

Сучасні можливості періопераційного супроводу в хірургії судинних патологій

За матеріалами конференції

У травні відбулася науково-практична конференція «Мультидисциплінарний підхід у лікуванні хірургічного хворого – вимоги часу», під час якої провідні спеціалісти різних галузей хірургічної практики обговорили актуальні проблеми сучасної хірургії та розглянули способи їх вирішення. У доповіді «Сучасні можливості періопераційного супроводу в хірургії судинних патологій» професор кафедри хірургії та судинної хірургії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук Сергій Іванович Саволюк висвітлив проблему хронічної венозної недостатності та синдрому діабетичної стопи і представив патогенетично обґрунтовані методи менеджменту цих патологій у пері- та післяопераційному періодах.

Ключові слова: періопераційний супровід, хронічна венозна недостатність, флавоноїди, діосмін, гесперидин, Нормовен 1000, синдром діабетичної стопи, цилостазол, Плестазол.

Хронічна венозна недостатність: пандемія сучасності

Актуальність проблеми хронічної венозної недостатності (ХВН) не залишає сумнівів, адже, її частота серед дорослого населення становить 25-32% із піком захворюваності серед пацієнтів працездатного віку. В Україні поширеність ХВН становить 17,5%, і щороку з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок виконують близько 20 тис. операцій. Щорічний приріст захворюваності складає 1,9-2,6%. Крім того, ХВН «молодшає», адже ще в минулому столітті вона вважалась хворобою похилого віку, а на сьогодні перші ознаки захворювання виявляють у 14,8% школярів віком 14-16 років.

В основі патогенезу варикозної хвороби нижніх кінцівок і ХВН лежить недостатність клапанного апарату, що призводить до появи патологічного вено-венозного рефлюксу. Дисфункція венозного кровотоку спричиняє підвищення венозного тиску, що, у свою чергу, призводить до варикозного синдрому, який ускладнюється появою трофічних виразок і порушенням функції.

Згідно з міжнародною класифікацією CEAP (Clinical Etiology Anatomy Pathology) виділяють такі клінічні класи ХВН:

- C0 – відсутні візуальні ознаки венозної недостатності; присутні лише такі симптоми, як біль, відчуття важкості й розпирання в ногах;
- C1 – візуально присутня судинна сітка – телеангіектазії, ретикулярні вени, діаметр вен зберігається на рівні <3 мм;
- C2 – об'єктивні ознаки варикозно розширених вен діаметром >3 мм, які контуруються під шкірою;
- C3 – при огляді клініцистом спостерігаються набряки, переважно на голішках, із тенденцією до поширення на всю ногу та стопу;
- C4 – стадія трофічних порушень шкіри, супроводжується пігментацією, ліподерматосклерозом, при порушенні процесів оновлення шкірного покриву – екземою;
- C5 – етап загоєння виразки: трофічні зміни шкіри із закритими виразками;
- C6 – активна виразка – трофічні зміни шкіри з активною виразкою.

Завдяки розвитку малоінвазивних технологій змінилися парадигма

судинної хірургії, стратегія та підходи до лікування пацієнтів, окремі хірургічні терміни, зокрема поняття амбулаторної хірургії. На сьогодні малоінвазивні хірургічні методи лікування виходять на перший план при веденні хворих із варикозною хворобою і ХВН, залишаючи в минулому традиційні відкриті оперативні втручання. Акцент сучасної судинної хірургії поставлений передусім на покращення якості життя пацієнтів.

До малоінвазивних методик амбулаторної флебології належать:

- ендовенозні методи термічної облітерації:
- радіочастотна абляція;
- ендовенозна лазерна коагуляція;
- ендовенозне електроварювання;
- пункційна склеротерапія;
- мініфлебектомія.

