

На правах рукописи

КАРПЫШЕВ ДМИТРИЙ СЕРГЕЕВИЧ

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.01.17 - хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2014

Работа выполнена в ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Научный руководитель:

Мазайшвили Константин Витальевич, доктор медицинских наук, доцент.

Официальные оппоненты:

Шиманко Александр Ильич, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», профессор кафедры хирургии;

Соловьев Иван Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры военно-морской и общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Ведущая организация:

ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко МО РФ».

Защита состоится « 07 » ноября 2014 г. в 14:00 часов на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, ученой степени доктора наук Д 208.123.01 при ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова» (105203, Москва, Нижняя Первомайская, 70).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ИУВ ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова» (105203, Москва, Нижняя Первомайская, 65) и на сайте www.pirogov-center.ru.

Автореферат разослан «21» июля 2014г.

Учёный секретарь совета по защите
диссертаций на соискание ученой степени
кандидата наук, ученой степени доктора наук
доктор медицинских наук, профессор

Матвеев С.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы:

Лечение больных с трофическими язвами нижних конечностей представляет собой одну из актуальных и сложных проблем. Медицинская и социальная значимость проблемы связана с широким распространением данной патологии, высоким уровнем инвалидизации, длительным сроком лечения и склонностью к рецидивам трофических язв.

Трофические язвы являются наиболее частым осложнением хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей и встречаются у лиц пожилого возраста в 4-5% [В.С. Савельев и др., 2001; Ю.Л. Шевченко, 2013]. В Российской Федерации не менее 3 миллионов человек страдают трофическими язвами венозной этиологии [М.В. Ларинов и др., 2004].

Трофические язвы являются не только причиной бытовых неудобств, нередко пациенты испытывают боль в язве, страх перед активными физическими нагрузками, боязнь травмировать область ранее зажившей трофической язвы, данные обстоятельства значительно снижают качество жизни больных [Л.И. Богданец, 2010].

Трофические язвы нижних конечностей являются наиболее тяжелой формой проявления хронических заболеваний вен нижних конечностей (ХЗВНК) и составляют 52% всех язв нижних конечностей [P.Franks, 1995; J.Nafner, 1999].

Для лечения венозных трофических язв (ВТЯ) предложено большое количество оперативных вмешательств на поверхностных, перфорантных и глубоких венах, однако результаты лечения до сих пор не могут удовлетворить ни пациентов, ни хирургов. Наибольшие споры вызывают возможности хирургического вмешательства у пациентов с открытой трофической язвой голени, а также у больных с посттромбофлебитической болезнью (ПТБ) после заживления язвенного дефекта [И.Н. Гришин, 2005]. Лечение ВТЯ у пожилых больных при сниженных репаративных процессах и склонности к рецидивированию, как правило длительное, многовариантное и не всегда

единственно верное, что зачастую приводит к нерациональным экономическим затратам. При этом имеют место не только затраты медицинского характера, но и реальные экономические потери общества за счет исключения из производства лиц, ухаживающих за данной группой больных [В.С. Савельев и др., 2001; Ю.Л. Шевченко, 2013; J.Bergan, 2006]. Учитывая вышеизложенное, можно заключить, что лечение ВТЯ у лиц пожилого и старческого возраста представляет собой актуальную медицинскую и значимую социальную проблему общества [А.В. Гавриленко, 2011]. Увеличение количества больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, высоким риском хирургического вмешательства диктует необходимость применения малоинвазивных методов лечения в амбулаторно-поликлинической службе.

Таким образом, данные обстоятельства обусловили необходимость проведения исследований в этом направлении.

Цель исследования:

Улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ в амбулаторных условиях.

Задачи исследования:

1. Выявить взаимосвязь между анатомо-физиологическими особенностями венозной сети нижних конечностей и наличием ВТЯ у больных пожилого и старческого возраста.
2. Определить значимость медикаментозного лечения больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ препаратом на основе кверцетина.
3. Определить значимость раневых покрытий на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки в лечении больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ.
4. Разработать оптимальную лечебную тактику при лечении больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ в амбулаторных условиях.

Научная новизна:

1. Выявлена взаимосвязь между анатомо-физиологическими особенностями венозной сети нижних конечностей и наличием ВТЯ.
2. На основании изучения клиники, результатов ультразвукового ангиосканирования (УЗАС), анатомо-физиологических и возрастных особенностей организма разработаны тактические подходы к лечению больных с ВТЯ.
3. Определена значимость раневых покрытий на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки в лечении больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ.
4. Определена значимость медикаментозной терапии препаратом на основе кверцетина в лечении больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ.
5. Выбрана оптимальная лечебная тактика при лечении больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ в амбулаторных условиях.

