

ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кобза Т.І., Трутяк Р.І., Мельник А.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Лікування трофічних виразок є складною проблемою. Метою дослідження було визначити клінічну ефективність застосування 4,2% розчину аргініну та пентоксифіліну при трофічних виразках нижніх кінцівок різного генезу. З березня по липень 2012 року у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні проліковано 48 хворих із трофічними виразками на нижніх кінцівках. Артеріальна патологія, яка ускладнилася розвитком трофічної виразки, була у 15 (31,2%), венозна – у 26 (54,2%), а у 7 (14,6%) поєднання обох патологій. Пацієнтів було розділено на дві групи: перша – проводили терапію 4,2% розчином аргініну та пентоксифіліном протягом десяти днів (26 (54,1%)), друга – хворі отримували стандартну терапію (22 (45,9%)). Визначали ознаки запалення, за допомогою візуальних шкал наочності оцінювали силу болю та вимірювали площу виразкової поверхні на першій, 10-й, 20 та 30-й день після поступлення хворих у стаціонар. Середній термін загоєння у першій групі склав 21 день, у другій – 26 днів. Фаза ексудації в середньому склала 3,2 доби та протягом 4,1 доби відповідно. Протягом 10 днів у першій групі показник загоєння склав 37%, у контрольній групі – 26%. Швидкість загоєння у дослідній групі склала 5,8% площі на день, у другій групі – 4,1% площі. Використання досліджуваної медикаментозної комбінації дозволяє прискорити загоєння трофічних виразок різного генезу та покращити їх локальний статус.

Ключові слова: трофічні виразки, лікування.

Вступ. Лікування трофічних виразок являє собою складну хірургічну проблему, якою світова медицина займається не одну тисячу років [1]. Хронічними виразками нижніх кінцівок називають виразки, що не гояться більше 6 місяців [2]. Ця патологія відома із давніх часів. Ще у далекому 400 році до н.е. Гіппократ писав: «Коли пацієнт має трофічну виразку, не доцільно зберігати кінцівку, тим паче, коли виразка на гоміліці» (Adams E.F. The genuine works of Hippocrates. London; Sydenham Press; 1849). У Великій Британії щороку витрачають 300–400 мільйони фунтів стерлінгів на лікування даної патології [3]. Проблема лікування трофічних виразок різної етіології досі зберігає актуальність, незважаючи на розвиток сучасної медицини [4]. Трофічні виразки являють собою реальну загрозу багатьом аспектам якості життя людей. За останні десятиріччя відзначається тенденція до збільшення хворих з означеною патологією. Захворюваність складає 0,2–0,35% на рік [3]. Трофічні виразки характеризуються малою тенденцією до загоєння і тривалим рецидивним перебігом, що призводить до стійкої інвалідності хворих. Трофічні виразки гомілки трапляються у 1–2% працездатного населення, а в групі пенсійного віку їх частота може зростати до 34% [5].

Результати лікування трофічних виразок нижніх кінцівок, особливо при поєднаному артеріо- венозному ураженні навіть при застосуванні активної хірургічної тактики, котра направлена на корекцію порушення кровообігу, дотепер залишаються незадовільними. У більшості випадків успіхом вважається зняття запального процесу, зменшення ексудації, зняття больового синдрому [6].

Метою дослідження було визначити клінічну ефективність застосування 4,2% розчину аргініну та пентоксифіліну при трофічних виразках нижніх кінцівках різного генезу.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

З березня по липень 2012 року у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні проліковано 48 хворих із трофічними виразками на нижніх кінцівках. Чоловіків було 27, жінок – 21. Середній вік склав 65,4 років. Перед госпіталізацією всім хворим, окрім загальноприйнятих лабораторних та інструментальних досліджень, для визначення причин трофічних виразок проводили ультразвукову доплерографію яку виконували на ультразвуковому апараті моделі SonoScape SSI-1000 за допомогою датчиків 3–5 та 7–14 МГц.

