

**Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

На правах рукописи
УДК 616.381 – 002 + 616 – 08

Бейшеналиев Мамытбек Токтогулович

**Клинико-экспериментальное обоснование
лечения больных посттромботическим синдромом язвенной
формы**

14.00.27–хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Бишкек 2002

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии и в городской клинической больнице №1 г. Бишкек.

Научные руководители: доктор медицинских наук,
профессор Акматов Б.А.
доктор медицинских наук,
профессор Габитов В. Х.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор Рафибеков Д.С.
кандидат медицинских наук
Койлубаев А.К.

Ведущая организация: Новосибирская Государственная
медицинская академия

Защита диссертации состоится в 14⁰⁰ час «16»
01 2002 г. на заседании диссертационного совета
Д 14.02.192 при Национальном хирургическом центре МЗ КР
(720044, г. Бишкек, ул. 3-я линия, д.25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Национального хирургического центра Министерства
здравоохранения Кыргызской Республики

Автореферат разослан «9» У11 2002г

Ученый секретарь,
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

Сопуев А.А.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БЗЛ** - без лечения
- ПТС** - посттромботический синдром
- РЛЛСИ** - региональная лимфотропная терапия с применением сорбционно-аппликационного лечения СУМС-1 с имозимазой в сочетании с низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением.
- САИЛ** - сорбционно-аппликационный метод лечения на основе углеродо-минерального сорбента СУМС-1 с ферментативным препаратом имозимазой и применением низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения
- ТМЛ** - традиционный метод лечения

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Посттравматический синдром нижних конечностей относится к числу довольно распространенных заболеваний во всем мире, не имеющей пока тенденции к снижению и занимающей одно из первых мест в сосудистой патологии, на что указывают многие исследователи.

Особого внимания заслуживает язвенная форма ПТС, так как при нем требуется более длительное лечение, индивидуальный подход к его выбору, а результаты до сих пор не удовлетворяют ни больных, ни хирургов (А.В. Алексеенко и соавт., 1998; G. Weisel et al., 1998), в связи с частыми рецидивами после любого метода лечения.

Оперативное лечение больных ПТС язвенной формы дает сравнительно лучшие результаты, но оно возможно далеко не всем в связи с наличием противопоказаний, а иногда и отказом больных (П.И.Поляков и С.С.Трофименко, 1987; А.Н.Веденский и соавт., 1988; Н.В.Коваленко, 1988; А.В.Покровский и соавт., 1990; Н.И. Бойцов и соавт., 1997; G.L.Hyde et al., 1981; S. Afaheri et al., 1982; S. Perrin et al., 1994). Поэтому в тех случаях, когда хирургическое вмешательство невозможно, то основным методом лечения остается консервативное. И даже при осуществлении операции хорошие результаты можно получить лишь тогда, когда при этом используются в комплексе и консервативные методы (В.С. Савельев и соавт., 1987; В.Я. Золоторевский и соавт., 1992; А.М. Хохлов, 1993; С.И. Юмашов и соавт., 1996; P. Gulla et al., 1989; C. Marelli and G. Belcaro, 1994).

Как указывают Л.В. Поташов и соавт. (1985), Г.Д.Константинова и В.Б.Карташов (1986), а также М.Ф.Бородин и соавт. (1986), выздоровления удается достичь не более чем у 60-70% больных. Все это диктует необходимость поиска наиболее эффективных методов лечения.

В последние годы появились сообщения о развитии нового направления в хирургии клиническая лимфология. Применение региональной лимфостимуляции, при которой разработаны зоны введения лимфотропной смеси, воздействующей на различные органы и системы, оказывает детоксикационный эффект, способствует ликвидации воспалительного

процесса, усилению процессов регенерации и повышает иммунологическую защиту (С.У. Джумабаев, 1987, 1990, 1995; М.Г.Шевчук и соавт., 1989). А поскольку при ПТС язвенной формы имеет место замедление заживления язв и снижение защитных свойств, то использование этого метода, на наш взгляд, является перспективным. В литературе имеются лишь единичные сообщения о применении региональной лимфостимуляции и они основаны на небольшом клиническом материале (А.Я. Уринов и Э.А. Василевский, 1998). Причем эти сообщения касаются лишь эффективности лимфостимуляции как самостоятельного метода лечения, а применение его в комплексе с хирургическими методами в доступной нами литературе мы не обнаружили.

Также в литературе последних лет опубликованы работы о применении различных сорбентов в лечении гнойных ран (А.Л.Любинецкий 1986; М.С.Любарский и соавт., 1991-1999; А.А. Адамян и соавт., 1998; Т.М. Chang, 1980), которые по своим результатам значительно эффективнее многих антисептических препаратов и антибиотиков. Что же касается их использования в лечении ПТС, то в доступной нам литературе этих сведений мы не обнаружили. Все изложенное и явилось основанием для выполнения нашей работы.

