КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ДЕРИНАТ СОВМЕСТНО С ВЕССЕЛ ДУЭ Ф

COMPLEX TREATMENT OF TROPHIC ULTRASONS OF THE LOWER LIMBS OF VENOUS GENESIS USING THE DRUG DERINAT TOGETHER WITH VESSEL DUE F

Конева Маргарита Ильдаровна, студентка ФГБОУ ВО «ИГМА»

Ватолина Анастасия Алексеевна, студентка ФГБОУ ВО «ИГМА»

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО «ИГМА», город Ижевск

Киршин Андрей Анатольевич, сердечно-сосудистый хирург БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» город Ижевск

Koneva Margarita Ildarovna, student of FGBOU VO "IGMA"

Vatolina Anastasia Alekseevna, student of the FSBEI HE "IGMA"

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "IGMA", Izhevsk

Kirshin Andrey Anatolyevich, cardiovascular surgeon BUZ UR "RKDC MH UR", Izhevsk

Аннотация

В статье описаны результаты терапии двух исследуемых групп, одна из которых была поделена на три подгруппы. Лечение первой подгруппы включало прием Вессел Дуэ Ф с местным применением Дерината на фоне стандартной терапии, второй- эндолимфатическое применение Дерината и прием Вессел Дуэ Ф, а для третьей подгруппы лечение было комбинированное: местное и

эндолимфатическое применение Дерината и прием Вессел Дуэ Ф. Основная группа пациентов получала стандартную терапию варикозной болезни вен нижних конечностей.

Annotation

The article describes the results of the therapy of two study groups, one of which was divided into three subgroups. Treatment of the first subgroup included Wessel Doue F with local Derinat application against the background of standard therapy, the second - endolymphatic Derinat and Wessel Doue F, and for the third subgroup the treatment was combined: local and endolymphatic Derinat and Wessel Doue F. The main group of patients received standard therapy for varicose veins of the lower extremities.

Ключевые слова: варикозная болезнь, трофические язвы, вены нижних конечностей

Key words: varicose veins, trophic ulcers, veins of the lower extremities

Варикозная болезнь вен нижних конечностей- достаточно распространенное заболевание многих стран. Только в России диагноз поставлен уже более 35 млн человек, из них 15% имеют декомпенсированные формы с трофическими расстройствами, в их числе и язвы. Венозные язвы остаются важной социально-экономической проблемой медицинского интереса, если учитывать распространенность, заболеваемость и что немаловажно- затраты на медицинское обслуживание. [1] Если говорить об инвалидизации, то она составляет 30%, а еще 60% пациентов испытывают постоянные боли, судороги, отмечают отеки и трофические язвы. Заживление трофических язв после 4 месяцев консервативного лечения происходит лишь у 50 % пациентов. У 20% не заживают язвы в течение двух лет, у 5% они остаются открытыми в течение пяти лет.[2]

Следует сказать, что консервативное лечение ХВН малоэффективно, дорого и требует длительного приема лекарственных препаратов, а также ношения компрессионного белья. Однако при применении адекватных хирургических методов коррекции венозного оттока нижней конечности чаще

всего удается устранить не только явления хронической венозной недостаточности, но и трофические расстройства. [3]Особенно остро встает вопрос консервативного лечения у пациентов, оперативные вмешательства которых сопряжены с достаточно высоким риском гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, ведь таких пациентов также необходимо готовить к радикальной оперативной терапии. [4]

В настоящее время в арсенал хирургов входят новые, но малоизвестные методы терапии: фотодинамическая терапия, NO-терапия, в том числе эндолимфатические методы лекарственной терапии с применением препаратов. [5]

