

УДК 617.584-002.44-02:616.14-007.64]-084-085-085.83

## СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

*И.В. Куценко*

Городской кожно-венерологический диспансер № 1, Донецк

**Ключевые слова:** трофические язвы, профилактика, лечение, озонотерапия, «Аргосульфам».

Большая распространенность трофических язв, склонность к рецидивам, недостаточная эффективность существующих консервативных методов лечения, огромный экономический ущерб, вызванный временной потерей трудоспособности и частой инвалидизацией пациентов, заставляют обратить особое внимание на эту патологию.

Причины развития трофических язв достаточно разнообразны. Так, по частоте встречаемости в 52% случаев это варикозные трофические язвы, в 14% — артериальные, в 13% — трофические смешанные, в 7% — посттромбофлебитические, в 6% — посттравматические, в 5% — диабетические, в 1% — нейротрофические (Савельев, 2001).

Варикозная болезнь и развивающаяся на ее фоне хроническая венозная недостаточность (ХВН) — одно из самых распространенных заболеваний, которым, по данным различных авторов, страдает до 20% населения. Частота возникновения трофических язв в дистальных отделах конечностей при декомпенсации венозного кровообращения у больных, не получавших специального лечения, достигает 90%. У 60—75% пациентов с трофическими язвами наблюдаются дерматологические осложнения. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении ХВН в последнее десятилетие, частота этого осложнения остается высокой. Не менее 1% взрослой популяции страдает трофическими язвами венозной этиологии, поэтому их лечение является важной медико-социальной проблемой.

Независимо от формы ХВН (варикозная или посттромбофлебитическая болезнь) в основе нарушения трофики кожи и развития язв лежит венозная гипертензия. В результате последней возникает каскад патологических процессов на различных уровнях:

- тканевом (гипоксия);
- микроциркуляторном (микротромбозы и сладж форменных элементов крови);
- клеточном (активизация лейкоцитов с выбросом ими лизосомальных ферментов).

Кроме того, происходят локальные и системные сдвиги, формирующие синдром гипервязкости крови. В результате возникновения первичного аффекта нарушается барьерная функция кожи. Повреждение ее слоев сопровождается некрозом мягких тканей и массивным экссудативным процессом. В дальнейшем происходит быстрая бакте-

риальная контаминация трофической язвы, которая в ряде случаев может приобретать генерализованный характер.

Отягощают течение и усложняют лечение трофических язв различные дерматологические осложнения, наиболее частым из них является микробная (паратравматическая, варикозная) экзема. Основным механизмом реализации экзематозного процесса при трофических язвах — сенсibilизация организма. Зачастую у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей отмечается сопутствующий микоз стоп, онихомикоз в различных клинических проявлениях.

Для эффективного лечения трофических язв необходимо учитывать этиологические факторы и патогенетические механизмы их развития. В настоящее время принято начинать лечение трофических язв с комплекса консервативных мероприятий, который в ряде случаев (пожилой возраст, сопутствующая патология, отказ больного от хирургического вмешательства) является единственным возможным методом лечения.

Наличие открытой инфицированной трофической язвы у пациентов с хронической венозной недостаточностью значительно ограничивает возможности хирургической коррекции нарушений регионарного кровообращения в связи с высоким риском гнойно-септических послеоперационных осложнений. В этой ситуации важное значение приобретают консервативные методы лечения.

Знание патогенеза заболевания и возросшие возможности диагностики и лечения варикозной болезни позволяют по-новому подойти к выбору метода лечения. При этом все большую роль играет рациональная организация лечебно-диагностического процесса.

Основой успешного лечения трофических язв и варикозной экземы является проведение комплексного лечения. Так, в клинике городского кожно-венерологического диспансера № 1 (г. Донецк) разработан и внедрен комплексный подход к лечению осложненных трофических язв. Пациентам рекомендуют постельный режим с возвышенным положением нижних конечностей. Исключается длительное стояние, физическая нагрузка. Особое внимание уделяется лечению сопутствующей патологии. Пациентам назначается курс общей терапии: озонотерапия (в/в инфузии, местная аэрация

озоно-кислородной смесью), препараты, улучшающие микроциркуляцию и трофику тканей, антигистаминные, седативные препараты.

