

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Arzu Musayeva

Автор, ответственный за корреспонденцию: Arzu Musayeva, dr-musayeva@mail.ru

Аннотация

Трофические язвы на нижних конечностях являются результатом различных заболеваний, нарушающих местную гемодинамику артериальной (хроническая артериальная недостаточность при облитерирующих заболеваниях артерий), венозной (посттромбофлебитический синдром, варикозное расширение вен), лимфатической систем, а также развивающихся на фоне диабетической микро-, макроангиопатии и невропатии, включая микроциркуляторный уровень поражения

Трофические язвы венозной этиологии - это дефекты кожи и подлежащих тканей, обусловленные нарушением венозного кровообращения [1]. Трофические язвы являются одним из наиболее распространенных медицинских заболеваний во всем мире, поражающим около 1-2% трудоспособного взрослого населения в мире и около 5% пожилых людей, а также приводящим к временной или полной нетрудоспособности и нетрудоспособности [2]. Трофические венозные язвы известны давно и часто встречаются в клинической практике. На их долю приходится 80% всех язв на ногах [3].

Трофические язвы относятся к высшему клиническому классу венозных заболеваний в соответствии с классификацией CEAP-C6. Причину язвы на ноге обычно можно определить только на основании анамнеза и физического обследования. Основными причинами развития язвы являются варикозное расширение вен с хронической венозной недостаточностью и поздние последствия тромбоза глубоких вен (посттромботический или постфлебитический синдром) [14].

Несмотря на стремительное развитие современных научных технологий и накопленный многовековой опыт решения многих междисциплинарных проблем, вопросы профилактики и эффективного лечения трофических язв остаются актуальными.

Во многом это связано с нынешней тенденцией к увеличению числа и увеличению распространенности так называемых болезней цивилизации, несмотря на многочисленные и многообещающие научные открытия и достижения в области нанотехнологий, робототехники, генной инженерии и т.д.

Ключевые слова: Трофическая язва, тромбофлебит, тромбоз, диабетическая стопа, нейропатия, интегративная медицина, биологическая медицина, остеоартропатия.

Введение

Вклад истории этого заболевания в биорегуляторную медицинскую литературу является доказательством возможности лечения биорегуляторной медициной даже в случаях, не поддающихся лечению традиционной медициной (диабетико-нейропатические трофические язвы, остеоартроз, венозные тромбозы).

Поздние осложнения сахарного диабета: лечение нейропатической трофической язвы и остеоартропатия, тромбоз и тромбофлебиты вен биорегуляторной терапией.

История болезни #343393465

Ds:- Метаболический синдром, Диабет II типа инсулинозависимая , диабетическая стопа -диабетическая нейропатия-трофическая язва, остеоартропатия, ампутация 2-го пальца левой ноги, тромбоз и тромбофлебит правой задней подвздошной вены.

Хроническая лимфо-венозная недостаточность .

Хронологическая таблица

2016-07-09	Пациент обратился с жалобами на незаживающие раны на подошве обеих ног, приступообразные боли, отечность, и уплотнение на правой голени, перемежающаяся хромота, отсутствие чувствительности на обеих ног и частое мочеиспускание.
2017-01-25	Пациент отмечает что рана на ноге заметно уменьшилась, отечность прошла, боли стихли, постепенно чувствительность на ноге увеличивается в направлении дистального отдела.

Описание

Азербайджанец, мужчина, 02.061964 года рождения, женат, имеет 2 сына, профессия музыкант, подрабатывает на свадьбах, ведет пассивный образ жизни, имеет наследственную предрасположенность к ожирению.

Пациент явился на прием на инвалидной коляске. С 2012 года выявили сахарный диабет, с того же времени на инсулинотерапии. С 2014 года появились незаживающие трофические язвы на подошве обеих стоп. Второй палец левой стопы ампутировано в связи с гангреной. Пациенту было предложено ампутация ноги, но отказавшись он обратился в нашу клинику с целью лечения без хирургического вмешательства.

Диагностические тесты

Тип	Значение	Единицы измерения
2016-09-08		
Cholesterol, total	210	mg/dL

Тип	Значение	Единицы измерения
Clotting time	2	minutes
Creatinine	1.5	mg/dL
D-dimer	1500	ng/mL
ESR (erythrocyte sedimentation rate)	118	mm/1st hour
Glucose	267	g/dL
Hb (hemoglobin)	10	g/dL
HbA1C (hemoglobin A1C)	9	%
Platelet count	450	thousand cells/cubic mm
Uric acid	7.2	mg/dL
WBC (total white blood cells)	10	cells/mm ³
2017-01-25		
Cholesterol, total	180	mg/dL
Clotting time	8	minutes
Creatinine	1	mg/dL
D-dimer	450	ng/mL
ESR (erythrocyte sedimentation rate)	35	mm/1st hour
Glucose	145	g/dL
Hb (hemoglobin)	13.5	g/dL
HbA1C (hemoglobin A1C)	6.5	%
Platelet count	330	thousand cells/cubic mm
Uric acid	4	mg/dL
WBC (total white blood cells)	5.05	cells/mm ³