Высокоперспективными из них являются Деринат и Вессел Дуэ Ф. Результаты их использования в клинической практике врачей утверждают высокую эффективность препаратов как антиоксидантов, иммуномодуляторов и стимуляторов репаративных процессов. К примеру, Деринат использовался местно при терапии ожогов и гнойничковых поражений кожи и впоследствии показал хорошие результаты, ведь он ускоряет динамику эпителизации. А Вессел Дуэ Ф использовался для уменьшения таких проявлений, как чувство тяжести в ногах, отек, боль, парастезии, крампи, а применение Вессел Дуэ Ф в дальнейшем способствовало уменьшению венозного давления и теперь Общество Сосудистых Хирургов и Американский Венозный Форум рекомендуют его в дополнение к компрессионной терапии.[6]

Наш опыт показывает, что Деринат имеет очень большой лечебный потенциал, что, очевидно, связано с его способностью проникать пиноцитозом без нарушения целостности мембран, стимулируя метаболизм и репаративные процессы. Поэтому он способен поддерживать восстановление и дифференцировку клеток кожи.[7]

Вессел Дуэ Ф в свою очередь естественный компонент эндотельального гликокаликса, который долгое время используется для лечения венозной и артериальной патологии. Он обладает антитромботической и профибринолитической активностью, а также способен восстанавливать

функцию эндотелия, что объясняет эффективность препарата в лечении ХЗВ и венозных трофических язв.[8]

Нами проанализированы результаты терапии 240 пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей за период с 2019 по 2021 г. Мужчин среди них было 110, а женщин 130. Возраст больных варьировал от 35 до 79 лет, в среднем 57 лет. Локализованы были язвенные дефекты в области медиальной лодыжки и нижней трети голени. Площадь дефекта составляла от 1 см² до 125 см², в среднем же 51,2 ± 27,3 см².

Собственно варикозная болезнь выявлялась у 44%, а посттромбофлебитическая у 27%. Смешанные формы- наличие варикозной болезни и посттромбофлебитической,- отмечались у 29% пациентов.

Предоперационным этапом комплексного лечения у всех групп пациентов была консервативная терапия трофических язв. На данном этапе ставились задачи: хирургическая коррекция хронической венозной недостаточности и разобщение патологического венозного рефлюкса. Консервативное лечение в свою очередь предполагало ускорение смены фаз гнойного процесса в трофической язве и сокращение сроков предоперационной подготовки пациентов.

Следующим этапом пациентов разделили на две группы: основную и контрольную. В основную группу были включены 129 человек, в лечении которых применялся Деринат и Вессел Дуэ Ф на фоне стандартных методов терапии. В контрольную группу было включено 111 пациентов, терапия которых проводилась по стандартной общепринятой схеме. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, сопутствующими заболеваниями и степени выраженности расстройств микроциркуляции.

Проводилось стандартное медикаментозное лечение контрольной группы, проводилась ультразвуковая обработка, лазерное и ультрафиолетовое облучение, озонирование язвы. Далее, в зависимости от фазы воспалительного процесса накладывали повязки с ферментными препаратами или антибактериальными водорастворимыми мазями.

Пациенты основной группы были разделены на три подгруппы в зависимости от проводимой терапии.

В первую подгруппу основной группы входили 28 человек, лечение которых включало Вессел Дуэ Ф, а также местное применение иммобилизированного Дерината на фоне стандартного медикаментозного лечения. Производился во время перевязки туалет трофической язвы, обработка ее физическими и химическими методами с дальнейшей аппликацией повязки с иммобилизованным препаратом Деринат на 72 часа. Количество перевязок насчитывало от 3 до 10.

Во второй подгруппе было 24 больных, которые получали лечение, включающее эндолимфатическое применение Дерината на фоне стандартного медикаментозного лечения и Вессел Дуэ Ф. После обработки кожи иглой для подкожных инъекций производили пункцию лимфатического узла, в который вводили 5 мл 1,5 % раствора Дерината при температуре 35-37 со скоростью 0,4 мл/мин. Длительность введения препарата составила 10 минут. Эндолимфатическое введение Дерината проводилось от 3 до 5 раз каждые 48 часов.