Связь темы диссертации с крупными научными программами. Работа выполнена в рамках научноисследовательских работ Кыргызской Государственной медицинской академии по тематике, посвященной сорбционнодетоксикационной и лимфотропной терапии гнойных ран.

Цель работы: Обосновать в эксперименте и использовать в клинике комплексный метод лечения больных ПТС язвенной формы с применением региональной лимфотропной терапии в сочетании с аппликационносорбционным методом лечения сорбентом СУМС-1 и имозимазой и применением низкоинтенсивного лазерного излучения с целью улучшения результатов лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить в эксперименте возможность применения региональной лимфотропной терапии в сочетании с углеродоминеральным сорбентом СУМС-1 и имозимазой и низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением в лечении трофических язв.

2. Оценить эффективность использования комплексного метода лечения больных ПТС (региональная лимфотропно-антибактериальная терапия в сочетании с сорбентом СУМС-1 и новым ферментативным препаратом имозимазой и низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением).

3. Изучить особенности динамики регенераторных процессов у больных с язвенной формой ПТС при использовании предложенного метода лечения.

4. Провести сравнительный анализ традиционного метода лечения и предлагаемого комплексного подхода в лечении ПТС.

5. Обосновать целесообразность применения комплексного метода лечения ПТС в предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде, включающем региональную лимфотропную терапию, СУМС-1 с имозимазой, лазерное облучение.

Научная новизна полученных результатов:

❖ Впервые экспериментально обосновано применение региональной лимфотропной терапии в сочетании с углеродоминеральным сорбентом СУМС-1 и новым ферментативным препаратом имозимазой в комплексе с низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением в лечении ран.

❖ Показана эффективность применения комплексной терапии в лечении больных с ПТС язвенной формой.

❖ Проведен сравнительный анализ эффективности предложенной сочетанной методики по сравнению с существующими традиционными способами лечения ПТС.

Практическая значимость полученных результатов:

❖ Предложен способ лечения, основанный на проведении многокомпонентной аппликационно-сорбционной,

лимфотропной и лазерной терапии у больных с ПТС язвенной формы, позволяющий значительно улучшить результаты лечения;

❖ Разработанная методика многокомпонентной терапии существенно улучшает результаты оперативного и консервативного лечения больных с язвенной формой ПТС;

❖ Проведение аппликационно-сорбционной, ферментативной, лимфотропной и лазерной терапии способствует снижению гнойно-воспалительных осложнений у больных ПТС в послеоперационном периоде;

❖ Предложенный метод лечения сокращает сроки очищения язв нижних конечностей, ускоряет регенераторные процессы и, тем самым, уменьшает длительность пребывания больных в стационаре.

Экономическая значимость полученных результатов основывается на доказанной возможности получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов лечения за счет сокращения сроков лечения, снижения числа осложнений и более успешной реабилитации больных с ПТС язвенной формы.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Экспериментальными исследованиями обосновано применение региональной лимфостимуляции в сочетании с сорбентом СУМС-1, имозимазой и низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением в лечении трофических язв, что является основанием для лечения больных ПТС язвенной формы.

2. Предложенная методика многокомпонентной терапии, сочетающей аппликационно-сорбционный, лимфотропный и лазерный методы является патогенетически обоснованной и обеспечивает достаточную эффективность лечения больных язвенной формой ПТС.

3. Возможность улучшения результатов консервативного и оперативного лечения язвенной формы ПТС с применением комплексного метода лечения.

Личный вклад соискателя. Личный вклад автора диссертации охватывает все разделы общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, разработки новых способов лечения и большую часть клинического материала.

Апробация результатов исследования. Полученные результаты доложены на: II, III и IV международных конференциях молодых ученых (Бишкек, 1995, 1996, 1997гг.); совместном заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии КГМА и ГКБ №1 (2002г.); на заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (Бишкек, 2002г.); на экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при диссертационном совете Д.14.02.192 НХЦ МЗ КР (Бишкек, 2002г.).

Внедрение результатов исследования. Применение лимфостимуляции в сочетании с сорбентом СУМС-1, имози-мазой и лазерным излучением внедрено в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 и Кыргызской железнодорожной больнице г. Бишкек.

Основные положения диссертации включены в учебную программу лекций и практических занятий студентов 4-курса медицинской академии по теме: «Заболевания вен нижних конечностей и их лечение».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ и утверждено 3 рационализаторских предложения, в которых изложены все основные положения диссертации.

Структура и объем диссертации. Материалы диссертации изложены на 161 странице электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,0). Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 29 таблицами, 36 рисунками. Указатель литературы содержит 244

источника, в том числе 154 авторов ближнего и 90 дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика экспериментальных и клинических наблюдений методов исследования. В соответствии с поставленными задачами выполнено экспериментальное исследование на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии КГМА на 75 белых беспородных крысах обоего пола весом от 180 до 250 гр.