Обсуждение

Поскольку течение хронических дегенеративных процессов у больного относится к 3-фазной стадии дегенерации по таблице Реквега, протокол биорегуляторного лечения был составлен в следующем порядке:

I. Дренажно-детоксикационная - антигемотоксическими препаратами:

по одному:-

1) траумель+люмфамиозот+гепар+солидаго+коэнзим+биосоди 8,4%-30мл.+NaCl-0,9%-200,0 в/д. 10 раза, через день

NaCl 0,9%-200мл + альфа-липоевая кислота 600мг.. в/д. 10 раза

2) люмфамиозот + убихинон + катализаторы лимонного цикла (все вместе) + NaCl-0,9%-200,0 в/д.10 раз: х 2 раза в неделю, 10 раз ауто-озонотерапии: в неделю 2 раза

II. Гомеосиниатрия:- х 2 раза в неделю (10)

антигемотоксические препараты к точкам РП-10, 9, 6, Е-36, В-60,62,64

инъекция: пульсатилла + каустикум+гамамелис гом. 10 раза

биопунктура: -cartilago+os suis+traumeel в области обеих голеностопного сустава-10 раз

III. Невральная терапия нейро иньел +прокаин

III. Перорально назначено варфарин 25мг х 1 раза вечером после еды, триплексам (10 / 2.5 / 5мг)табл. по 1 х 1 раза по утрам натацак, крурохеел 1х3, нейроксан 2х2

IV. Местное лечение:

1. Первичная обработка раны: промывание изотоническим раствором (до заживления раны)

1. инъектирование вокруг и поверхность раны с плацентио композитум. 10 раза через день

2. Озоновые сапоги 10 раза через день

При физикальном обследовании: - до лечения:

Осмотр стопы: - сформирована диабетическая стопы.

PS-Пульсация стопы:- (+)

Определение болевой чувствительности:- с помощью иглы (-)

Определение чувствительности на прикосновение ватой: - (-)

Определение чувствительности к t0: холодным камертоном: - (-)

Чувствительность к вибрации: 128 Гц-клевня с камертоном

к медиальному суставу 1-го пальца; голеностопные и коленные суставы с обеих сторон:- (-)

Мышечные рефлексы:подколенных сухожилиях: - (слабые)

При физикальном обследовании: - после 4-х месяцев лечения:

Осмотр стопы: - сформирована диабетическая стопы.

PS-Пульсация стопы:- (+)

Определение болевой чувствительности:- с помощью иглы (+)

Определение чувствительности на прикосновение ватой: - (+)

Определение чувствительности к t0: холодным камертоном: - (+)

Чувствительность к вибрации: 128 Гц-клевня с камертоном

к медиальному суставу 1-го пальца; голеностопные и коленные суставы с обеих сторон:- (+)

Мышечные рефлексы: подколенных сухожилиях: - (удовлетворительное)

По визуальным результатам (клиническим, лабораторным, инструментально-ЭМГ, УЗИ венозной системы,рентгенологическим), поскольку биорегуляторная способность у больного

хорошая, лечение привело к полному заживлению нейропатической трофической язвы за 4 месяца. Также достигнуто восстановление периферической чувствительности и реканализации тромбоза левой подвздошной вены.

Описание Доплера до и после лечения:

Цветовое дуплексное сканирование артерий и вен обеих нижней конечности

Дата исследования 07.09.2016

Исследовано:

Общие, глубокие и поверхностные бедренные, подколенные, берцовые, большие и малые подкожные вены обеих ног.

Ампутация II пальца левой стопы.

Отек, пигментация в дистальных отделах обеих нижних конечностей, липодистрофия, уплотнение поверхности левой голени; в области стопы визуализируются **открытые трофические язвы**.

С обеих сторон культя общих, поверхностных и глубоких бедренных, подколенных, икроножных, больших (малых) подкожных вен, сосудистые отверстия вен свободны, в режиме Р(Э)ДК принимает полный цвет, фиксируется фазовое кровообращение, вены в результате компрессии полностью сжимаются.

При осмотре вен левой задней берцовой кости – они не получают полного цвета, в В-режиме их просвет виден нечетко.

Стенки крупных подкожных, поверхностных и перфорантных вен на левой голени визуальное утолщены.

В правой голени отмечается припухлость, отек и боль.