Третью подгруппу составили 88 человек, которые получали местную терапию Дериватом, иммобилизованным на салфетках Колетекс, в сочетании с эндолимфатическим введением Дерината и применением Вессел Дуэ Ф на фоне стандартного медикаментозного лечения.

Деление основной группы на подгруппы соответствовало принципам статистической достоверности. Всем пациентам основной и контрольной групп проводилось комплексное исследование, которое включало клинические, инструментальные и лабораторные методы данного исследования.

При анализе результатов терапии пациентов контрольной группы выяснилось, что динамика изменений клинических показателей в целом соответствовала обычному течению гнойно-некротического процесса. Заживление язв наступало в среднем на 40-е сутки, а длительность лечения в стационаре в среднем составила 36 суток.

У пациентов первой подгруппы основной подгруппы отмечалась положительная динамика в показателях регионарной микроциркуляции и степени гидратации тканей краев язвы. Как и предполагалось, значения микроциркуляции достаточно отличались от таковых в контрольной группе. Были отмечены изменения таких показателей, как площадь язвы, бактериальная обсемененность, время полного заживления. Следует также отметить, что продолжительность лечения в стационаре данной группы больных сократилась в 1,2 раза.

Таким образом, в результате исследования выяснилось, что местное применение иммобилизированного на текстильном носителе препарата Деринат ускоряет процесс очищения раневой поверхности от гнойно-некротического детрита и микробной флоры, процесс фагоцитоза, нормализует регионарную микроциркуляцию, уменьшает воспалительную инфильтрацию и ускоряет образование и созревание грануляционной ткани и эпителизации язв. В то же время Вессел Дуэ Ф у данной исследуемой группы способствовал значительно быстрому заживлению язв, а также было продемонстрировано снижение уровня фибриногена. В свою очередь, эндолимфатическое применение Дерината в результате исследования привело к активизации фагоцитарного звена иммунитета, стимуляции Т-клеточного иммунитета, чему морфологически сопутствует ускорение смены фаз раневого процесса, созревания грануляционной ткани и эпителизации язв. Следовательно, можно утверждать, что сочетание двух методик и совместное применение Вессел Дуэ Ф на фоне стандартной терапии является эффективным методом лечения пациентов с данной патологией.

Был также разработан и третий метод комплексной терапии больных с венозными трофическими язвами, который включал как местное, так и эндолимфатическое применение Дерината совместно с Вессел Дуэ Ф на фоне стандартной терапии, который использовался при лечении 87 больных.

Исследования показали, что лучшим терапевтическим эффектом, показавшим положительную динамику клинических показателей у больных с

трофическими язвами венозной этиологии, обладала терапия третьей подгруппы основной группы. Здесь наиболее ярко были выражены изменения показателей регионарной микроциркуляции. Продолжительность полного заживления язв сократилась уже в 1,35 раз, что превосходит результат первой и второй подгрупп. Общая продолжительность стационарного лечения уменьшилась в 1,46 раз.

Таким образом, обобщая итоги проведенного исследования, делаем вывод: Деринат совместно с Вессел Дуэ Ф оказывает выраженное стимулирующее воздействие на процессы очищения и эпителизации трофических язв венозного генеза, улучшение регионарной и местной микроциркуляции, то есть значительно ускоряя процесс заживления венозных трофических язв. Совместное применение данных препаратов существенно ускоряет эпителизацию язв и сокращает длительность стационарного пребывания пациентов, вдобавок следует сказать, что наиболее выраженный эффект наблюдается при местном, эндолимфатическом применении Деринат вкупе с Вессел Дуэ Ф. Вессел Дуэ Ф в свою очередь играет большую роль, уменьшая такие проявления болезни, как чувство тяжести в ногах, парастезии, отек, боль, крампи. Его использование сопровождалось уменьшением венозного давления, а данная величина оценивалась с помощью допплерографии. Он также обладает профибринолитическим и антитромботическим действием.

