

- внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники, 1976. – 63 с.
3. Курьянова Н.Н. О формировании алкоголизма у женщин Астрахани // Вопросы наркологии. – 2003. – № 6. – С. 68–72.
 4. Леонтьева М.В. Особенности распространения употребления алкоголя подростками и молодежью в образовательной среде // Вопросы наркологии. – 2007. – № 2. – С. 31–38.
 5. Масленников А.А., Уманский С.М., Рахматова Л.Д. и др. Клиника алкогольного делирия, вызванного преимущественным злоупотреблением суррогатами алкоголя // Тюменский медицинский журнал. – 2004. – Вып. 3–4. – С. 77–79.
 6. Масленников А.А., Уманский С.М., Уманский М.С. и др. Алкогольные психозы в Тюменской области, эпидемиология и патоморфоз // Тюменский медицинский журнал. – 2005. – Вып. 2. – С. 41–42.
 7. Масленников А.А., Уманский С.М., Рахматова Л.Д. и др. Патоморфоз алкогольного делирия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 40–43.
 8. Морозов Ю.Е., Охотин В.Е., Коновко О.О. Окисляющие этанол и ацетальдегид ферменты мозга при отравлении алкоголем // Вопросы наркологии. – 2003. – № 2. – С. 62–73.
 9. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации // Наркология. – 2002. – № 1. – С. 4–8.
 10. Сиволоп Ю.П., Дамулин И.В., Савченков В.А. и др. Алкогольные (металкогольные) психозы и другие формы алкогольного поражения нервной системы / Рук-во по аддиктологии. Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – Спб: Речь, 2007. – С. 180–199.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОМИЦИДА В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ В СРАВНЕНИИ С ЛЕВОСИНОМ И МИРАМИСТИНОМ

© Лазаренко В.А., Калуцкий П.В., Хруслов М.В., Иванов А.В.

Кафедра хирургических болезней ФПО; кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии; кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии
Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: khruslov@mail.ru

В исследование были включены пациентки с трофическими язвами нижних конечностей (ТЯНК) венозной этиологии (121 женщина), которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии ГМУ ОКБ г. Курска. Больные были разделены на 3 группы. 1 группу – составили пациентки, которым проводилось местное лечение трофических язв с использованием препарата "Томицид", 2 группу составили пациентки, которым для местного лечения использовался препарат "Левосин", а в третью группу были включены больные, лечение которых осуществляли с использованием препарата "Мирамистин". Эффективность действия сравниваемых препаратов оценивали в течение 7 суток, посредством комплексного коэффициента оценки заживления, вычисляемого на основании изменения показателей площади и объема трофических язв.

Было выявлено, что томицид достоверно эффективнее левосина на 4, 5, 6, 7 сутки лечения и достоверно эффективнее мирамистина со 2-х по 7-е сутки лечения ТЯНК.

Ключевые слова: трофическая язва, томицид, коэффициент оценки заживления.

EFFECTIVENESS OF TOMICID IN MANAGING TROPHIC ULCERS OF VENOUS ETHIOLOGY IN THE PHASE OF EXUDATION AND PROLIFERATION COMPARED TO LEVOSIN & MIRAMISTIN

Lazarenko V.A., Kalutsky P.V., Khruslov M.V., Ivanov A.V.

Surgery Department of Postgraduate Faculty; Microbiology, Virology, Immunology Department; Histology, Cytology, Embryology Department of the Kursk State Medical University, Kursk

121 women with low extremities trophic ulcers (LETU) of venous etiology were included into the investigation; they were treated at the department of vascular surgery of the Kursk Regional Clinical Hospital. The patients were divided into 3 groups. The 1st group – patients with trophic ulcers were locally treated with "Tomicid", the 2nd group – patients who were administered "Levosin" for the local effect, and finally, the 3d group – patients who were treated with "Miramistin". They estimated the effectiveness of the compared medicines during 7 days, using the complex coefficient of healing evaluation, calculated on the base of changes in the area and volume of trophic ulcers. It was determined that Tomicid is reliably more effective than Levosin on the 4, 5, 6, 7 days of treatment and is reliably more effective than Miramistin from 2 to 7 days of LETU treatment.