Професор С.І. Саволюк зазначив, що на етапі підготовки до операції та в післяопераційному періоді важливо призначати флебопротективну терапію, яка дозволяє покращити перебіг реабілітації пацієнтів після оперативного втручання, мінімізувати прояви інтервенції та швидше досягнути задовільного косметичного результату: зменшити ступінь пігментації, набряку, перифокального запалення і пришвидшити загоєння трофічного дефекту. Венотонічні препарати, діючою речовиною яких є мікронізована очищена флавоноїдна фракція (МОФФ) у вигляді діосміну і гесперидину (суміш флавоноїдів: гесперидину, ізороїфоліну, лінарину, діосметину) у співвідношенні 9:1, мають високу доведену ефективність.

Препарат Нормовен 1000 (АТ «Київський вітамінний завод») містить 1000 мг МОФФ (діосміну 900 мг і гесперидину 100 мг), за рахунок чого чинить виражену ангіопротективну, капіляростабілізуючу, протинабрякову та проти-запальну дію. При цьому значно покращуються реологічні властивості крові, лімфатичний дренаж, що дозволяє запобігти тромботичним ускладненням.

Постмаркетингові дослідження доводять, що вітчизняний препарат Нормовен 1000 у формі таблеток за показниками ефективності є терапевтично еквівалентним оригінальному препарату в пацієнтів із ХВН.

Схема призначення Нормовену 1000 при ХВН зазвичай передбачає прийом 1 таблетки один раз на добу під час

їди. За рекомендаціями спікера загальна тривалість лікування складає 3 місяці.

За даними L. Chernukha et al. (2016) 80% пацієнтів звертаються по медичну допомогу, коли вже наявні виражені клінічні прояви ХВН, а 25% таких хворих мають ускладнення у вигляді трофічних виразок, які становлять значну хірургічну проблему й потребують комплексного підходу до лікування.

Спікер навів основні компоненти успішного лікування хронічних виразок венозної етіології:

- з'ясування етіологічних причин розвитку виразкової дефекту;
- визначення наявності супутньої патології, що передбачає прийом гормональних, імуносупресивних, хіміотерапевтичних препаратів і променевої терапії;
- оцінка стану трофічної виразки, розміру, глибини ураження та кількості некротичних мас;
- оцінка бактеріального статусу трофічної виразки;
- оцінка ексудату: тип, кількість, в'язкість;
- оцінка стану країв трофічної виразки та шкіри навколо неї;
- оцінка динаміки епітелізації трофічної виразки.

Застосування ендовенозних хірургічних методів лікування в комплексі з консервативною терапією в пері- та післяопераційному періодах препаратом Нормовен 1000 і місцевим поетапним лікуванням, яке включає фази дебридменту, контролю інфекції, балансу вологи та епітелізації, дозволяє вилікувати навіть значні виразкові дефекти, покращити колір шкіри та досягти хороших естетичних результатів.

Синдром діабетичної стопи: які перспективи на майбутнє?

Ще одним викликом для сучасного хірурга є синдром діабетичної стопи, адже летальність у хворих після ампутації зростає відповідно до рівня виконаної ампутації й складає 50-68% протягом 5 років, що зіставно з летальністю при онкологічних захворюваннях. Синдром діабетичної стопи являє собою виразку, інфекцію та/або деструкцію глибоких тканин, пов'язану з неврологічними порушеннями і зниженням магістрального



С.І. Саволюк

кровотоку в артеріях нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості на фоні цукрового діабету (ЦД).

Професор С.І. Саволюк виділив основні стратегічні засади лікування синдрому діабетичної стопи:

- оптимальний контроль глікемії (стабільна нормалізація);
- патогенетична орієнтація лікування діабетичної нейропатії;
- розвантаження стопи, відновлення її біомеханіки (боротьба з аномальним перерозподілом тиску на підшву, попереочною плоскостопістю);
- відновлення артеріального кровопостачання;
- адекватне купірування больового синдрому;
- ефективне місцеве лікування рани;
- подолання інфекції;
- антикоагулянтна терапія.

