

Комбинированный метод консервативного лечения трофических язв венозного генеза

Т. И. Стрелкович, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Combined method of conservative treatment of trophic venous ulcers

T. I. Strelkovich

Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

Резюме

Статья содержит сведения о комбинированном методе консервативного лечения трофических язв венозного генеза с использованием в дополнение к стандартному лечению фототерапии полихроматическим поляризованным излучением и импульсной индукционной магнитотерапии. В статье представлено клиническое исследование эффективности данной методики на группе из 14 пациентов с венозными трофическими язвами.

Ключевые слова: венозные трофические язвы, полихроматическое поляризованное излучение, магнитотерапия.

Summary

This article provides information about the combined method of conservative treatment of venous trophic ulcers, using phototherapy with polychromatic polarized radiation and pulsed induction magnetotherapy in addition to the standard treatment. The article presents a clinical study of the effectiveness of this method in a group of 14 patients with venous trophic ulcers.

Key words: venous trophic ulcers, polychromatic polarized radiation, magnetotherapy.

Трофические язвы представляют собой длительно не заживающие раневые дефекты кожи, резистентные к проводимому лечению, возникшие в результате внешних или внутренних причин, или их сочетания. Венозные трофические язвы возникают вследствие хронического прогрессирующего нарушения венозного оттока из нижних конечностей. По статистике, трофические язвы осложняют течение хронической венозной недостаточности в 15–18 % случаев и наблюдаются у 1–2 % трудоспособного населения, у пациентов старше 65 лет частота встречаемости достигает 4–5 % [1, 2].

В настоящее время существует большое количество методов консервативного лечения трофических язв, которые используются как в сочетании с хирургическими методами, так и при невозможности использования последних (например, у пациентов пожилого и старческого возраста). Однако, по данным зарубежных авторов, большинство язв рецидивирует в течение 2 месяцев после выписки из стационара, причем вне зависимости от метода лечения и первоначальной причины изъязвления [3].

Широкая распространенность, длительное течение, частое рецидивирование, временная утрата или снижение трудоспособности, инва-

лидизация, существенное ухудшение качества жизни пациентов заставляют рассматривать лечение венозных трофических язв как значимую междисциплинарную проблему и искать новые высокоэффективные и при этом широкодоступные способы лечения [4]. В настоящее время оптимальным вариантом терапии считается комбинация оперативных и консервативных методов лечения, режима компрессионной терапии и физиотерапевтических процедур с учетом течения заболевания, стадии раневого процесса и наличия осложнений [5, 6].

Медикаментозное лечение трофических язв включает широкий спектр препаратов как общего, так и местного действия: средства, улучшающие периферическое кровообращение; антибиотики и антимикотики; производные нитроимидазола (с учетом чувствительности микрофлоры); десенсибилизирующие средства; антигистаминные препараты; венотоники; антикоагулянты непрямого действия. Основным моментом успешного медикаментозного лечения данной патологии является устранение венозной гипертензии, которая признана основной причиной развития язвенных дефектов.

Немаловажное значение в лечении трофических язв имеет рациональное применение наружных средств с учетом стадии язвенного процесса, сопут-

ствующих осложнений, возможной антибиотикорезистентности флоры, а также индивидуальной переносимости препаратов. Поиск новых эффективных ранозаживляющих средств всегда остается актуальным вопросом медицинской практики.

В комплексной реабилитации больных с повреждением кожного покрова большое значение имеют физиотерапевтические методы лечения, значительно улучшающие репаративную и противовоспалительную составляющую терапии и ускоряющие процессы заживления. В дерматологии одним из наиболее распространенных методов физиотерапии является светолечение. В частности, перспективным, безопасным и патогенетически обоснованным в вопросе ранозаживления методом считается применение полихроматического поляризованного излучения (ППИ) в волновом диапазоне 480–3400 нм с низкой энергией излучения – плотность 2,4 Дж/см², удельная мощность 40 мВт/см², что обеспечивает достаточно глубокое проникновение в кожу при минимальном нагревании [7, 8]. Основу лечебного действия ППИ составляют селективное поглощение его компонентов различными хромофорами кожи в очаге воздействия, избирательная активация молекулярных комплексов биологических тканей,

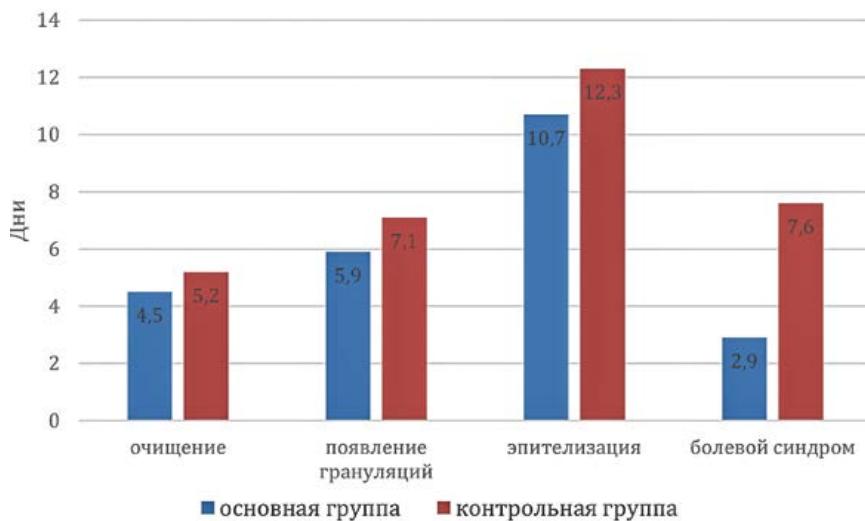


Рисунок 1. Динамика течения раневого процесса в зависимости от применяемого метода лечения.