Клапанный аппарат - осмотрен.

При выполнении пробы Вальсальвы с правой стороны клапанный аппарат общей бедренной, подколенной, малой подкожной вен удовлетворительный; выраженная клапанная недостаточность устья и культы левой общей бедренной и большой подкожной вены, не удовлетворительный.

С обеих сторон общие, поверхностные и глубокие бедренные, подколенные, задние и передние берцовые артерии, а также артериальные сосуды задней части стопы проводящие, стенки их утолщены, дифференцировка их на слои нарушена, визуализируется слоистость в стенках сосудов.

Визуализируется магистрального типа, неизменный кровоток на всем протяжении кровообращения.

Заключение:

- Признаки тромбоза и тромбоза со слабой реканализацией левой заднеберцовой вены
- Тромбоз левых крупных подкожных, перфорантных и поверхностных вен

- Клапанный аппарат левой большой подкожной и общей бедренной вен признан неудовлетворительным.
- Эхо-признаки хронической лимфовенозной недостаточности, наблюдаемые при несостоятельности перфорантных и подкожных вен обеих нижних конечностей
- Нарушения проходимости в артериях обеих нижних конечностей нет.

После лечения:

Дата исследования 25.01.2017

Цветовое дуплексное сканирование артерий и вен обеих нижней конечности

Исследовано:

Общие, глубокие и поверхностные бедренные, подколенные, берцовые, большие и малые подкожные вены обеих ног.

С обеих сторон культя общих, поверхностных и глубоких бедренных, подколенных, икроножных, больших (малых) подкожных вен, сосудистые отверстия вен свободны, в режиме Р(Э)ДК принимает полный цвет, фиксируется фазовое кровообращение, вены в результате компрессии полностью сжимаются.

При осмотре вен левой задней берцовой кости –наблюдается полная реканализация сосуда, в В-режиме их просвет виден четко.

Стенки крупных подкожных, поверхностных и перфорантных вен на левой голени визуальное утолщены.

В правой голени отмечается припухлость, отек и боль.

Клапанный аппарат - осмотрен.

При выполнении пробы Вальсальвы с правой стороны клапанный аппарат общей бедренной, подколенной, малой подкожной вен удовлетворительный; умеренная клапанная недостаточность устья и культы левой общей бедренной и большой подкожной вены, удовлетворительный.

С обеих сторон общие, поверхностные и глубокие бедренные, подколенные, задние и передние берцовые артерии, а также артериальные сосуды задней части стопы проводящие, стенки их утолщены, дифференцировка их на слои нарушена, визуализируется слоистость в стенках сосудов.

Визуализируется магистрального типа, неизменный кровоток на всем протяжении кровообращения.

Комплекс интима-медиа неравномерно утолщен, максимально -до 1,3 мм.

Заключение:

- Признаки полной реканализацией левой заднеберцовой вены
- Умеренные признаки тромбофлебита левых крупных подкожных, перфорантных и поверхностных вен
- Клапанный аппарат левой большой подкожной и общей бедренной вен признан удовлетворительным.
- Нарушения проходимости в артериях обеих нижних конечностей нет

08.09.16

Бактериологическое исследование раневой инфекции: E.Coli 10⁷, St.aureus 10⁷, Candida 10³

04.10.17

Бактериологическое исследование раневой инфекции: не выявлено

Позиция пациента

Гиперстенического телосложения, рост 180см, вес 130кг, индекс массы тела 40.1 , температура 37.6 , артериальное давление 180/90 мм р.с., сердечные тоны приглушены, пульс 92 уд/мин, ритмичен. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание.

Визуализируется абдоминальное ожирение. При пальпации живота отмечается увеличение печени на 4 см. Симптом пастернацкого с обеих сторон положительный. Диурез- никтурия. Дефекация- запоры.

При обследовании нижних конечностей отмечается трофические язвы размером 3 см на левой, 1 см на правой стопе. На обеих ногах температура и пульсация уменьшается в дистальном направлении. Нет чувствительности ниже колена на обеих ногах. На правой голени отмечается отечность, гиперемия , уплотнение и боли при пальпации.

Выводы

Тот факт, что биорегуляторная терапия, проведенная у этого пациента, показала высокий терапевтический эффект в течение 6 месяцев, является одним из ярких примеров биологической регулирующей медицины!

Ссылки на литературу

1.Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections

for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022; 183: 109119.

2. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). Summary algorithm for venous ulcer care with annotations of available evidence. Malvern (PA): Association for the Advancement of Wound Care (AAWC); 2005. 25 p.

3. Фишер Л. Невральная терапия по Хунеке

М.: Арнебия. 2004. -240с.