Обследование и лечение больных проводилось в клинике факультетской хирургии КГМА (база хирургических отделений городской клинической больницы ГКБ №1 г. Бишкек) с применением комплексного многокомпонентного метода лечения больных посттромботической болезнью язвенной формы. Исследуемый клинический материал содержит 125 больных, из них женщин – 92 (73,6%), мужчин – 33 (26,4%). Большинство больных были в возрасте старше 50 лет. Давность заболевания у многих составила более 10 лет. Причинами ПТС чаще всего были тромбофлебит, стоячая работа, частые беременности и тяжёлые роды. Правая нижняя конечность поражена была у 38,4% больных, левая - у 52% и обе конечности - у 9,6% больных.

При анализе результатов лечения больные были разделены на три группы: первая (49 человек) получала традиционное лечение; вторая (41 человек) лечение по разработанной нами методике и в третьей группе (35 человек) были выполнены операции. В третьей группе больные в дооперационном периоде получали консервативное лечение по разработанной нами методике, а после операции лазерное облечение.

Оценка состояния процесса заживления ран и эффективности их лечения проводилась на 2, 5, 10, 15 и 25 сутки от момента начала лечения.

Методы исследования. Определялись сроки отторжения гнойно-некротических масс, очищения раны, появления грануляции, состояния эпителизации и полного заживления раны (в сутках).

Цитологическое исследование язв осуществлялось путем подсчёта клеточных элементов по 200 клеток в поле зрения (окраска по Романовскому-Гимзе).

Для определения площади раны и быстроты ее заживления использовали методику Л.Н. Поповой (1942).

Проведено гистологическое исследование состояния регионарных лимфатических узлов конечности у экспериментальных животных. В качестве объекта исследования использовали правые подколенные лимфатические узлы.

Термометрия осуществлялась электротермометром ТПЭМ-1.

Определение рН язвы проводили универсальной индикаторной бумагой фирмы «Лакхема» (Чехия).

Лизоцимная активность сыворотки крови исследовалась по методике К.А.Каграмановой и З.В.Ермольевой (1966г.) с помощью специальной расчетной таблицы О.Б.Бухарина (1971г.).

Титр комплемента определялся по 100% гемолизу.

Количественное определение иммуноглобулинов выполнялось методом радиальной иммунодиффузии в геле по методу С. Manchini et al. (1965).

Капилляроскопия осуществлялась при помощи капилляроскопа М-70-А с увеличением в 30–70 раз. В качестве просветляющей среды применялось кедровое масло и в отраженном свете определялся фон, видимость, оттенки, сгусток сети, расположение сети капилляров, характер кровотока, окраска капилляров и скорость кровотока. Капилляроскопическое исследование проводили на обеих конечностях.

Коагулография выполнялась с помощью электрокоагулографа.

Допплерография производилась аппаратом VAZOSKON (Англия) для определения направления скорости кровотока и его графической регистрации, характера и уровня протяженности поражения вен нижних конечностей.

Флебография выполнялась по общепринятой методике введением контрастного вещества внутривенно.

Результаты исследования. Для реализации поставленной цели нами были выполнены эксперименты на 75 крысах. Животные были разделены на 4 группы в зависимости от примененного метода лечения: 1-я группа состояла из 15 интактных животных (без патологического воздействия); 2-я группа состояла из 15 животных, которым не применяли какого-либо лечения (БЗЛ); 3-я группа состояла из 15 животных с применением традиционного метода лечения и лазерного излучения (ТМЛ); 4-я группа состояла из 15 животных, которые получали сочетание лазерного излучения с местным с применением аппликационного метода лечения на основе углеродоминерального сорбента СУМС-1 с ферментом имозимазой и региональной лимфостимуляцией (САИЛ), 5 группа тоже состоявшая из 15 животных, получала комплексное лечение это введение лимфотропной смеси, применением СУМС-1 с имозимазой и с последующим использованием лазерного облучения (РЛЛСИ).

С целью создания язв у животных, помимо пересечения регионарных нервов, нами производилась перевязка длинных подкожных вен в дистальной и проксимальной их части. Тем самым мы создавали патогенетически вентропную рану. Экспериментальные раны нами моделировались на нижней трети правого бедра.

Об эффективности лечения судили по показателям периферической крови, цитограммам отпечатков ран, уменьшению площади язв в процессе лечения, рН язвы, срокам их очищения, появлению грануляции и эпителизации.

При анализе показателей периферической крови у животных было установлено, что в группе БЗЛ лишь на 15 сутки с момента возникновения язвы отмечено достоверное снижение уровня лейкоцитов, но их уровень все же не достигал нормы. В группе ТМЛ на 5 сутки наблюдалось снижение лейкоцитоза, но и на 15 сутки он оставался еще повышенным, подобная динамика наблюдалась и в группе САИЛ и лишь в группе, где животные получали комплексное лечение, к 15 суткам количество лейкоцитов снизилось почти до нормы.