Причинами розвитку виразок були атеросклероз артерій нижніх кінцівок, облітеруючий ендартерейт, варикозна хвороба вен, посттромбофлебетичний синдром та поєднання вищезазначених патологій. Відповідно, артеріальна патологія, яка ускладнилася розвитком трофічної виразки, спостерігалась у 15 (31,2%), венозна – 26 (54,2%). 7 (14,6%) пацієнтів мали поєднання артеріальної та венозної патології. Серед супутньої патології, окрім цукрового діабету (15 хворих, що склало 31,2%), найчастіше була ішемічна хвороба різного ступеня тяжкості із серцевою патологією I–II ст. (38 спостережень – 79,2%), гіпертонічна хвороба серця 31 (64,6%), надмірна вага тіла 22 (45,8%).

Тривалість трофічних виразок у хворих становила від 2 до 16 місяців до поступлення у стаціонар. Тільки 30 пацієнтів (62,5%) із всієї вибірки проходили із перемінним успіхом лікування виразок нижніх кінцівок у різних хірургічних стаціонарах. Виразки локалізувалися на правій гомілці у 21 (43,7%) пацієнтів, на лівій у – 23 (47,9%). У 4 (8,4%) випадках трофіка була на обох ногах. Середня площа ураження становила 144 мм^2 25 (52%) пацієнтів мали ознаки запалення уражених поверхонь.

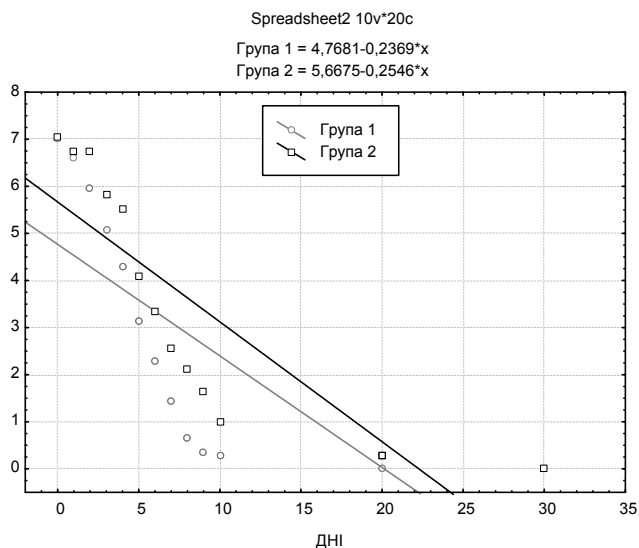
Пацієнтів було розділено на дві групи. До першої групи ввійшли пацієнти, яким проводили терапію 4,2% розчином аргініну та пентоксифіліном протягом десяти днів – 26 (54,1%). До другої пацієнти, які отримували стандартну терапію, – 22 (45,9%). В обох групах також призначали антибіотики широкого спектра дії для усунення інфекційного чинника на уражених поверхнях. Проводили щоденні перев'язки та, за необхідності, висікали некротичні тканини. За статтю, віком та власне рановим процесом дані групи були схожими. Визначали наявність ознак запалення, за допомогою візуальних шкал наочності, оцінювали силу болю та вимірювали площу виразкової поверхні при поступленні хворих протягом 10 днів, на 20-й та 30-й день після поступлення в стаціонар. У першій групі 24 (92,3%) пацієнтів, а в другій 20 (90,9%) спостерігалися протягом 30-денного періоду дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У обох групах був ряд додаткових причин, які погіршували локальний стан. Окрім вищезгаданих порушень кровообігу шкірних покривів та інфекційного чинника, вік, шкірний натяг на гомілках, набряк, некротичні тканини також є факторами, які погіршують загоювання трофічних виразок.

Етіологія пролікованих пацієнтів із трофічними виразками набула подібності із даними інших досліджень. Більшість пацієнтів була старшого віку, що також відповідає світовим тенденціям. Усі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні протягом 12 ± 2 койко-днів. Пацієнтам проводили посів мазків із ранових поверхонь. У 17 (35,4%) було висіяно у 6 (12,5%) випадків – *S. Aureus*, *P. Aeruginosa*, у 3 (6,3%) інша мікрофлора, у 6 (12,5%) патогенної мікрофлори висіяно не було і у 16 (33,3%) посів не було проведено. При поступленні характер больового синдрому був інтенсивнішим у пацієнтів із артеріальною патологією в поєднанні із венозними ураженнями в обох групах, дещо менша інтенсивність була у пацієнтів виключно з артеріальною патологією.