Наши исследования предоставляют к рекомендации в клиническую практику разработанный метод комплексного лечения трофических язв венозного генеза, который включает совместное применение препаратов Деринат (местно и эндолимфатически) и Вессел Дуэ Ф. Эта методика рассматривается в качестве предоперационной подготовки перед хирургической коррекцией хронической венозной недостаточности или как самостоятельная терапия при наличии противопоказаний или отказа больного от операции.

Список литературы:

1. Амбулаторная ангиология. Руководство для врачей под ред. А.И. Кириенко, В.М. Кошкина, В.Ю. Богачева. М., Литтерра, 2007.
2. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. Л., Медицина, 1983, 207с.

3. Золотухин И.А. Алгоритм лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Consilium–medicum.-2005.-Т.07, №6.
4. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей. М., Медицина, 2001, 160с.
5. Чуриков Д.А., Кириенко А.И. Ультразвуковая диагностика болезней вен. М., Литтерра, 2006
6. Богачев В.Ю., Росуховский Д.А., Борсук Д.А., Шонов О.А., Манджикян О.П., Лобастов К.В. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению С1-клинического класса хронических заболеваний вен (ретикулярный варикоз и телеангиэктазии). Амбулаторная хирургия. 2020;(3-4):140-206. doi: 10.21518/1995-1477-2020-3-4-140-206
7. Стяжкина С.Н. Роль наследственности и активной физической деятельности в развитии варикозной болезни нижних конечностей(клинический случай)/ С.Н. Стяжкина, М.Р. Янборисова, Т.Э. Яйцева // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст. по материалам LIV Международной научно- практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы». – № 1(54). – М., Изд. «Интернаука», 2018.
8. Киршин А. А., Киршин А. А., Стяжкина С. Н., Сидорова А. А., Газизов Д. В. Коррекция патофизиологической гемодинамики у больных с посттромбофлебитической болезнью нижних конечностей в стадии трофических расстройств // Colloquium-journal. 2019. №12 (36).

Literature

1. Outpatient angiology. A guide for physicians, ed. A.I. Kirienko, V.M. Koshkina, V.Yu. Bogacheva. M., Litterra, 2007.
2. Vedensky A.N. Varicose veins. L., Medicine, 1983, 207s.
3. Zolotukhin I.A. Algorithm for the treatment of chronic venous insufficiency of the lower extremities // Consilium-medicum.-2005.-T.07, No. 6.
4. Lipnitsky E.M. Treatment of trophic ulcers of the lower extremities. M., Medicine, 2001, 160s.

5. Churikov D.A., Kirienko A.I. Ultrasound diagnostics of venous diseases. M., Litterra, 2006
6. Bogachev V.Yu., Rosukhovsky D.A., Borsuk D.A., Shonov O.A., Mandzhikyan O.P., Lobastov K.V. and other Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of C1-clinical class of chronic venous diseases (reticular varicose veins and telangiectasia). Outpatient surgery. 2020; (3-4): 140-206. doi: 10.21518 / 1995-1477-2020-3-4-140-206
7. Styazhkina S.N. The role of heredity and vigorous physical activity in the development of varicose veins of the lower extremities (clinical case). / S.N. Styazhkina, M.R. Yanborisova, T.E. Yaytseva // Young Researcher: Challenges and Prospects: Collection of articles. Art. based on the materials of the LIV International Scientific and Practical Conference "Young Researcher: Challenges and Prospects". - No. 1 (54). - M., Ed. Internauka, 2018.
8. Kirshin A. A., Kirshin A. A., Styazhkina S. N., Sidorova A. A., Gazizov D. V. Correction of pathophysiological hemodynamics in patients with post-thrombophlebitic disease of the lower extremities at the stage of trophic disorders// Colloquium-journal 2019. No. 12 (36).