Довольно показательна была и динамика градиента температуры язвы. Здесь в первой группе животных лишь на 15

сутки наблюдалось ее снижение, а в группе животных, получавших ТМЛ и САИЛ, на 10 сутки имело место достоверное ее снижение, а в группе РЛЛСИ - уже на 5 сутки отмечены положительные сдвиги. Подобная динамика была и при анализе рН язвы, где лишь в четвертой группе животных на 5 сутки с момента лечения имели место достоверные различия по отношению к исходным величинам.

Нами был проведен анализ цитогрaмм в зависимости от метода лечения и при этом было отмечено, что в процессе лечения достоверные положительные сдвиги были более выражены в четвертой группе, здесь более быстро шло снижение уровня нейтрофилов и появление фибробластов и макрофагов.

Нас также интересовала динамика размеров ран в процессе лечения в этих группах. При этом было установлено, что заживление ран было более заметным в 3-й и 4-й группах животных (рис.1). При использовании САИЛ на 10-е сутки площадь язвы уже составляла $56,4 \pm 2,82 \text{ мм}^2$, а в группе РЛЛСИ - $46,2 \pm 2,97 \text{ мм}^2$, а на 15 сутки она составила соответственно $36,6 \pm 2,23$ и $8,63 \pm 2 \text{ мм}^2$ и нужно отметить, что в 4-й группе к 20-м суткам язвы зажили, а в 3-й - площадь составила $12,56 \pm 2,25 \text{ мм}^2$.

Процессы очищения язвы, появление грануляций, эпителизация и заживление шли быстрее в 3-й и 4-й группах, что подтверждало эффективность разработанного метода лечения и необходимость его использования в клинике.

В процессе выполнения экспериментальных исследований, с целью выявления какое же влияние оказывают используемые нами методы лечения на морфофункциональное состояние лимфоузлов, мы исследовали подколенные лимфатические узлы на 3, 7 и 15 сутки с момента лечения.

При этом мы обращали внимание на объем капсулы лимфоузлов, паракортикальную зону, мозговое вещество и плотность клеток.

Гистологические исследования подколенных лимфатических узлов показали, что использование предложенного метода лечения ведет к постепенной нормализации морфофункционального состояния региональных узлов, менее выражена положительная динамика была в группе животных, получавших САИЛ.

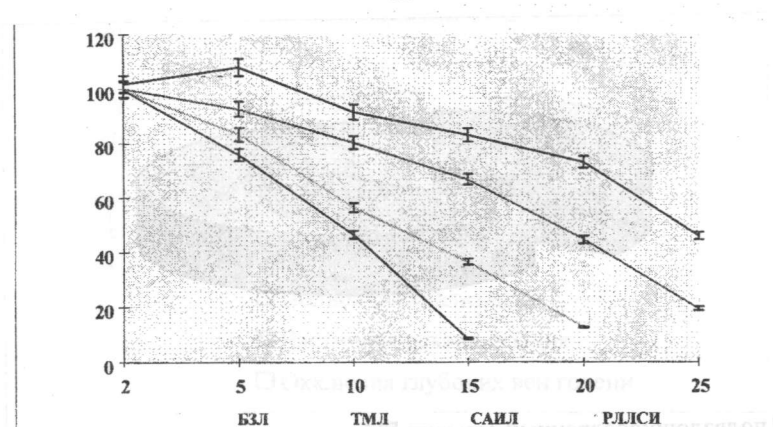


Рис.1. Динамика площади ран при различных методах лечения

Выполненные экспериментальные исследования показали, что наиболее выраженный эффект наблюдался в группе животных, которые получали разработанное нами лечение, здесь значительно быстрее очищались язвы, появлялись грануляции и быстрее наступало заживление язв. Результаты этих исследований явились основанием для использования этого метода в клинике.

Под наблюдением находилось 125 больных, страдавших ПТС язвенной формы, большинство из них были женщины с давностью заболевания более 10 лет и преимущественно в возрасте старше 50 лет, многие из них ранее лечились стационарно и амбулаторно.

Допплерографическое исследование выполнено у 74 больных. При этом было отмечено, что ретроградный кровоток подвздошно-бедренного сегмента имел место в 61,0 %, а бедренно-подколенного сегмента - в 39,0 % (рис 2).

Флебографическое исследование было выполнено у 84 больных (рис 3). При этом была выявлена полная реканализация у 42,86% больных, частичная 34,52 %, окклюзия глубоких вен голени у 22,62 % больных.



Рис.2. Результаты доплерографии (n - 74)

Одна группа больных (49 человек) получала традиционное лечение, которое включало новокаиновые блокады сосудисто-нервного пучка, местно использовались различные антисептические растворы, мази, широко применялось физиолечение, магнитотерапия, антикоагулянты непрямого действия.