Практическая значимость:

При анализе результатов УЗАС показана частота встречаемости ВТЯ при разных анатомо-физиологических особенностях венозной системы, что, в свою очередь, дает возможность прогнозировать исход хронических заболеваний вен нижних конечностей (ХЗВНК) в ВТЯ и заблаговременно, с согласия пациента, прибегать к активной хирургической тактике до наступления пожилого и старческого возраста. Оптимизировано амбулаторное лечение ВТЯ у больных пожилого и старческого возраста, показана практическая значимость консервативного лечения и ограниченность применения хирургической тактики ввиду ряда противопоказаний. Показана эффективность применения раневых покрытий на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки. Изучено влияние медикаментозной терапии препаратом на основе кверцетина и его значение в коррекции отеочного синдрома при ВТЯ.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. ВТЯ чаще всего возникают у пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен голени в анамнезе и имеющих патологические перфорантные вены в нижней трети голени. При других анатомо-физиологических особенностях вен нижних конечностей ВТЯ встречаются реже.

2. Раневые покрытия на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки, а также медикаментозная терапия препаратами на основе кверцетина эффективны в лечении больных преклонного возраста с ВТЯ в амбулаторных условиях.

3. При лечении пациентов геронтологического профиля с ВТЯ по причине множественной сопутствующей патологии и клинических особенностей заболевания стоит отдавать предпочтение консервативной тактике.

Апробация и реализация результатов исследования:

Результаты работы внедрены в клиническую практику НМХЦ им. Н.И.Пирогова и Центральной поликлиники ФСБ России. Материалы диссертации обсуждались на Российской научно-практической конференции Междисциплинарные аспекты дерматовенерологии, косметологии и эстетической гинекологии с международным участием (Москва, 2013); XVI Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (Санкт-Петербург, 2013); XXVIII Международной конференции российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (Новосибирск, 2013); Международном научно-практическом конгрессе, посвященном 40-летию со дня основания в Институте хирургии им. А.В.Вишневского отдела ран и раневых инфекций (Москва, 2013); X научно-практическая конференция ассоциации флебологов России (Н.Новгород, 2014).

Объём и структура диссертации:

Диссертация выполнена на 98 листах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав (включая обзор литературы и результаты собственных

исследований), заключения, выводов и практических рекомендаций. Указатель литературы представлен 135 отечественными и иностранными источниками.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Характеристика клинического материала.

В настоящей работе представлен опыт лечения больных с ВТЯ с применением раневых покрытий на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки, а также оценена степень влияния препарата на основе кверцетина на отечный синдром нижних конечностей при ХЗВНК СЕАР С-6. В исследование было включено 104 пациента. Среди них 55 мужчин, 49 женщин. Причинами проявлений ВТЯ стали: варикозная болезнь - 33 человека, ПТБ - 61 человек. Рецидив варикозной болезни - 10 человек. Амбулаторная хирургическая помощь осуществлялась на базе Центральной поликлиники ФСБ России и НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Все обследуемые пациенты были пожилого и старческого возраста. Средний возраст обследуемых больных составил $81,03 \pm 0,61$ (минимум - 71 год, максимум - 92 года). Средний возраст мужчин - $81,81 \pm 0,75$ (минимум - 73 года, максимум - 92 года). Средний возраст наблюдавшихся женщин - $80 \pm 0,89$ (минимум - 71 год, максимум - 91 год). У всех 104 исследуемых больных в анамнезе ХЗВНК от 7 до 55 лет, среди пациентов наличие ВТЯ отмечалось от 3 месяцев до 11 лет, что захватывало возрастную критерий пожилого и старческого возраста.

Критериями исключения из исследования стала сопутствующая патология в виде сахарного диабета и облитерирующего атеросклероза нижних конечностей с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК). Все пациенты в обязательном порядке проходили осмотр другими специалистами в объеме плановой диспансеризации и получали фармакологическую терапию по поводу сопутствующей патологии.

Методы исследования венозных трофических язв.

1. Ультразвуковое ангиосканирование:

Методика УЗАС вен нижних конечностей не отличалась от общепринятой. Эта методика исследования применялась для оценки состояния венозного русла, в частности, определения проходимости вен и оценки функции их клапанного аппарата. Целью УЗАС была верификация диагноза, получение информации о внутрисосудистых включениях, диаметре сосуда, толщине его стенки, выявление причины рефлюкса и установление точной локализации перфорантных вен и их состоятельности.

УЗАС позволяло решить следующие задачи:

1. Оценка проходимости глубоких вен.
2. Устранение рефлюкса в системе глубоких и поверхностных вен.
3. Неинвазивная визуализация анатомии венозной сети.
4. Определение состояния артерий нижних конечностей.

УЗАС, являясь неинвазивным и непродолжительным по времени методом исследования, было оптимально для применения у лиц пожилого и старческого возраста.

2. Планиметрическое исследование:

Для оценки скорости заживления ВТЯ использовался планиметрический метод исследования. На цифровой фотоаппарат производилась съемка язвенного дефекта с приложенной к нему линейкой. В последующем высчитывалась площадь раневой поверхности в первый день начала лечения, через 3 недели и спустя 6 недель. Данный вид исследования информативен и прост в применении, что делает его удобным для динамической оценки результатов.