Динаміку скарг на біль, який спостерігався внаслідок трофічних змін шкіри у двох порівнювальних груп, зображено на графіку:



Оскільки у переважній більшості хворих були явища запалення, то окрім антибіотикотерапії, виконували щоденні перев'язки із застосуванням антисептиків. Ознаки запалення регресували до 7-ї доби у пацієнтів обох груп. Динаміка спостерігалася практично однакова і залежала від величини ураженої поверхні та складності локального стану при поступленні в стаціонар.

У всіх пацієнтів вдалося досягти загоєння виразок. Середній термін загоєння у групі, в якій використовували L-аргінін із пентоксифіліном, склав 21 день. У контрольній групі цей показник був вищий і склав

26 днів. Фаза ексудації у дослідній групі склала 3,2 доби, у другій групі вона тривала в середньому протягом 4,1 доби. Більш виражена різниця між групами спостерігалась у фазі грануляції – 5,8 днів тривала у пацієнтів, у яких використовували L-аргінін, у другій групі – 7,3 дня. Відповідно епітелізація в середньому наступала на 8,7 доби у пацієнтів дослідної групи, а серед хворих контрольної групи третя фаза наступала на 12,1 доби.

Протягом перших десяти днів у першій групі середній показник загоєння виразок склав 37%. У порівнянні в контрольній групі даний показник був нижчим і склав 26%. При наступних спостереженнях швидкість загоєння у дослідній групі в середньому склав 5,8% на день. У другій групі на день виразки гоїлися на 4,1% площі.

Обговорення. Вазопресорні речовини, які виділяються ішемізованою тканиною, поглиблюють дисфункцію ендотелію. Загальновідомо, що L-аргінін є субстратом NO-синтетази, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах, який у свою чергу є потужним вазодилататором. Він чинить мембраностабілізуючу, антиоксидантну та дезінтоксикаційну активність. [7].

Пентоксифілін покращує загоєння трофічних виразок як із компресією, так і без компресії. Причому для досягнення терапевтичного вікна досить 7–19 днів. Його дія спричиняє підвищення властивостей деформації еритроцитів, знижує в'язкість плазми та агрегації тромбоцитів і відповідно знижує тромбоутворення [8].

Трофічні виразки можуть розвиватися внаслідок захворювань вен – посттромбофлебітичного синдрому, варикозного розширення вен та захворювань артерій облітеруючого ендартеріїту, атеросклерозу. Основним моментом у патогенезі трофічних виразок є різке зниження кровообігу у мікроциркуляторному руслі. Часто такий стан пацієнтів ускладнюється цукровим діабетом. Варикозно-трофічні виразки зазвичай великі за розміром і глибокі. Атеросклеротичні виразки виникають у літніх людей у нижній третині гомілки, на стопі, мають невеликі розміри, овальну чи округлу форму, краї виразки щільні, нерівні, грануляції в'ялі, бліді. У хірургічній практиці частіше за все бувають трофічні виразки, які зумовлені хронічною венозною або (та) артеріальною недостатністю.

ВИСНОВОК

Використання L-аргініну та латрену на фоні стандартної медикаментозної терапії дозволяє прискорити загоєння трофічних виразок різного генезу та покращити їх локальний статус.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мишалов В.Г. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В.Г. Мишалов, Н.Ю. Литвинова // Серце і судини. 2010; № 4: 28–37.
2. Medicina (Kaunas) 2004; 40(5) Treatment of the leg ulcers by skin grafting Vytautas Jankynas, Rytis Rimdeika, Loreta Pilipaitytė p. 429–433.
3. O'Brien J.F., et al. Prevalence and ethiology of leg ulcers in Ireland. Ir J. Med. Sci. 2010; 169(2): 110–2.
4. Папондопуло А.Г., Слипченко И.О. Эффективность использования дермы при подготовке трофических язв к аутодермопластике // Клінічна хірургія. 2004; № 11–12: 88.
5. Howard D.P. The role of superficial venous surgery in the management of venous ulcers: a systematic review / D.P. Howard, A. Howard, A. Kothary et al. // Eur J. Vasc Endovasc Surg. 2008; № 36(4): 458–465.
6. Михальський В.В. Результаты комплексной терапии у больных с облитерирующими заболеваниями периферических артерий в стадии критической ишемии / В.В. Михальський, С.В. Горюнов, А.А. Ульянина и др. // РМЖ. 2008; № 4: 12–15.
7. Chatterjee A., Cfravas J.D. Endothelial oxide and its pathophysiologic regulation. Vascuol Pharmacol. 2008; 49(4–6): 134–140.
8. Brevis M. Towards an evidenced package of care for venous for venous ulceration / M. Brevis, J.J. Earnshaw // Phlebology. 2012; № 27: 45–47.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кобза Т.И., Грутяк Р.И., Мельник А.П.