В процессе лечения было установлено, что очищение язв шло довольно медленно ($14,1 \pm 1,12$ дней), появление грануляций наступало на $21,4 \pm 1,82$ сутки, эпителизация наступала в поздние сроки ($28,7 \pm 0,97$), а средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила $38,6 \pm 0,61$ к/дней. Следует отметить, что, несмотря на заживление язв после длительного медикаментозного лечения, к моменту выписки положительная динамика термометрии, капилляроскопии и иммунологических тестов была несущественной.

Что же касается показателей цитограмм язв, то лишь на 10-е сутки отмечено снижение уровня нейтрофилов и появление фибробластов. Площадь язв к 6-м суткам лечения уменьшилась лишь на 4,6%, а к концу лечения язвы, т.е. к 35 суткам, она составила 2014 ± 16 мм².

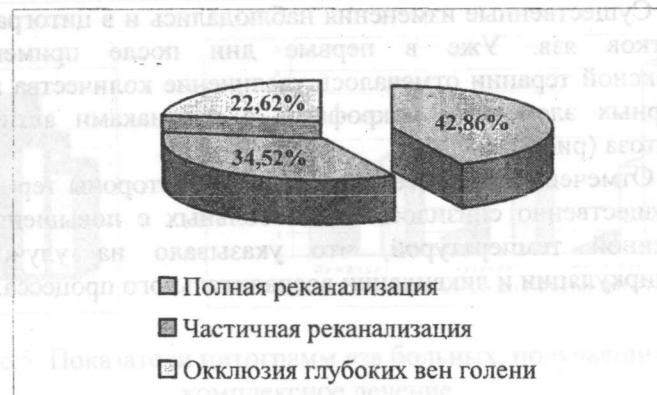


Рис.3. Результаты флебографии (n-84)

Во вторую группу вошел 41 человек, которым применялось предложенное нами лечение, оно включало региональное введение лимфотропной смеси. Его осуществляли чередуя точки введения в I межпальцевом промежутке стопы, на уровне средней трети голени и в паховой области (рац. предложение № 665 от 25.06.95). Чередование точек введения обеспечивало хорошее рассасывание смеси, ни у одного больного не обнаружено появления инфильтратов. Курс лечения составлял 6-8 инъекций. Одновременно с введением лимфотропной смеси на область язвы накладывались повязки с сорбентом СУМС-1 и имозимазой и после очищения язв подключали лазерное низкоинтенсивное облучение. Исходные показатели в этой группе не отличались от данных, полученных в группе больных, получавших традиционное лечение.

Исследуя и анализируя в процессе лечения показатели цитограмм язв, pH и площадь язвы, а также показатели коагулографии, термометрии, доплерографии, мы убедились в целесообразности использования этого комплекса лечения. Так, наблюдения за динамикой площади язв показало, что уже на 6-е сутки площадь язвы уменьшилась на 9,1%, а к 21-у дню наступила полная эпителизация язвы у 33-х больных. У остальных площадь язв составила 157525 мм², т.е. уменьшилась на 75,4% (рис 4).

Существенные изменения наблюдались и в цитограммах отпечатков язв. Уже в первые дни после применения комплексной терапии отмечалось увеличение количества мононуклеарных элементов, макрофагов с признаками активного фагоцитоза (рис 5).

Отмечены положительные сдвиги со стороны термометрии, существенно снизилось число больных с повышенной и пониженной температурой, что указывало на улучшение микроциркуляции и ликвидации воспалительного процесса.

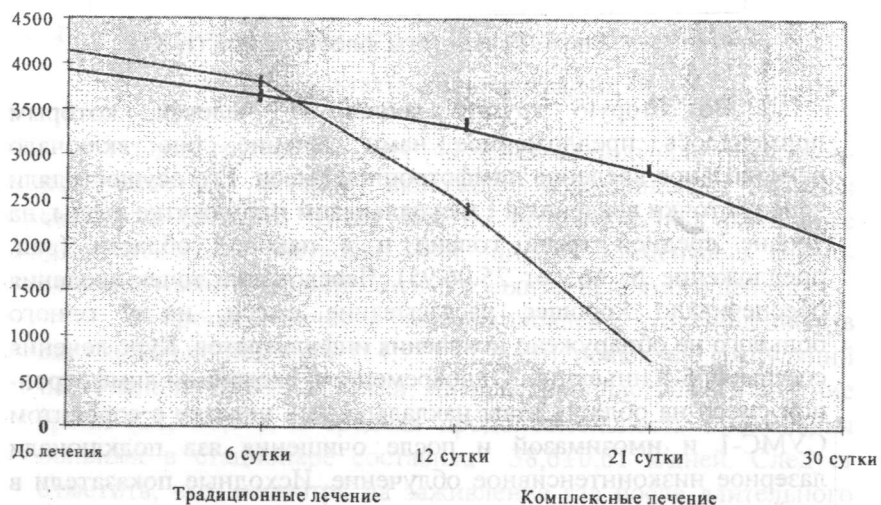


Рис.4. Динамика уменьшения площади язв у больных ПТС при различных методах лечения