Подсчет скорости уменьшения площади язвенного дефекта производился по формуле (1):

$$DS = \frac{(S - S_n)}{S \times t} * 100\%, \quad (1)$$

где DS – процент уменьшения площади язвы;

S – площадь язвы в начале лечения, см^2 ;

S_n – площадь язвы при повторном измерении, см^2 ;

t – временной промежуток между первым и последующим измерениями (неделя).

3. Легометрическое исследование:

Отечный синдром является одним из основных неотъемлемых проявлений ХВН, который неблагоприятно влияет на заживление ВТЯ. Уменьшение отека на фоне проводимой терапии определяет эффективность лечения и влияет на течение репаративных процессов. В связи с этим оценивалась динамика отека отечного синдрома путем измерения маллеолярного объема (окружности голени) с помощью устройства "легометр".

Окружность голени измеряли с обеих сторон строго на 2 см выше лодыжек после 10 минутного пребывания пациента в горизонтальном положении. Легометрия производилась каждому исследуемому пациенту в первый день от начала лечения, спустя 6 и 12 недель. Исследование объема голени на одном и том же уровне позволило оценивать эффективность проводимого лечения в динамике.

Подсчет скорости уменьшения показателей маллеолярного объема производился по формуле (2):

$$MS = \frac{(S - S_n)}{S \times t} * 100\%, \quad (2)$$

где MS - процент уменьшения маллеолярного объема;

S – длина окружности нижней трети голени в начале лечения, см;

S_n – длина окружности нижней трети голени при повторном измерении, см;

t – временной промежуток между первым и последующим измерениями (неделя).

4. Статистическая обработка материала:

Статистическая обработка полученных цифровых результатов проводилась при помощи парного критерия Т-Вилкоксона. Данный критерий применялся для оценки различий экспериментальных данных, полученных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых. Настоящий критерий позволял выявить не только направленность изменений, но и их выраженность, устанавливая насколько сдвиг показателей в одном направлении является более интенсивным, чем в другом.

Методы комплексного лечения венозных трофических язв.

1. Применение раневых покрытий:

Все обследуемые пациенты получали комплексную консервативную терапию. Первоочередной задачей являлось закрытие язвенного дефекта, а в последующем проводились мероприятия, направленные на профилактику рецидива и устранение патологического процесса.

Применяемые раневые покрытия имели следующие характеристики. Раневое покрытие на основе альгината Ca^{2+} – повязка из натуральных кальциево-альгинатных волокон, полученных из коричневых водорослей. Данное раневое покрытие использовалось в виде тампонов в фазе экссудации и грануляции.

Раневое покрытие на основе полиуретановой пленки - полупроницаемое прозрачное перфорированное пленочное покрытие - использовалось в качестве фиксирующей повязки. Данное покрытие дополнительно создавало в ране влажную среду, способствующую заживлению, препятствовало проникновению жидкостей и микроорганизмов в рану извне, не нарушая при этом тепло- и газообмен, что также благоприятно сказывалось на состоянии раны.

Всем пациентам так же выполнялась эластическая компрессия бинтами короткой и средней степени растяжимости.

2. Применение медикаментозной терапии:

Фармакотерапия является неотъемлемым компонентом консервативного лечения декомпенсированных форм ХВН. Одним из флеботропных средств является биофлавоноид кверцетин он содержится в экстракте из красных листьев винограда.

Подбор пациентов для исследования осуществлялся при помощи метода адаптивной рандомизации, который помогал поддерживать равное число пациентов в группах. В начале лечения пациенты распределялись равновероятно. В последующем перед тем как определить, к какой группе отнести очередного пациента, оценивалась численность групп пациентов, уже набранных к данному моменту. Исследуемый препарат назначали по 0,36г 2 раза в день в 14.00 и 18.00 перед приемом пищи на протяжении 12 недель. В исследовании принимали участие пациенты с ВТЯ: в группе № 1 (50 человек) применялся препарат на основе кверцетина, в группе № 2 (50 человек) ангиотропная терапия не проводилась. Характеристика групп и результаты медикаментозного и местного лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика групп и результаты медикаментозного и местного лечения пациентов с трофическими язвами.

Группы	Основная группа (50 человек)		Контрольная группа (50 человек)	
	Раневые покрытия + кверцетин		Раневые покрытия	
Лечение				
пол	М (29 человек)	Ж (21 человека)	М (23 человека)	Ж (27 человек)
возраст	81±9,2	79,5±9,1	82,5±9,3	79,1±9,1
ХЗВНК СЕАР С-6	29	21	23	27
Уменьшение длины окружности к 12-неделе лечения (%)	8,3±3,5		4,7±2,8	
Уменьшение площади язвы к 6-неделе лечения (%)	65,2±29,6		55,4±32,2	

Помимо вышеуказанного лечения всем пациентам выполнялась эластическая компрессия нижних конечностей, а также проводилось лечение сопутствующих заболеваний.

3. Применение склеротерапии:

Выполнено флебосклерозирование 18 перфорантных вен у 9 пациентов.