Резюме. Лечение трофических язв является сложной проблемой. Целью исследования было определить клиническую эффективность применения 4,2% раствора аргинина и пентоксифиллина при трофических язвах нижних конечностях различного генеза. С марта по июль 2012 года в отделении сосудистой хирургии Львовской областной клинической больницы пролечено 48 больных с трофическими язвами на нижних конечностях. Артериальная патология, которая осложнилась развитием трофической язвы, была у 15 (31,2%), венозная – 26 (54,2%), а у 7 (14,6%) сочетание обеих патологий. Пациенты разделены на две группы: первая – проводили терапию 4,2% раствором аргинина и пентоксифиллином в течение десяти дней (26 (54,1%)), вторая – больные получали стандартную терапию (22 (45,9%)). Определяли признаки воспаления, с помощью визуальных шкал наглядности оценивали силу боли

и измеряли площадь язвенной поверхности на первый, 10-й, 20-й и 30-й день после поступления в стационар. Средний срок заживления в первой группе составил 21 день, во второй – 26 дней. Фаза экссудации в среднем составила 3,2 суток и в течение 4,1 суток соответственно. 10 дней в первой группе показатель заживления составил 37%, в контрольной группе – 26%. Скорость заживления в опытной группе составила 5,8% площади в день, во второй группе – 4,1% площади. Использование исследуемой медикаментозной комбинации позволяет ускорить заживление трофических язв различного генеза и улучшить их локальный статус.

Ключевые слова: трофические язвы, лечение.

TREATMENT OF TROPHIC ULCERS OF LOWER EXTREMITIES OF VARIOUS ETIOLOGY

Kobza T., Trutyak R., Melen A.

Summary. Treatment of the trophic ulcers is a complex issue. Aim of the research was to define the clinical efficiency of using 4,2% solution of L-arginine and Pentoxifylline to treat trophic ulcers of the lower extremities of various causation. From March till July 2012 at the Department of Vascular Surgery of the Lviv Municipal Clinical Hospital were treated 48 patients with trophic ulcers of the lower extremities. 15 patients (31,2%) suffered from an arterial pathology, that was complicated by a trophic ulcer development, 26 (54,2%) patients – from the venous pathology and 7 (14,6%) patients suffered from both. The patients were divided into two groups: the first one was put on 4,2% solution of L-arginine and Pentoxifylline for ten days (26 (54,1%)), the second one got the regular treatment (22(45,9%)). The signs of inflammation were determined, the level of pain was estimated using visual analogue scales, the ulcerated area was measured on the first, 10th, 20th and 30th day after checking into the hospital. A mean healing period in the first group was 21 day, in the second one – 26 days. The mean exudation phase consisted of 3,2 days and 4,1 days respectively. During 10 days the healing rate in the first group made 37%, in the control group – 26%. The healing velocity was 5,8% of the area per day in the first group and 4,1% in the second group. The use of the researched medicamental combination enables acceleration of healing of trophic ulcers of various causation and enhancement of its local state.

Keywords: trophic ulcers, treatment.

Адреса для листування:

Трутяк Ігор Романович – доктор медичних наук, доцент кафедри травматології, ортопедії та хірургії надзвичайних станів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

79071, м. Львів, вул. Симоненка 11, кв. 112

Тел. моб. (068) 501-33-84

E-mail: ihortrutyak@yahoo.com