Враховуючи, що основними ланками патогенезу синдрому діабетичної стопи є розвиток нейропатії та ангіопатії на фоні декомпенсованого ЦД, патогенетичне лікування включає застосування лікарських засобів, які мають сприяти відновленню іннервації та кровопостачання уражених структур.

Антиоксидант α -ліпоева кислота (Альфа-ліпон) забезпечує патогенетичне лікування, ефективність якого доведена декількома рандомізованими клінічними дослідженнями і підтверджена в метааналізі (рівень доказовості – А) (Tesfaye S. et al., 2010). Доведено, що застосування α -ліпоевої кислоти в дозі 600 мг протягом 5 тижнів зменшує нейропатичні симптоми та неврологічний дефіцит у пацієнтів із діабетичною полінейропатією (Ziegler D. et al., 2006).

Враховуючи, що в більшості пацієнтів із ЦД його перебіг обтяжений такою коморбідною патологією, як ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, облітеруючий атеросклероз, ХВН, ожиріння, подагра, хірургічне лікування синдрому діабетичної стопи потребує комплексного періопераційного супроводу, який включає призначення не лише препаратів α -ліпоевої кислоти, а й засобів, які сприятимуть покращенню кровопостачання уражених ділянок.

Згідно зі статистичними даними, перебіжна кульгавість зустрічається вдвічі частіше серед хворих на ЦД, а зростання рівня глікованого гемоглобіну на кожний 1% призводить до збільшення вірогідності розвитку облітерації периферичних артерій на 26%. Агресивність перебігу облітеруючих захворювань у хворих на ЦД призводить до того, що частота великих ампутацій серед них у 5-10 разів вища, ніж серед людей, які не мають ЦД.

Плестазол (АТ «Київський вітамінний завод») у своєму складі містить цилостазол, механізм дії якого полягає у пригніченні агрегації тромбоцитів, інгібуванні проліферації гладком'язових клітин, розширенні просвіту судин, зниженні рівнів загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів і підвищенні холестерину ліпопротеїдів високої щільності. А. Nogi et al. (2012) у своєму дослідженні показали, що цилостазол сприяв неоваскуляризації у відповідь на ішемію тканини через механізм ендотеліального синтезу оксиду азоту, тобто він може бути корисним у лікуванні ішемічних захворювань кінцівок. За даними спікера, у п'яти проспективних рандомізованих дослідженнях було показано, що цилостазол збільшував мінімальну безбольову відстань ходьби на 40-60% порівняно із плацебо після 12-24 тижнів лікування в пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом артерій нижніх кінцівок.

Таким чином, застосування препарату Плестазол у складі комплексної терапії синдрому діабетичної стопи є патогенетично обґрунтованим і дозволяє досягти хороших і довготривалих результатів лікування. Стандартне дозування Плестазолу – 100 мг двічі на добу. За необхідності дозу можна коригувати (50 мг двічі на добу).

Згідно з рекомендаціями Міжсупільного консенсусу щодо лікування захворювань периферичних артерій (TASC II), усі хворі на ЦД із наявною виразкою мають пройти інструментальні методи обстеження для

виключення облітеруючих захворювань периферичних артерій, а в разі їх виявлення мають проходити контроль ефективності лікування за допомогою ультразвукової діагностики, який включає визначення кістково-плечового індексу від 0,9 до 1,2, тиску у великому пальці стопи >40 мм рт. ст., транскутанної напруги кисню >30 мм рт. ст. В усіх інших випадках без відновлення перфузії самостійного загоєння виразки не відбудеться.

При значних стенозах артерій для відновлення кровопостачання при синдромі діабетичної стопи можуть застосовуватися такі методи хірургічного лікування: транслюмінальна ангіопластика з/без стентування, субінтимальна реканалізація, шунтуючі оперативні втручання та поєднання різних методів.

Спікер зауважив, що пері- та післяопераційний супровід пацієнтів включає застосування цилостазолу (Плестазол) як практично єдиного засобу, що зменшує кількість рестенозів після імплантації непокритих стентів (CREST, 2004).