В комплексном лечении больных с осложненными трофическими язвами были использованы следующие методы озонотерапии:

- внутривенное капельное введение озонированного изотонического раствора хлорида натрия;
- аэрация поверхности язвенного дефекта озон-кислородной смесью в пластиковом изоляторе;
- струйное промывание и аппликации на язвы озонированными растворами.

Выбор метода озонотерапии, его физические параметры и комбинации с другими методами были обусловлены фазой течения раневого процесса. Внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора применялись в комбинации с местными методами. Всем больным выполнялась аэрация пораженной конечности озон-кислородной смесью в пластиковом изоляторе с последующей струйной обработкой язвы озонированным физиологическим раствором.

В ходе комплексного местного лечения с использованием методов озонотерапии достигнуто более раннее очищение язв, в среднем на 5—6-е сутки. Отмечен выраженный бактерицидный эффект озонотерапии, некролитическое действие на нежизнеспособные ткани с ускоренным отторжением последних и очищением раневой поверхности, отчетливое противовоспалительное действие. Клинически это проявлялось в виде быстрого уменьшения болей и отека тканей в области язв, отчетливого улучшения общего состояния больных, более раннего появления грануляций и краевой эпителизации.

После достижения удовлетворительной санации трофических язв лечебный процесс был ориентирован на закрытие язвенных дефектов.

Таким образом, применение озонотерапии в комплексном лечении трофических язв голени венной этиологии обеспечивает широкий спектр местных и системных лечебных эффектов, что существенно улучшает результаты лечения.

Важную роль играет медикаментозное лечение ХВН. Доказано, что при ХВН в стадии трофических расстройств наиболее эффективен микронизированный диосмин, который повышает венозный тонус, действует на эластические модули, стимулирует лимфатический дренаж, ингибирует адгезию и миграцию лейкоцитов, повышает резистентность капилляров, улучшает кожную перфузию и реологические параметры. «Детралекс» наиболее эффективен в начальной стадии ХВН и в сочетании с другими лечебными мероприятиями, такими как компрессионная терапия.

Неотъемлемым компонентом комплексной противоязвенной терапии при ХВН является рациональное местное лечение. Его регламент вызывает наибольшие споры среди специалистов.

Местное лечение трофических язв всегда представляло для практических врачей определенные трудности. Какой препарат оптимален для быстрого заживления язвы? На этот вопрос однозначного ответа нет. У большинства наблюдаемых нами па-

циентов до обращения в клинику лечение проводилось бессистемно. Независимо от фазы раневого процесса использовались самые различные наружные средства. Почти 60% больных занимались самолечением на фоне продолжающегося ухудшения заболевания.

Известно, что местное использование большинства антибиотиков бессмысленно, поскольку они под действием кислой среды трофических язв быстро расщепляются и инактивируются. В связи с этим для местного лечения язв следует применять антисептические препараты, устойчивые при низких значениях pH и обладающие широким антимикробным спектром действия, т. к. в патологическом процессе принимает участие множество микроорганизмов, прежде всего стафилококки, стрептококки, гемолитические бактерии. Одним из представителей новых антибактериальных препаратов для местного применения является «Аргосульфан».

Соли сульфадиазина впервые были применены Фоксом в 1967 г. Институт прикладной фармации Гданьской медицинской академии разработал, а фармацевтический завод «Ельфа» выпустил оригинальный препарат под названием «Аргосульфан» в виде 2% крема.

Соединения серебра с сульфаниламидами оказывают в несколько десятков раз более выраженный антибактериальный эффект, чем непосредственно сульфаниамиды. Характерной особенностью крема «Аргосульфан» является его активность в отношении как грамотрицательных, так и грамположительных бактерий. Антибактериальное действие крема усиливается наличием серебра, которое обладает олигодинамическим эффектом и одновременно ослабляет сенсibilизирующие свойства сульфаниамидов. Бактерицидное действие ионов серебра обусловлено связыванием их с РНК микробных клеток. Сульфатиазол угнетает размножение бактерий. Благодаря слабой растворимости солей серебра поддерживается постоянная концентрация препарата в очаге воспаления.