Keywords: Tomicid, trophic ulcers, coefficient of healing evaluation.

Проблема лечения трофических язв (ТЯ) различной этиологии является важнейшей медико-социальной проблемой современного общества [1, 9] в связи с большим распространением этого заболевания. При этом язвы венозной природы занимают лидирующее место (свыше 70%) среди различных причин язвенного поражения голеней, а их лечение представляет значительные трудности. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности в последнее десятилетие, частота этого осложнения остается высокой и являет-

ся своего рода константой 2% взрослого трудоспособного населения индустриально развитых стран. У лиц пожилого возраста частота трофических язв достигает 4-5%. Экономические затраты на эту проблему за рубежом - от 800 до 10 000 евро на лечение одного пациента. В России стоимость прямых затрат на лечение одного больного с венозной трофической язвой в амбулаторных условиях достигает 120 000 рублей, а в условиях стационара превышает 150 000 рублей [6, 7].

Местное воздействие на трофические язвы нижних конечностей (ТЯНК) у больных с

варикозной и посттромботической болезнью нижних конечностей играет важнейшую роль в подготовке к оперативному вмешательству, а при наличии противопоказаний к его проведению – основным способом лечения. Оно призвано купировать воспалительный процесс, очищать язвы от гнойно-некротических тканей, стимулировать процессы регенерации. Малая эффективность существующих средств местного лечения ТЯ требует проведения длительной терапии, зачастую не приводящей к заживлению трофического дефекта, что откладывает выполнение оперативного вмешательства, направленного на коррекцию патологически измененной венозной гемодинамики. В ряде случаев – это результат хаотичного, шаблонного использования лекарственных средств без учета стадии раневого процесса. Распространенной ошибкой представляется длительное применение какого-либо одного "очень эффективного" средства, пролонгирующего процессы регенерации на многие месяцы [4].

Несмотря на то что за последние десятилетия появилось огромное количество работ, посвященных проблеме лечения ТЯ, вопрос о консервативном лечении остается актуальным и в наши дни [8]. Необходимость поиска новых методов консервативного лечения, объясняется, с одной стороны, массовостью поступления больных, наличием сопутствующей патологии, отказом пациентов от операции, а с другой – наличием глубоких склеротических изменений сосудов и мягких тканей вследствие длительности воспалительного процесса, обширности язвенного поражения конечности, наличием явлений экзематизации, дерматита, в результате чего оперативное лечение является противопоказанным. По этим причинам консервативное лечение может являться не только основным лечебным пособием, но также быть этапом предоперационной подготовки [5].

Цель работы: сравнить эффективность томицида, мирамистина и левосина в лечении трофических язв венозной этиологии, учитывая комплексный коэффициент оценки заживления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группу наблюдения составили пациентки с венозными трофическими язвами нижних конечностей (VI класс по СЕАР) (121 женщина), которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии ГМУ ОКБ г. Курска в плановом порядке в промежутке с 2005 по 2008 г.

Критериями отбора пациентов в клиническую группу служили:

- 1) этиология язвенного дефекта – хроническая венозная недостаточность;
- 2) локализация дефекта в нижней трети голени по медиальной поверхности;
- 3) состояние ТЯНК, соответствующее фазе экссудации.

У всех пациентов учитывалась сопутствующая патология. Критериями для исключения пациентов из клинической группы являлись: сахарный диабет, артериальная гипертензия III ст., выраженная сердечная недостаточность (НПБ – НПП).

Было проведено 3 серии исследования. В первой серии для местного лечения трофических язв использовался томицид, во второй серии для местного лечения использовался левосин, в третьей – мирамистин.