Пункционная склеротерапия перфорантных вен нижних конечностей под ультразвуковым контролем выполнялась с использованием техники foam-form, заключающейся во вспенивании склерозанта с помощью специального приспособления. Эта методика позволяла эффективно применять растворы меньшей концентрации и увеличивать экспозицию склерозанта в сосуде, тем самым, уменьшался риск возникновения возможных побочных реакций при получении наилучших результатов. Для облитерации вен использовался 1% раствор натрия тетрацилсульфата (рисунок 1).

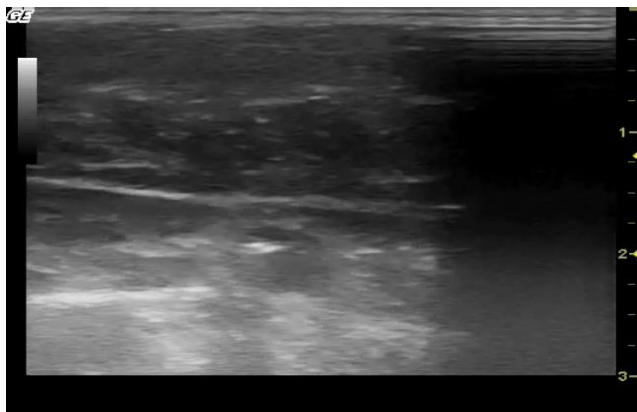


Рисунок 1. Эхосклеротерапия надлодыжечной вены-перфоранта.

Местных и общих осложнений на введение препарата отмечено не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Всем пациентам основной и контрольной группы в процессе лечения проводились подробные клинические исследования. Результаты лечения больных оценивались по показателям динамики изменения площади язвенного дефекта, результатам легOMETрического исследования, данным полученным в ходе УЗАС.

1. Оценка взаимосвязи анатомо-физиологического строения венозной сети нижних конечностей и наличием трофических язв:

УЗАС выполнялось всем исследуемым пациентам (n=104). Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты исследования УЗАС.

Окклюзия				Рефлюкс		
Глубокие вены голени	Глубокие вены бедра	Большая подкожная вена	Малая подкожная вена	Большая подкожная вена	Малая подкожная вена	Перфорантные вены
31	25	4	1	8	5	30
29,8%	24%	3,8%	1,1%	7,7%	4,8%	28,8%

Результаты УЗАС показывают, что ВТЯ чаще развиваются при окклюзивных изменениях глубоких вен голени - 31 (29,8%) и 25 (24%) глубоких вен бедра - всего 56 (53,8%) пациентов, что составляет более половины от общего числа больных. Окклюзивные изменения в большой подкожной вене (БПВ) 4 (3,8%) и малой подкожной вене (МПВ) 1 (1,1%) были у незначительного количества пациентов и в сумме составили 5 (4,8%) человек.

Патологический венозный рефлюкс БПВ имелся у 8 (7,7%) человек и МПВ у 5 (4,8%) человек, что в сумме составило 13(12,5%) пациентов от всего числа исследуемых.

Расширенные надлодыжечные вены перфоранты с рефлюксом имелись у 30 (28,8%) человек.

2. Результаты медикаментозного лечения трофических язв:

В ходе исследования были получены результаты измерения длины окружности голени у всех пациентов основной группы. Измерения проводились на голени с ВТЯ на протяжении всего курса терапии кверцетином (до лечения, на 6 и 12 неделях), а также на нижней конечности, не имеющей трофическую язву. Данные результаты позволили определить средний процент уменьшения отека в основной группе к дате проведения измерений, а также средний процент остаточного отека голени с ВТЯ к концу лечения.

Динамика уменьшения отека голени на 6 и 12 неделе лечения (рисунок 2).

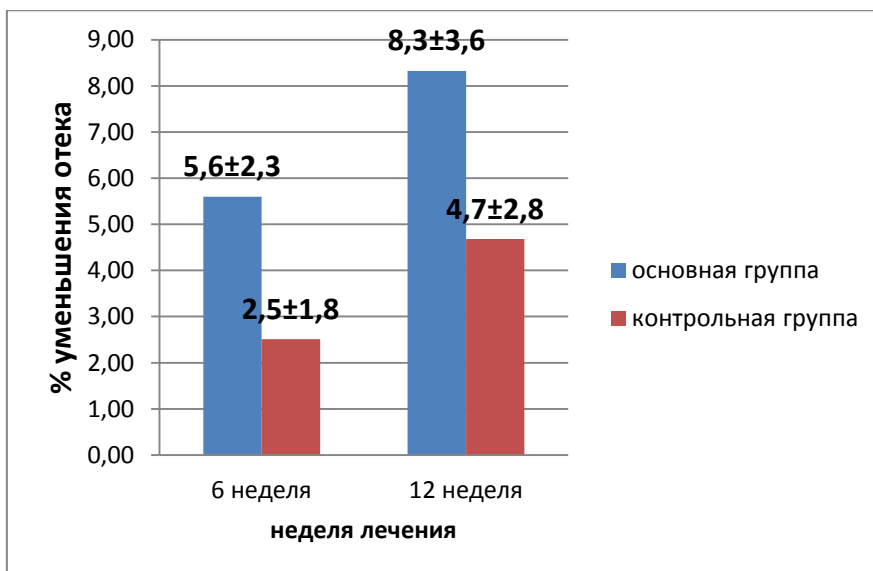


Рисунок 2. Динамика уменьшения отека (средний % уменьшения отека на 6 и 12 неделе лечения) ($p < 0,001$).