4. Гюнтер Бауэр, Вернер Фразе

Современная гомеосиниатрия: практическое руководство том 1,2,3,4.

Пер. с нем. М.: Арнебия. 2005. -144с.

5. Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics. 5 th ed. Calcutta. India: Sett dey & Co; 1925

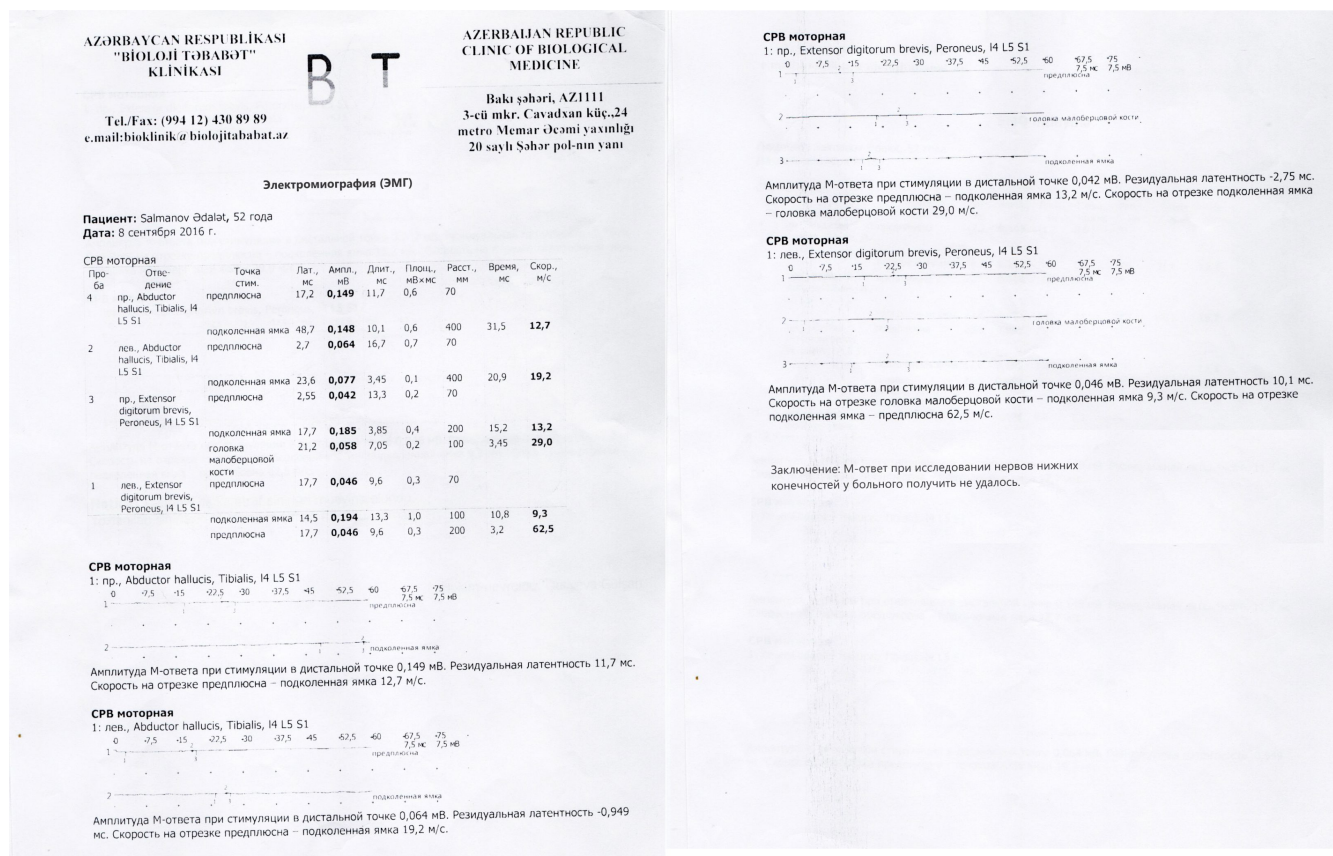
6. Jianying Song, Aiai Liu, Bo Liu, Wei Huang, Zongzhe Jiang, Xue Bai Lixin Hu, Silin Zheng, Shengming Guo, Jianming Wu, Qi Chen. Natural Biologics Accelerate Healing of Diabetic Foot Ulcers by Regulating Oxidative Stress. Front. Biosci. (Landmark Ed) 2022; 27(10): 285

7. Allen TF. A Primer of materia for practitioners of homeopathy 1 st ed. Philadelphia, PA: Boericke & Tafel; 1892.

Организации, в которых работает автор

1. Arzu Musayeva, dr-musayeva@mail.ru

Приложения



До лечения

9 of 10



До лечения



После лечения