Крім того, ефективний менеджмент синдрому діабетичної стопи включає раціональне місцеве лікування виразки. Відповідно до рекомендацій Міжнародної робочої групи з проблем діабетичної стопи (IWGDF), місцеве лікування включає:

- регулярне промивання виразки чистою водою або сольовим розчином;
- регулярне видалення некротизованих тканин, нальоту та омолозін гострим шляхом;

- накладання стерильних пов'язок з інертних матеріалів для поглинання надмірного ексудату та підтримання вологого середовища (вибір пов'язки залежить виключно від рівня поглинання ексудату, комфорту та ціни; не слід використовувати антимікробні пов'язки з метою покращення загоєння рани або запобігання вторинному інфікуванню);

- місцева терапія ран із використанням негативного тиску (VAC-терапія) може бути застосована у випадку післяопераційних ран;

- можливе використання системної та регіонарної гіпербаричної кислородної терапії.

Сучасні ранові покриття включають:

- альгінатні пов'язки, що мають високу абсорбувальну властивість;
- гідрогелеві пов'язки, що підтримують оптимальну гідратацію рани;
- пов'язки зі сріблом, що мають антимікробні властивості;
- біотехнологічні ранові покриття:
 - dermagraft – біоінженерний замінник шкіри зі стовбуровими клітинами;
 - arligraft – двошаровий еквівалент живої шкіри;
 - oasis – ксеногенний безклітинний колагеновий матрикс.

Ефективність VAC-терапії полягає у збільшенні локального кровопостачання, зменшенні набряку, контролі ранового ексудату, стимуляції формування грануляційної тканини, зниженні бактеріального навантаження, видаленні з рани інгібіторів загоєння та зведенні країв рани. Клінічними перевагами VAC-терапії є більш швидке купірування місцевих запальних процесів, скорочення

тривалості стаціонарного лікування, відсутність необхідності часто відвідувати лікаря на амбулаторному етапі лікування, значне скорочення часу для підготовки рани до аутодермопластики та збільшення вірогідності приживлення пересаджених шкірних клаптів.

Отже, у періопераційному періоді лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок критично важливим для забезпечення успішного результату хірургічного втручання є застосування венотоніків, зокрема Нормовену 1000, який довів свою ефективність у зменшенні симптомів ХВН і сприяє швидшому відновленню пацієнтів після операції. При лікуванні хворих із синдромом діабетичної стопи важливе місце займають препарати Альфа-ліпон і Плестазол, які демонструють високу ефективність у покращенні мікроциркуляції та зниженні оксидативного стресу. Альфа-ліпон діє як потужний антиоксидант, що сприяє зменшенню ушкоджень нервової тканини, тоді як Плестазол покращує периферичний кровообіг і сприяє загоєнню виразок. Таким чином, включення Нормовену 1000 до терапевтичного протоколу ХВН у періопераційному періоді, а також використання Альфа-ліпону та Плестазолу для лікування синдрому діабетичної стопи є важливими компонентами комплексного підходу до лікування цих захворювань, що дозволяє покращити клінічні результати та підвищити якість життя пацієнтів.

Підготувала **Марія Пригода**



Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

Електронні версії усіх друкованих видань
Видавничого дому «Здоров'я України»
на одному сайті!

Наш сайт

Наша сторінка Facebook

TELEGRAM КАНАЛ HEALTH-UA.COM

ПІДПИСУЙТЕСЬ НА НАС З INSTAGRAM



Плестазол
РІВЕНЬ ДОКАЗОВОСТІ «А»

Турбуються про судини

Нормовен 1000
МІКРОНІЗОВАНА ФРАКЦІЯ



Плестазол - РП МОЗ України №UA/13437/01/01, UA/13438/01/01 з 11.01.2019.

Нормовен - РП МОЗ України №UA/19787/01/01 з 15.12.2022.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація про лікарський засіб призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

Виробник: АТ «КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД».

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.

04073, Україна, м. Київ, вул. Копилівська, 38.



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!