Улучшились показатели коагулографии и иммунологической реактивности, повысился уровень Т-лимфоцитов ($48,6 \pm 1,17\%$ по сравнению с $43,4 \pm 1,2$ до лечения), снизился уровень содержания В-лимфоцитов ($15,4 \pm 1,7$ по сравнению с $19,7 \pm 1,4\%$), достоверно снизилось содержание G-иммунноглобулинов ($18,02 \pm 0,91$ по сравнению с $20,15 \pm 0,72$).

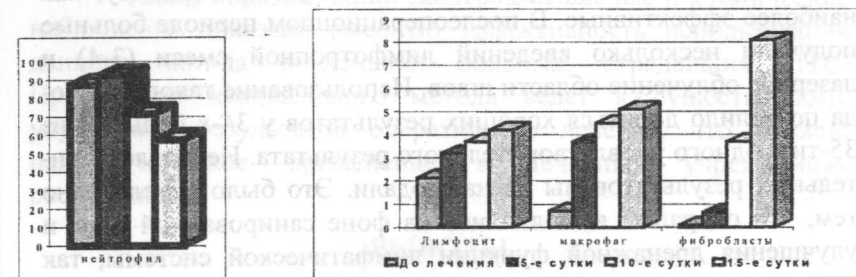


Рис.5. Показатели цитограмм язв больных, получавших комплексное лечение

Язвы очищались на 5-6 сутки, и в этой группе составило $6,0 \pm 0,91$ дней, а полное заживление наступало в основном на 16-18 сутки. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $18,4 \pm 0,91$ койко-дней, что значительно меньше, чем в группе больных, получавших традиционное лечение (рис 6).

К концу лечения заживление язвы отмечено у 33 больных из 41, язвы уменьшились в размере у 8 больных, исчезла зона мацерации и отек, язвы покрыты сухой корочкой. У всех больных улучшилось общее состояние.

Все это говорит о целесообразности использования данного метода лечения.

Этот метод с целью более кратковременной и эффективной предоперационной подготовки мы использовали и у больных, которым была выполнена операция. В этих случаях, при поступлении больного в стационар на язву накладывали повязку с СУМС-1 и имозимазой и начинали вводить лимфотропную смесь по нашей методике. В результате лечения, язвы очищались, после чего больным была произведена операция. Применение лимфотропной смеси и местно СУМС-1 с имозимазой способствовали быстрому очищению язв, в то время как при традиционном лечении этот процесс занимал более длительное время и больные вынуждены были более длительный срок находиться в стационаре до операции, либо операция производилась при наличии недостаточно санированной язвы, что являлось причиной осложнений в послеоперационном периоде.

Выполнялись операции по Линтону или Коккетту, как наиболее эффективные. В послеоперационном периоде больные получали несколько введений лимфотропной смеси (3-4) и лазерное облучение области швов. Использование такого подхода позволило добиться хороших результатов у 34-х больных из 35-ти и одного удовлетворительного результата. Неудовлетворительных результатов мы не наблюдали. Это было обусловлено тем, что операции выполнялись на фоне санированной язвы и улучшения дренажной функции лимфатической системы, так как нам удавалось ввести лимфотропную смесь 2-3 раза, а в послеоперационном периоде введение лимфотропной смеси и лазерное излучение способствовали ликвидации воспалительного процесса, повышению иммунологической защиты и улучшению микроциркуляции и реологических свойств крови. Применение, разработанной нами, методики региональной лимфостимуляции, сорбента СУМС-1 с имозимазой и лазерного излучения в предоперационном и послеоперационном периоде оказало существенное влияние на исход, поскольку мы воздействовали не только на венозную, но и на лимфатическую систему, которая так же страдает при язвенной форме ПТС. Неудовлетворительные результаты при традиционном и оперативном методе лечения обусловлены именно поражением лимфатической системы, а без воздействия на нее, особенно при язвенной форме ПТС, нельзя добиться хороших исходов.



Рис.6 Сроки очищения, появление грануляции, эпителизации и заживление язв при традиционном и комплексном лечении

Таким образом, наши экспериментальные и клинические наблюдения показали высокую эффективность использования данного метода в лечении больных, страдавших ПТС. Применение комплексного метода ведет к существенному улучшению результатов оперативного лечения, что должно найти широкое применение в лечебных учреждениях республики.

ВЫВОДЫ

1. Экспериментальные исследования показали целесообразность применения региональной лимфостимуляции, местно сорбента СУМС-1 с новым ферментным препаратом имозимазой и лазерным излучением в лечении трофических язв конечностей у животных.