В каждой серии исследования пациенты были распределены на три возрастные группы: I гр. – 45–55 лет, II гр. – 56–65 лет и III гр. – 66–75 лет.

Площадь язвенного дефекта у пациентов колебалась от 540 мм² до 315 мм² и в среднем была равна 430 мм².

Перевязка язвенного дефекта производилась ежедневно. Всем пациентам перед нанесением исследуемого препарата на зону ТЯНК проводился туалет язвенной поверхности 3% перекисью водорода, а окружающие кожные покровы обрабатывали раствором йодопирона. В случаях выраженных гнойно-воспалительных процессов и обильной экссудации перевязки проводили 2 раза в день. При этом исследуемый препарат применяли в виде повязок из стерильных салфеток, пропитанных его раствором.

Эффективность действия сравниваемых препаратов оценивали в течении 7 суток, посредством определения комплексного коэффициента оценки заживления, вычисляемого

на основании изменения показателей площади и объема ТЯ [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительном анализе эффективности использования томицида, левосина и мирамистина в лечении ТЯНК выявлено:

- в возрастной группе пациентов 45–55 лет Томицид был эффективнее (рис. 1). Уже с третьих суток наблюдения у пациентов первой серии эксперимента показатель комплексного коэффициента был больше, чем в других экспериментах. К 7 суткам значение коэффициента достигает – 1,38. В сравнении с левосином томицид был достоверно эффективнее на 4–7 сутки лечения. В сравнении с мирамистином томицид был достоверно эффективнее на 3–7 сутки лечения;
- в возрастной группе пациентов 56–65 лет показатель комплексного коэффициента выше у пациентов в первой серии эксперимента (лечение томицидом) (рис. 2). В сравнении с левосином томицид был достоверно

эффективнее только на 5 сутки. В сравнении с мирамистином томицид был достоверно эффективнее на 3–6 сутки лечения;

- в возрастной группе пациентов 66–75 лет показатель комплексного коэффициента был также выше у пациентов в первой серии эксперимента (рис. 3). Но в сравнении с другими возрастными группами темп прироста комплексного коэффициента в данной возрастной группе ниже, к 7 суткам он достигает 0,87. В сравнении с левосином томицид был достоверно эффективнее только на 5–7 сутки. В сравнении с мирамистином томицид был достоверно эффективнее на 2–7 сутки лечения.

Во всех возрастных группах пациентов, в лечении которых использовался томицид, раневая поверхность быстро очищалась от фибрина и некротических тканей, которые размягчались, приобретали гелеобразную консистенцию, легко удаляемую при туалете язвенной поверхности. По мере очищения регрессировали процессы воспаления в ТЯ. Об этом свидетельствовали уменьшение экссудации и изменение характера отделяемого