Из рисунка 2 следует, что маллеолярный объем на нижней конечности, имевшей ВТЯ, по результатам измерений к 6-й неделе, в среднем уменьшился на $5,6 \pm 2,3\%$ от первоначальной длины окружности в основной и на $2,5 \pm 1,8\%$ от первоначальной длины окружности в контрольной группе ($p < 0,001$), а к 12-й неделе маллеолярный объем в среднем уменьшается на $8,3 \pm 3,6\%$ в основной группе и на $4,7 \pm 2,8\%$ в контрольной группе от первоначальной длины окружности ($p < 0,001$). Таким образом, прием препарата на основе кверцетина положительно сказывался на процессе уменьшения отека.

Отек сохранившийся к концу лечения в сравнении с противоположной нижней конечностью без трофической язвы (рисунок 3).

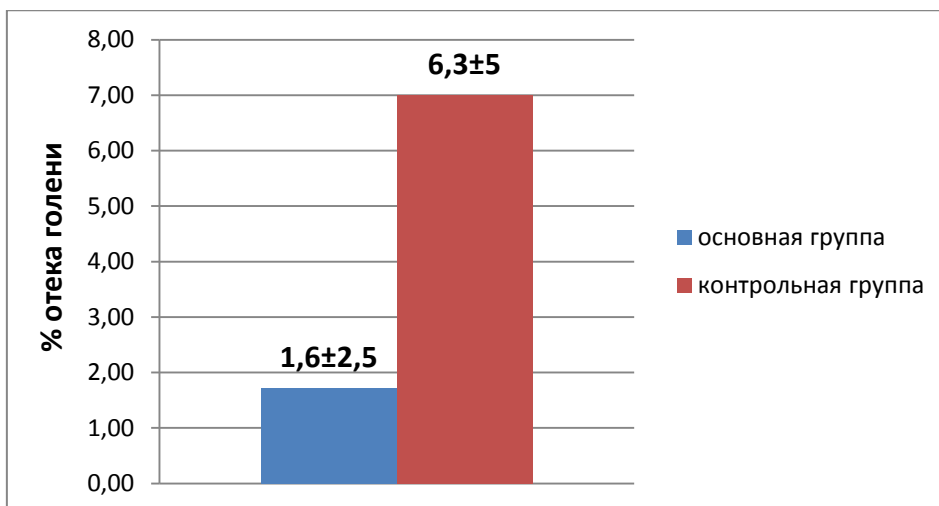


Рисунок 3. Сохраняющийся отек голени у больных к концу лечения относительно нижней конечности без ВТЯ ($p < 0,001$).

Рисунок 3 показывает параметры отека голени имеющей ВТЯ оставшегося к концу лечения, по сравнению с голенью противоположной конечности без трофической язвы. Результаты показывают, что среднее значение неликвидированного отека голени с ВТЯ по истечении 12 недель в основной группе составляет $1,6 \pm 2,5\%$. В контрольной группе данный показатель существенно выше $6,3 \pm 5\%$ от маллеолярного объема противоположной голени ($p < 0,001$). Это подтверждает эффективность препарата на основе кверцетина в уменьшении отека нижних конечностей.

Помимо исследования динамики уменьшения маллеолярного объема, была определена средняя скорость с которой уменьшался отек к 6 и 12 неделям. Значения маллеолярного объема пациентов основной и контрольной групп измерялись на протяжении всего курса медикаментозного лечения основной группы. Скорость уменьшения отека в сравнении с показателями до лечения (рисунок 4).

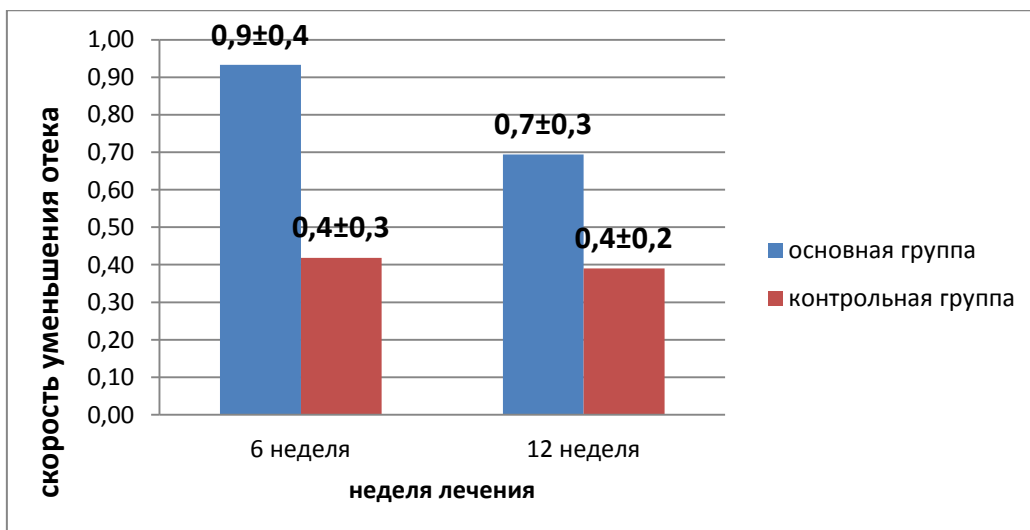


Рисунок 4. Скорость уменьшения отека (%/неделю) в сравнении с первоначальным измерением ($p < 0,001$).