2. При использовании комплексного метода лечения наблюдалась положительная динамика в цитограммах отпечатков язв, уменьшение ее площади, рН язвы, градиента температуры, что явилось основанием для применения данного метода в клинике.

3. Внедрение в клинику этого комплекса лечения больных ПТС язвенной формы существенно уменьшает сроки очищения язв, появление грануляций и эпителизаций, что способствует более быстрому их заживлению и сокращению сроков пребывания больных в стационаре по сравнению с группой больных, получавших традиционное лечение.

4. При использовании комплексного метода лечения у больных ПТС в цитограммах язв наблюдается нарастание количества мононуклеарных элементов, макрофагов с признаками активного фагоцитоза, нормализация температуры в исследуемых нами точках, положительная динамика со стороны площади язв, капилляроскопии и показателей иммунологической защиты.

5. Региональная лимфостимуляция в сочетании с сорбентом СУМС-1, имозимазой и лазерным излучением может применяться как самостоятельный метод в лечении больных ПТС язвенной формы, так и в комплексе с хирургическими вмешательствами.

6. Комплексный метод (региональная лимфостимуляция + СУМС-1 с имозимазой + лазерное излучение), примененный в предоперационной подготовке способствует быстрой санации язв, чем обеспечивает сокращение сроков подготовки, а использование региональной лимфостимуляции и лазерного излучения после операции предотвращает развитие осложнений и улучшает микроциркуляцию.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При ПТС язвенной формы необходимо использовать региональную лимфостимуляцию в сочетании с сорбентом СУМС-1, имозимазой и лазерным облучением.

2. Данную методику можно применять как самостоятельный метод лечения ПТС, а при наличии показаний к оперативному лечению, в качестве предоперационной подготовки и с целью профилактики осложнений после операции.

3. В качестве лимфотропной смеси целесообразно применять гентамицин (80мг), гепарин (2000ед.), химотрипсин (2,5мг) и новокаин (0,25%-4,0) и вводить их перманентно с интервалом 2-3 мин, чередуя место введения (первый межпальцевой промежуток, средняя треть голени и паховая область), а при снижении иммунологической защиты в лимфотропную смесь добавлять Т-активин (1,0).

4. В процессе лечения больных ПТС с целью оценки эффективности рекомендуем использовать показатели цитограмм раневого отделяемого, измерение площади язв и капилляроскопию, как наиболее информативные методы.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Хирургическое лечение варикозно-язвенной формы посттромбофлебитического синдрома // Актуальные вопросы современной медицины: материалы 2-ой международной конференции молодых ученых. - Бишкек, 1995. - С.29-30.

2. Лимфоиммуностимуляция в лечении воспалительных заболеваний нижних конечностей // Актуальные проблемы

клинической и экспериментальной хирургии. - Бишкек, 1995. - С.198-199. (соавт. Жолдошбеков Э.).

3. Сочетание региональной лимфостимуляции с СУМС-1 и применением лазера в лечении ПТФС // Актуальные вопросы современной медицины: материалы 5-й международной конференции молодых ученых. - Бишкек, 1996. - С.45-46.

4. Клеточный состав раневого отделяемого при комплексном лечении посттромбофлебитического синдрома. // Актуальные вопросы современной медицины: материалы 6-й международной конференции молодых ученых. - Бишкек, 1997. - С.58.

5. Морфометрические и морфофункциональные исследования регионального лимфатического узла при различных способах лечения язв. // Хирургия в условиях равноправия традиций. - Бишкек, 2000. - С.65-75.

6. Хирургическое лечение больных ПТФС варикозно-язвенной формы (обзор литературы) // Хирургия в условиях равноправия традиций. - Бишкек, 2000. - С.57-65.

7. Хирургическое лечение больных посттромбофлебитическим синдромом варикозно-язвенной формы // Медицина на стыке тысячелетий. - Бишкек, 2000. - С.672-678.

8. Течение раневого процесса при использовании сорбента СУМС-1 с имозимазой (экспериментальное исследование) // Хирургия в период экономических реформ. - Бишкек, 2001. - С.103-104.

9. Эффективность применения комплексного метода лечения трофических язв (экспериментальное исследование) // Хирургия в период экономических реформ. - Бишкек, 2001. - С.104-105.

10. Лечение больных посттромбофлебитическим синдромом варикозно-язвенной формы // Кыргызстан хирургиясы. - 2002. - №1. - С.42-45.

11. Состояние лимфатического узла при комплексном лечении ран (экспериментальное исследование) // В сборнике научных трудов КГМА, посвященной 65 летию профессора Б.А. Аматава. Бишкек, 2002.-с 33-35.

РЕЗЮМЕ

диссертации Бейшеналиева Мамытбека Токтогуловича на тему: «Клинико- экспериментальное обоснование лечения больных посттромботическим синдромом язвенной формы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27.-хирургия.