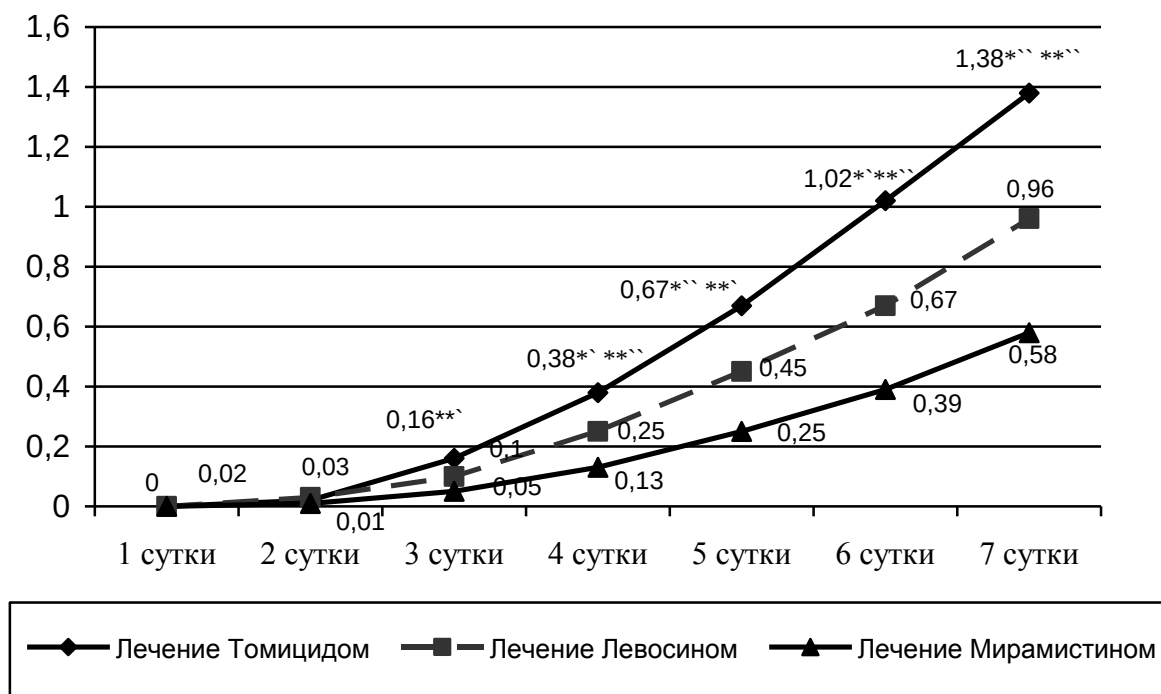


Рис. 1. Комплексный коэффициент оценки динамики заживления язвенного дефекта у пациентов в возрасте 45–55 лет.

Примечание: *` – достоверное различие по сравнению со значениями, полученными при лечении левосином ( $p \leq 0,01$ ); \*` – достоверное различие по сравнению со значениями, полученными при лечении левосином ($p \leq 0,05$); **` – достоверное различие по сравнению со значениями, полученными при лечении мирамистином ( $p \leq 0,01$ ); \*\*` – достоверное различие по сравнению со значениями, полученными при лечении мирамистином ($p \leq 0,05$).