Из рисунка 4 следует, что скорость снижения отека нижней трети голени на конечности, имевшей ВТЯ, по измерениям к 6-й неделе с момента начала терапии в основной группе составляла $0,9 \pm 0,4\%$ /неделю, а в контрольной $0,4 \pm 0,3\%$ /неделю ($p < 0,001$). К 12-й неделе показатели скорости уменьшения отека по отношению к началу лечения снижались в обеих группах и составили $0,7 \pm 0,3\%$ в неделю в основной и $0,4 \pm 0,2\%$ /неделю в контрольной группе ($p < 0,001$).

Общие результаты лечения отека голени в основной и контрольной группе следующие (рисунок 5).



Рисунок 5. Результаты лечения отека голени у пациентов разных групп.

В результате лечения кверцетином в сравнении с нижней конечностью без трофической язвы, в основной группе к концу 12 недели отек нижней трети голени, имевшей ВТЯ, полностью отсутствовал у 46% (23 человека) и сохранялся на уровне 5% и более у 12% (6 человек) основной группы. Тогда как в контрольной группе динамика показателей имела обратную зависимость: отек отсутствовал полностью у 6% (3 человека) и сохранялся на уровне 5% и более у 56% исследуемых (28 человек). Данные показатели также подтверждают значимость кверцетина как препарата для вазотропной поддержки.

3. Результаты применения раневых покрытий на основе альгината Са²⁺ и полиуретановой пленки:

Результаты применения раневых покрытий на основе альгината Са²⁺ и полиуретановой пленки основывались на данных планиметрии.

В ходе исследования были фиксированы результаты уменьшения площади ВТЯ у пациентов основной группы. Измерения производились в трех контрольных временных точках на протяжении 6 недель (до лечения, на 3 и 6 неделях). Данные результаты позволили определить средний процент уменьшения ВТЯ основной группы в данные промежутки времени, а также получить среднюю скорость уменьшения площади ВТЯ к 3 и 6 неделям. Так же были получены результаты уменьшения площади ВТЯ у всех пациентов контрольной группы.

Результаты динамики заживления язв представлены ниже (рисунок 6).

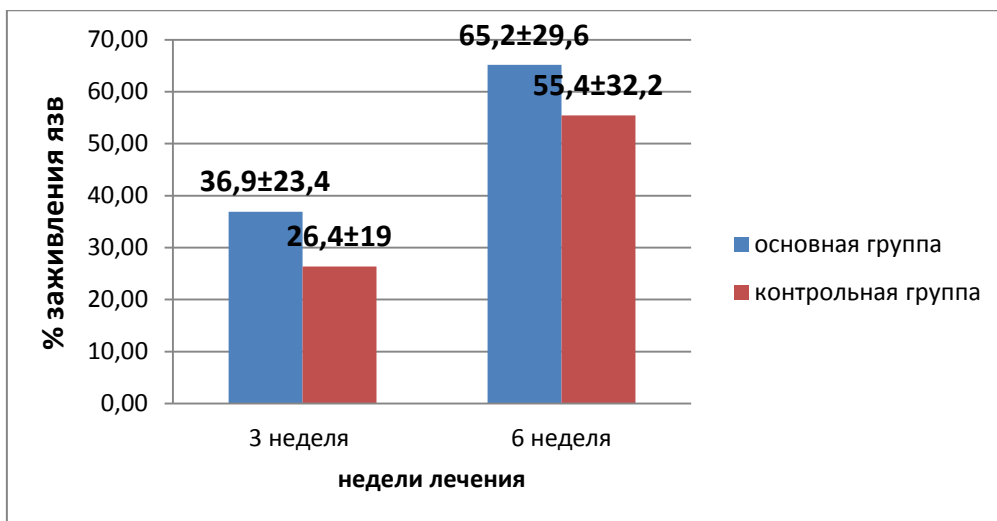


Рисунок 6. Динамика заживления язв (средний % заживления язвы через 3 и 6 недель) ($p < 0,001$).

Таким образом трофическая язва у одного пациента в среднем к 3-й неделе эпителизовалась на $36,9 \pm 23,4\%$ от первоначальной площади в основной и на $26,4 \pm 19\%$ в контрольной группе ($p < 0,001$), а к 6-й неделе язвы в среднем заживали на $65,2 \pm 29,6\%$ в основной и на $55,4 \pm 32,2\%$ - в контрольной группе ($p < 0,001$). Таким образом, сочетание раневых покрытий с препаратом на основе кверцетина положительно сказывалось на процессе лечения и превосходило в показателях терапию, лишенную медикаментозной поддержки.

