна описали прямую связь между возникновением на ногах язв и варикозных вен. Они считали, что "дьявольские соки" выходят из тела человека через трофические язвы.

Несмотря на многовековую историю, проблема трофических язв не только не утратила своего значения, но напротив, актуальность ее в современной медицине неуклонно возрастает. Как столетия сменяли друг друга, так и изменялись методы лечения. Сейчас в век инновационных технологий, не стоит забывать и о классических методах лечения. Известно, что одним из альтернативных методов лечения трофических язв, у больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей с противопоказанием к хирургическому лечению, является наложение компрессионного биндажа.

Самой известной разновидностью такого биндажа является цинк-желатиновая повязка - «сапожок» Унна [1]. Она получила широкое признание при лечении варикозных язв, хронических тромбофлебитов, ХВН. Ее изобрел выдающийся немецкий дерматолог Унна Пауль Герзон. Повязка изобретена более 100 лет назад, за это длительное время она претерпела ряд модификаций.

В классический состав цинк-желатиновой повязки входит дистиллированная вода – 200 мл, окись цинка – 50 г, желатин – 20 г, глицерин – 25 г.

Существует большое количество модификаций цинк-желатиновой пасты. Отличия заключаются в большем или меньшем количестве тех или иных ингредиентов, которые остаются неизменными. Кроме того, является оправданным применение различных модификаций пасты с учетом возраста пациента, особенностей течения заболевания, времени года, влажности и даже профессии.

Чижин Ион Моисеевич- профессор, специалист в области ортопедии и травматологии, усовершенствовал методику наложения повязки - тройной слой Унны и крепление пятки; предложил смачивать повязку сверху 1% раствором формалина.

Войтенко Андрей Павлович (ангиохирург) предложил следующий состав пасты: желатин -100,0, окись цинка -100,0, глицерин - 600,0, вода дистиллированная - 200,0 [3].

Немецкая компания «Paul Hartmann» выпустила готовую повязку Унна под торговым названием VAROLAST. VAROLAST - это бинт пропитанный цинковой массой (ширина 10 см, длина 5 м, 7 м, 10 м)

Цель исследования - изучение эффективности применения модифицированной цинк-желатиновой повязки для лечения венозных трофических язв нижней конечности.

Материалы и методы

На базе ГУ «1134 ВЦ ВС РБ» с 2008 по 20015г. пролечено 48 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложнившейся трофическими язвами мягких тканей, размерами от 3 до 7 см.

У всех больных был взят материал из трофической язвы для микробиологического исследования. Все раны были инфицированы в большей или меньшей степени. Всем пациентам проводилась первичная хирургическая обработка с некрэктомией.

С 2008г. по 2011г. (17 пациентов) применяли классическую повязку Унны, которую накладывали на 4-8 недель. В случае неполной эпителизации повязка накладывается вновь.

С 2011г. по 2015г. (31 пациент) использовали модифицированную Цинк-желатиновую повязку Унны.

В классический состав цинк-желатиновой повязки входит дистиллированная вода - 200мл, окись цинка - 50г, желатин - 20г, глицерин - 25г. Классическую повязку Унны накладывают на 4-8 недель [2]. Мы предлагаем использовать как альтернативный метод модифицированную цинк-желатиновую повязку Унны (состав повязки: желатин – 50 г., окись цинка – 50 г., раствор фурацилина 0,02% – 100мл, глицерин – 300 мл.) на область голени.

Перед наложением повязки должны соблюдаться следующие условия:

1. Некротизированные участки ткани удаляются, рана очищается до появления грануляций.

2. Больного укладывают в горизонтальное положение, ногу, на которую накладывается повязка Унна, приподнимают под углом 46–60° по отношению к горизонтальной плоскости на 15–20 мин., накладывать повязку при отеке мягких тканей нельзя.

3. Повязка накладывается от пальцев стоп до подколенной ямки.

4. Для обеспечения равномерной компрессии всех отделов стопы и голени окололодыжечные углубления целесообразно предварительно заполнить ватными тампонами, пропитанными пастой. Полость трофической язвы пломбируется тампоном с подогретой пастой. Пломба должна возвышаться над уровнем кожи на 5 мм.

5. Повязка делается разной толщины в зависимости от уровня: для стопы - 2 слоя; в зоне трофической язвы - 4-5 слоев; верхняя треть голени - 2-3 слоя.

6. Повязка не должна ограничивать сгибание конечности в коленном суставе.

Возможны два варианта наложения повязки: Первый вариант предполагает смазывание пастой кожи, а затем восходящее бинтование стопы и голени сухим бинтом с одновременным пропитыванием его пастой.

Второй вариант предполагает предварительное пропитывание бинта пастой.

Предпочтительнее последний вариант.

Длительность лечения 2 – 3 недели, затем рана осматривалась. После

снятия наблюдалась полная эпителизация язв. Повторных наложений повязки не понадобилось.

Результаты и их обсуждение

Критериями заживления язвы являлись прекращение промокания повязки, уменьшение отека конечности. Модифицированная повязка Унна снималась через 2-3 недели. После снятия наблюдалась полная эпителизация язв. Повторных наложений повязки не понадобилось.

Выводы:

Предложенная модификация классической повязки Унна значительно сокращает сроки заживления трофических язв, не ограничивает физическую активность пациента и незначительно влияет на качество жизни.

В жаркое время года, чтобы повязка была суше и тверже слегка увеличивается в составе количество цинка и желатина (чтобы повязка не размягчилась вокруг лодыжек и на стопе). Зимой, если повязка оказывается слишком сухой и твердой, в ней следует уменьшить содержание окиси цинка.

В отличие от воды, фурацилин обладает антимикробной активностью. Активен в отношении возбудителей анаэробной инфекции, грамположительных и грамотрицательных бактерий (стафилококков, стрептококков, дизентерийной палочки, палочки паратифа).

В присутствии гноя, сыворотки крови активность фурацилина не снижается, что очень важно, так повязка накладывается на длительный срок и, нет возможности контролировать процессы, происходящие под ней.

Повязка Унна позволяет длительное время поддерживать на физиологическом уровне водный и температурный баланс кожи, защищает регенерирующую поверхность от повреждений, инфекций.

Данная модификация проста в исполнении и может быть предложена для широкого использования.

Литература:

1. Дарабан Е. В. Готовые лекарственные средства. / Дарабан Е. В. // - Киев: Здоровье; Издание 4-е. 1975- 316с.
2. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей. / Е.М. Липницкий // – М.: Медицина, 2001. – 160 с.
3. Савельев В. С. Флебология: Руководство для врачей / В. С. Савельев, В.А. Гологорский, А. И. Кириенко и др.: Под ред. В.С. Савельева. // – М.6 Медицина,2001. – 664 с.

УДК 616.379-008.64

Р.А. Костромин, О.В. Киршина, А.В. Токарев
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В
СОЧЕТАНИИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Кафедра хирургических болезней