В работе представлены результаты экспериментальных исследований, выполненных на 75 животных. Обосновано лечение трофических язв с применением региональной лимфостимуляции, сорбента СУМС-1 и имозимазой и последующим лазерным излучением. Полученные результаты явились основанием для внедрения в клинику этого комплекса для лечения больных с посттромботическим синдромом язвенной формы (125 больных).

Метод был использован в качестве самостоятельного, а также в предоперационной подготовке больных и после операции. В оценке эффективности комплексного метода использованы цитологическое исследование язв, рН-метрия раневого отделяемого, термометрия, капилляроскопия, коагулография и показатели иммунобиологической реактивности.

Обследование больных в динамике показало целесообразность применения этого комплекса. Существенно снизились сроки очищения язв, появления грануляции, сократилось время стационарного лечения.

Работа изложена на 161 страницах компьютерного набора, иллюстрирована 29 таблицами, 36 рисунками. Указатель литературы содержит 244 литературных источников из них 154 работ авторов ближнего и 90 дальнего зарубежья.

РЕЗЮМЕ

Бейшеналиев Мамытбек Токтогуловичтин медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына ээ болуу үчүн сунуш кылган «Постромботикалык синдром язвалык формаси клиникалык-эксперименталдык изилдөнүн комплекстүү даарылоонун натыйжалуулугу» 14.00.27.-хирургия.

Илимий ишинде 75 жаныбарга жүргүзүлгөн эксперименталдык изилдөөнүн натыйжалары келтирилген. Илимий эмгекте трофикалык язваларды кийинчерээк, инфратүстүү лазердик кактоо жолу аркылуу СУМС-1 сорбенти жана жаңы ферметаттик препарат имозимаз менен айкалышта регионалдык лимфоиммуностимуляциялоону колдонуу менен даарылоонун комплекстүү ыкмасы илимий жактан негиздөөгө ээ болгон.

Бул ыкма даарылоо жайларында постромботикалык синдром язвалык формасындагы ооруга чалдыккан адамдарды (125 оорукчан адамды) даарылоо үчүн колдонууга шарт түзгөн. Ал ошондой эле, өз алдынча даарылоодо, оорулууларды операцияларга даярдоо жана операциядан кийин көзөмөлгө алууда да пайдаланылган. Комплекстүү ыкманын натыйжалуулугуна баа берүү катары язванын температура-сынын градиенттерин, капилляроскопиялык, коагулографиялык, иммунобиологиялык, рН-язвалык катмарды, язванын өлчөмүн жана жараттардын ордуларынын цитологиясын аныктоого мүмкүндүк ачкандыгын белгилеп кетүү зарыл.

Ушул ыкма менен дарыланган оорлуулардын абалын иликтеп берүү, бул комплексти пайдалануунун натыйжалуулугун айкын касиети. Анткени, язванын тазалануу, грануляциянын пайда болушу жана стационардык дарылануу мезгил аралыгы олуттуу кыскарган.

Илимий иш компьютердик терүүдөгү 161 беттен турат, анда 29 таблица, 36 чийме камтылган. Колдонулган адабияттар 244, коңшулаш өлкөдөгү авторлорунун 154 эмгеги, ал эми алыскы чет өлкөлөрдүн авторлорунун 90 илимий иши пайдаланылган.

ANNOTATION

**Mamytbek Toktogulovich Beishenaliev «The basis
Clinical-experimental posttrombotic syndrome of ulcerous form»
The dissertration of the application for Ph.D. thesis of medical
sciences 14.00.27. -surgery**

Experimental investigations' results were given in this research work and they were carried out on 75 animals. He gave prove of treatment of trophic ulcer using regional lymphoadjuvants in combination with sorbent CYMC-1 and subsequent IR laser illumination. Results of such treatment became base for introduction of such integrated method of treatment in clinics to treat patients with posttrombotic syndrome of ulcerous form (125 patients). This method was used as an original treatment during preoperative preparation of patients as well as after the operation.

The marks of wound, pH of wound secretion, thermometry, capillaryscopy, kaogulargraphy and indicators of the immunobiological reactivity were used to evaluate the effectiveness of such integrated method.

Posttest examination of patients showed practicability of application of such method. Terms to purge wounds as well as for granulation of wounds were significantly decreased which resulted in decrease of inpatient treatment.

The research work is written on 161 pages. It contains 29 tables, 36 pictures. Literature index consists of scientific resources used for this work which quotes works of 244 scientists from CIS countries 154 and 90 scientists from Non-CIS countries.

Түбкү 100, Зарка №1801 28.11.03
Бүткүл сүтүктөрү 1, 2, 7-сүтүктөрү аркылуу

Мининг университетинин ИИИИ, ул. Н. Абдыраманов
150026 г. Бишкек, дүйнө бөлүмү 38
Тел: 22-82-82

E-mail: mamek@iitn.n