Результаты скорости заживления язв у разных групп больных (%/неделю) представлены ниже (рисунок 7).

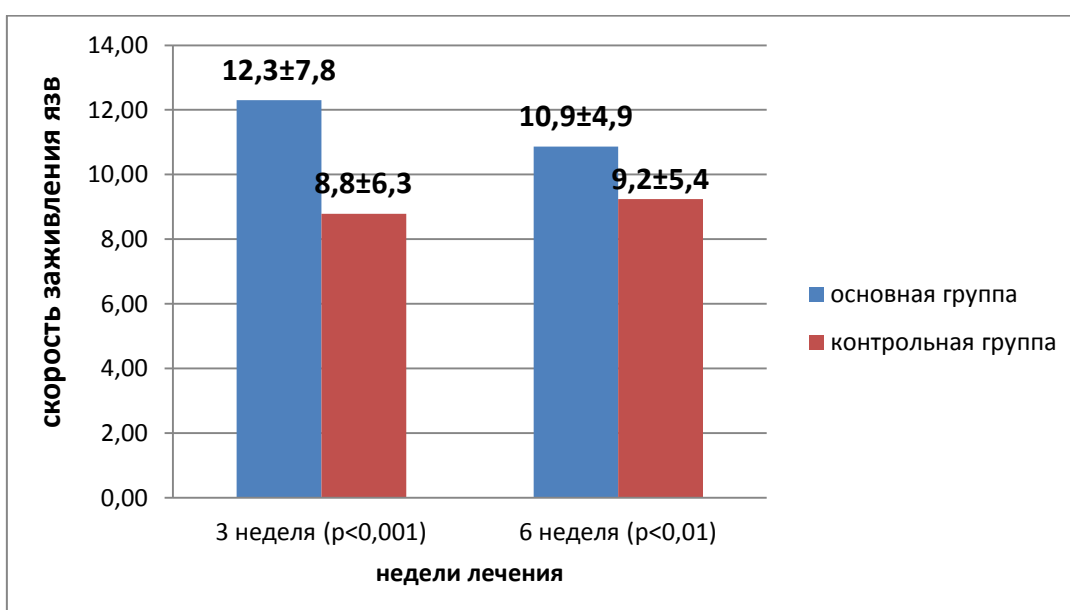


Рисунок 7. Скорость заживления язв у разных групп больных (%/неделю).

Рисунок 7 показывает, что скорость заживления трофических язв по измерениям к 3-й неделе с момента начала терапии в основной группе составляла $12,3 \pm 7,8\%$ /неделю, а в контрольной - $8,8 \pm 6,3\%$ /неделю ($p < 0,001$). К 6-й неделе показатели скорости заживления по отношению к началу лечения практически равнозначно снижались в обеих группах до $10,9 \pm 4,9\%$ /неделю в основной и $9,2 \pm 5,4\%$ /неделю в контрольной группе ($p < 0,01$), что являлось статистически значимым.

Общие результаты лечения ВТЯ в разных группах больных представлены ниже (рисунок 8).



Рисунок 8. Результаты лечения ВТЯ у пациентов разных групп.

В основной группе площадь язвы уменьшилась более чем на 80% в 46% случаев (23 человека) и менее чем на 50% в 26% случаев (13 человек), тогда как в контрольной группе динамика показателей представляла собой обратную зависимость - площадь язвы уменьшалась более чем на 80% в 28% случаев (14 человек) и менее чем на 50% в 44% случаев (22 человека).

ВЫВОДЫ.

1. Выявлена взаимосвязь между анатомо-физиологическими, патологическими особенностями венозной сети нижних конечностей и наличием ВТЯ у больных пожилого и старческого возраста: преимущественно в проекции патологических вен перфорантов (28,8%) и при окклюзивно измененных глубоких венах нижних конечностей (53,8%).

2. Современная медикаментозная терапия препаратами на основе кверцетина у больных пожилого и старческого возраста способствует уменьшению маллеолярного объема и ускорению заживления трофических язв. В среднем, на 6-й неделе лечения динамика уменьшения составляла $5,6 \pm 2,25\%$ объема ($p < 0,001$), а к 12-й неделе длина окружности голени в среднем уменьшалась на $8,33 \pm 3,55\%$ ($p < 0,001$).

3. Раневые покрытия на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки ускоряют репаративные процессы в трофической язве и способствуют заживлению раневого дефекта у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях. В среднем, к 3-й неделе лечения трофические язвы заживают на $36,9 \pm 23,37\%$, а к 6-й неделе - на $65,2 \pm 29,6\%$ ($p < 0,001$).