Препарат не теряет активности под действием света, при нанесении на кожу не вызывает ее потемнения. Имеются многочисленные данные о высокой эффективности крема «Аргосульфан» в лечении ожогов и трофических язв различного происхождения (ожоги постлучевые, термические всех степеней, трофические язвы голени).

Показаниями к назначению крема «Аргосульфан» также являются: раны после лечения острых гнойных заболеваний мягких тканей, посттравматические раны мягких тканей, пролежни, раны после взятия лоскута для аутодермопластики, микробная экзема, стрептостафилодермия.

Крем наносили под марлевую повязку тонким слоем (2—3 мм) 2 раза в сутки. При сменах повязки рану обрабатывали озонированным физиологическим раствором. Продолжительность курса лечения до полного очищения язв, появления выраженных признаков грануляции и краевой эпителизации составляла от 7 до 15 дней. В результате лечения «Аргосульфаном» у всех больных отмечена его вы-

сокая терапевтическая эффективность. Крем противопоказан при аллергической реакции на сульфаниламиды, врожденном дефиците глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, беременности.

Доступная цена препарата способствует его широкому использованию.

Одним из патогенетически значимых моментов комплексного лечения трофических язв, обусловленных ХВН, на наш взгляд, является метод локальной компрессионной терапии.

Научных работ, посвященных компрессионному лечению, крайне мало. Больные подчас знают о компрессионных средствах больше, чем врачи. Компрессионное лечение дополняет другие виды лечения. Эластическая компрессия может быть постоянной и временной.

Компрессионная терапия является обязательным компонентом любого способа лечения ХВН и наиболее эффективным методом ее профилактики. Сейчас мы располагаем обширным арсеналом средств эластической компрессии. Терапевтический эффект ее обусловлен следующими основными механизмами:

- снижением патологической венозной «емкости» нижних конечностей, обусловленной компрессией межмышечных венозных сплетений и перфорантных вен;

- улучшением функциональной способности относительно недостаточного клапанного аппарата в связи с уменьшением диаметра вены, вследствие чего возрастает скорость кровотока;

- возрастанием обратного всасывания тканевой жидкости в венозном колене капилляра и снижением фильтрации — в артериальном за счет повышения тканевого давления. Результатом является регресс отека;

- увеличением фибринолитической активности крови за счет более интенсивной выработки тканевого активатора плазминогена. Этот механизм очень важен для предотвращения тромботических осложнений ХВН.

Правильно подобранные средства и режим эластической компрессии следует считать обязательными компонентами лечебной программы ХВН. Необходимо подчеркнуть, что эластическая компрессия, пожалуй, единственный метод лечения ХВН, к которому нет противопоказаний. Рациональный выбор компрессионного лечения в короткие сроки обеспечивает благоприятные флебодинамические условия для закрытия трофических язв и препятствует их рецидиву в последующем. Кроме этого, компрессионное лечение следует использовать как противорецидивное средство.

В заключение считаю необходимым подчеркнуть, что эффективное лечение ХВН возможно лишь при индивидуальном подходе к каждому конкретному случаю, рациональном использовании современного арсенала хирургических и терапевтических технологий, четком осознании пациентом необходимости следовать рекомендациям врача. Это может быть достигнуто только при тесном сотрудничестве специалистов-флебологов и врачей-дерматологов.

## СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК

I.V. Куценко

Обговорюються стратегії профілактики та лікування ускладнень трофічних виразок — озонотерапія, використання антибактеріального препарату для місцевого застосування «Аргосульфану» («Сльфа», Польща), компресійна терапія.

## MODERN STRATEGIES OF PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF DERMATOLOGICAL COMPLICATIONS OF TROPHIC ULCERS

I.V. Kutsenko

Strategies of prophylaxis and treatment of trophic ulcers complications are discussed in the article, namely: ozonotherapy, use of topic antibacterial medication Argosulfan (Jelfa, Poland) and compressive therapy.