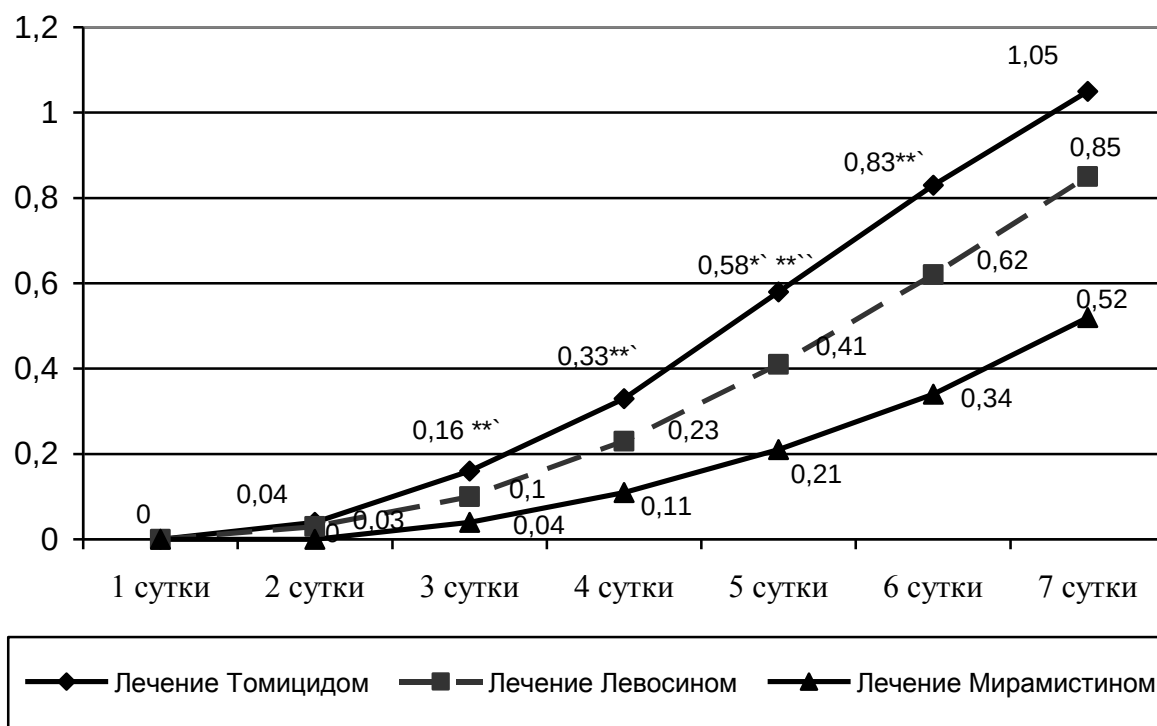


Рис. 2. Комплексный коэффициент оценки динамики заживления язвенного дефекта у пациентов в возрасте 56–65 лет.

Примечание: то же, что и на рис. 1.

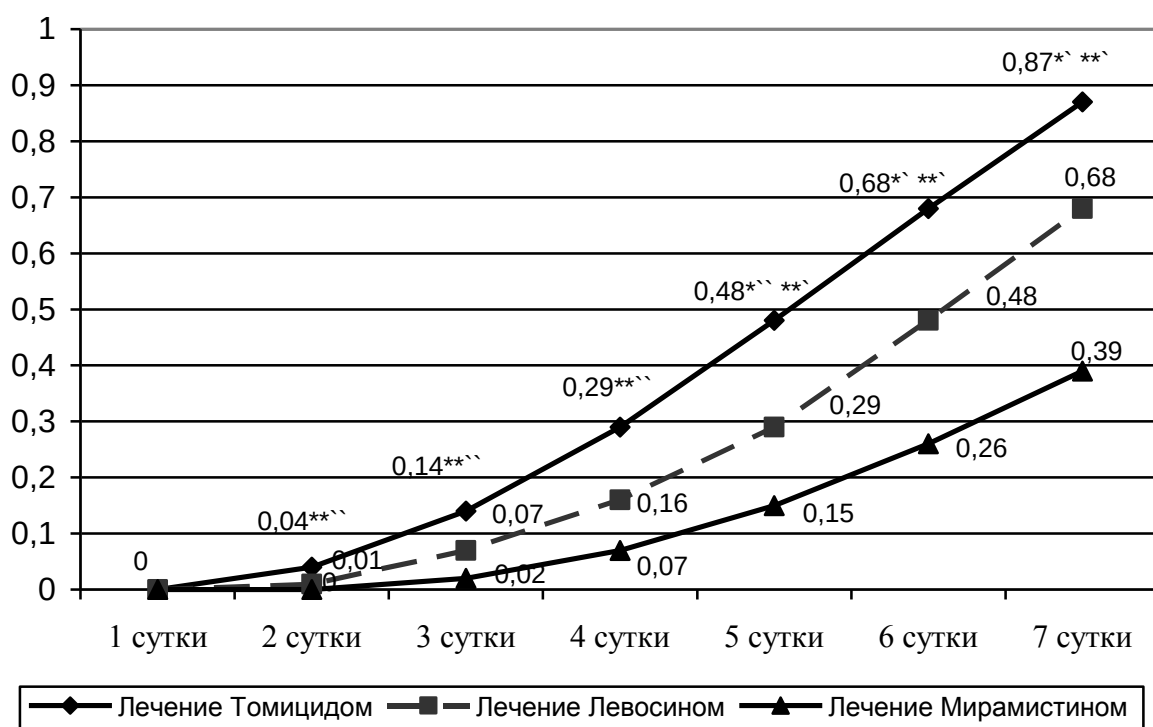


Рис. 3. Комплексный коэффициент оценки динамики заживления язвенного дефекта у пациентов в возрасте 66–75 лет.

Примечание: то же, что и на рис. 1.