4. Оптимальная лечебная тактика при ВТЯ у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях должна включать в себя:

- эластическую компрессию нижних конечностей;
- использование раневых покрытий, в состав которых входит альгинат Ca^{2+} и фиксирующих пористых раневых покрытий из полиуретана;
- медикаментозную терапию лекарственными препаратами на основе кверцетина.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Выполнять УЗАС с целью своевременного выявления возможных окклюзивных изменений глубоких вен и патологически измененных перфорантных вен нижних конечностей и в обязательном порядке рекомендовать оперативное лечение варикозной болезни данных пациентов в трудоспособном возрасте.

2. Использовать консервативную терапию препаратами на основе кверцетина по 0,36 г в комплексном лечении у больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ.

3. Сочетать медикаментозную терапию с раневыми покрытиями на основе альгината Ca^{2+} и полиуретановой пленки, при обязательном дополнении их эластической компрессией бинтами короткой и средней степени растяжимости при лечении больных пожилого и старческого возраста с ВТЯ.

4. В лечебной тактике использовать легометрические и планиметрические измерения с целью контроля заживления ВТЯ при амбулаторном лечении.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:**А. В изданиях, рекомендованных ВАК:**

1. Карпышев Д.С., Матвеев С.А., Мазайшвили К.В. Эволюция диагностики и лечения венозных трофических язв // Вестник НМХЦ им. Н.И.Пирогова. - 2013. - Т.8, №1. - С.132-136.

2. Карпышев Д.С., Матвеев С.А., Мазайшвили К.В. Современный взгляд на проблему амбулаторного лечения геронтологических больных с венозными трофическими язвами // Вестник НМХЦ им. Н.И.Пирогова. - 2014. - Т.9, №1. - С.132-134.

Б. В других изданиях:

3. Карпышев Д.С. Раневые покрытия на основе альгината кальция и эластической полиуретановой пленки в комплексном лечении трофических язв

у больных пожилого возраста // Сахарный диабет и хирургические инфекции: сборник тезисов Междунар. науч.-практ. конгресса/ Институт хирургии им. А.В. Вишневского. - Москва. - 2013. - С. 64-65.

4. Карпышев Д.С. Кверцетин как средство снижения отечного синдрома в комплексном лечении трофических язв у геронтологических больных // Сахарный диабет и хирургические инфекции: сборник тезисов Междунар. науч.-практ. конгресса / Институт хирургии им. А.В. Вишневского. - Москва. - 2013. - 65 с.

5. Карпышев Д.С. Коррекция отечного синдрома препаратом на основе кверцетина в комплексном лечении трофических язв у геронтологических больных // Фундаментальная наука и клиническая медицина - человек и его здоровье: сборник тезисов XVI Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (с международным участием). - СПб. - 2013.- С. 188-189.

6. Карпышев Д.С. Применение раневых покрытий на основе альгината кальция и эластической полиуретановой пленки в комплексном лечении трофических язв у больных пожилого возраста // Фундаментальная наука и клиническая медицина - человек и его здоровье: сборник тезисов XVI Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (с международным участием). - СПб. - 2013.- С. 189-190.

7. Карпышев Д.С. Кверцетин как средство снижения отечного синдрома в комплексном лечении трофических язв у геронтологических больных // Междисциплинарные аспекты дерматовенерологии, косметологии и эстетической гинекологии: материалы науч. - практ. конференции с международным участием.- Москва.- 2013. - 65 с.

8. Карпышев Д.С. Раневые покрытия на основе альгината кальция и эластической полиуретановой пленки в комплексном лечении трофических язв у больных пожилого возраста // Междисциплинарные аспекты дерматовенерологии, косметологии и эстетической гинекологии: материалы

науч. - практ. конференции с международным участием.- Москва.- 2013. - С. 111-112.

9. Карпышев Д.С. Кверцетин как средство уменьшения отека синдрома в комплексном лечении трофических язв у геронтологических больных // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2013. - Т. 19, №2. Приложение: XXVIII Международная Конференция. - С. 164-165.

10. Карпышев Д.С. Применение раневых покрытий на основе альгината кальция и эластической полиуретановой пленки в комплексном лечении трофических язв у больных пожилого возраста // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2013. - Т. 19, №2. Приложение: XXVIII Международная Конференция. - С. 165-166.

11. Карпышев Д.С. Коррекция отека синдрома препаратом на основе кверцетина в комплексном лечении трофических язв у геронтологических больных // Флебология. – 2014. - Т.2, №2. Приложение: 10 Конференция Ассоциации Флебологов России. - С.14-17.

12. Карпышев Д.С. Применение раневых покрытий на основе альгината кальция и эластической полиуретановой пленки в комплексном лечении трофических язв у больных пожилого возраста // Флебология. – 2014. - Т.2, №2. Приложение: 10 Конференция Ассоциации Флебологов России. - С.59.

Отпечатано в издательско-полиграфической фирме ЗАО «Лика»

Россия, Москва, 105203, ул. Нижняя Первомайская, д. 47

Тел.: (495) 465-1154; Факс: (495) 465-4769

www.licka.ru; e-mail: lica128@yandex.ru

Заказ №550 Подписано в печать 30.09.2013

Усл.п.л. 1.56 Формат (60x84) 1/16. Тираж 100 экз.