Рисунок 2. Распределение пациентов относительно степени заживления язвы к концу 14-х суток наблюдения.

повышение их биоэлектрического потенциала, усиление процессов метаболизма, изменение физико-химических свойств клеточных мембран, что приводит к стимуляции пластических процессов. Кроме того, ППИ усиливает локальный кровоток, что улучшает трофическую и лимфодренажную функции, повышает фагоцитарную активность нейтрофилов, обладает умеренным иммуномодулирующим действием, улучшает адаптивные свойства организма. Мягкое согревающее действие ППИ способствует более глубокому проникновению активных ингредиентов топических средств [9]. Применение такого излучения у пациентов с трофическими язвами патогенетически оправданно и клинически целесообразно.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 14 пациентов (средний возраст: $60,2 \pm 1,6$ года) с венозными трофическими язвами. Среди них 9 (64,3%) женщин и 5 (35,7%) мужчин. Патологический процесс носил преимущественно асимметричный характер, очаги располагались на одной нижней конечности, у 4 больных – на обеих нижних конечностях. Клиническая картина была представлена единичными или множественными очагами (до двух) с локализацией в области голеностопных суставов, голени. Средняя площадь язвенных дефектов составила $1,7 \pm 0,5$ см². Все пациенты получали компрессионную терапию и комплексное медикаментозное лечение, соответствующие стандартам при

данной патологии; наружная терапия включала в себя ежедневный щадящий туалет язвы с использованием физиологического раствора, аппликацию на окружающие язвенный дефект ткани комбинированного топического средства, содержащего офлоксацин, метилурацил, лидокаин, и наложение асептической повязки. Основная группа (7 человек) получала дополнительно физиотерапевтическое лечение, которое включало фототерапию поляризованным полихроматическим светом с эмиссией в диапазоне 480–3400 нм (степень поляризации более 95% в эмиссии на 590–1550 нм; аппарат «Биоптрон-2», Швейцария). Расстояние при экспозиции – 10–12 см, перпендикулярно язвенной поверхности; длительность облучения – 6 минут на поле; суммарное время одной процедуры не превышало 15 минут. Курс составил 14 процедур. Также в лечение был включен курс из 10 процедур импульсной индукционной магнитотерапии, длительность процедуры составляла 10 минут, частота следования серий импульсов – 30 в минуту, интервал между импульсами в серии – 10 мс, интенсивность магнитного поля – 0,5–0,75 Тл. Критериями эффективности применения комбинированного лечения выступали уменьшение размеров язвы, сроки очищения язвы и появления грануляций, сроки эпителизации, динамика выраженности болевого синдрома. В ходе исследования учитывались показатели дерматологического индекса GSS, индекса VAS боли, индекса качества жизни (ДИКЖ). Кроме того, исследовалось состояние гемодинамики в микроциркуляторном русле в очаге поражения до и после терапии методом лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ).

Результаты исследования.

Исследование микроциркуляции в очагах поражения посредством ЛДФ показало наличие изменений спастического характера с явлениями гипертонуса в артериолах, усилением давления в венах и застойными явлениями на капиллярном уровне, что, по сути, свидетельствует о нарушениях в активных и пассивных механизмах микроциркуляции. После комбинированного

применения ППИ и импульсной индукционной магнитотерапии у пациентов контрольной группы наблюдалось значимое улучшение гемодинамических показателей на уровне различных отделов микроциркуляторного русла, что позволяет сделать вывод об эффективности метода в вопросе восстановления трофики тканей.

Время достижения стадии эпителизации язвенной поверхности в основной группе составило $10,7 \pm 1,5$ дня. К этому времени вся язвенная поверхность была покрыта чистыми ярко-красными сочными грануляциями с высокой адгезивностью. Заживление трофических язв к концу курса физиотерапии было достигнуто у 43,2% больных в основной группе и у 30,2% – в контрольной. В контрольной группе у 33,4% пациентов эпителизация составила менее 75%, в то время как в основной группе – у 17,2%.

Со 2-х суток после начала терапии у 52% пациентов основной группы отметили уменьшение болевого синдрома, полное купирование болевого синдрома по окончании курса лечения зафиксировали у 78% больных. В контрольной группе к окончанию курса терапии (на 14-е сутки) купирование болевого синдрома наблюдалось в 57,6% случаев.

Нежелательных побочных эффектов в процессе лечения не наблюдалось.

Таким образом, очевидна клиническая эффективность комплексного подхода в лечении венозных трофических язв и купировании болевого синдрома.

Список литературы

1. Золотухин И.А., Богачев В.Ю. Топические средства в лечении хронических заболеваний вен. Справочник поликлинического врача. – 2007; 4: 87–90.
2. Wagner F.W. A classification and treatment program for diabetic, neuropathic and dysvascular

foot problems. In: The American Academy of Orthopaedic Surgeons instructional course lectures. St. Louis: Mosby Year Book; 1979: 143–65.

3. Reeder S., de Roos K.P., de Maeseneer M., Sommer A., Neumann H.A. Ulcer recurrence after in-hospital treatment for recalcitrant venous leg ulceration. Br. J. Dermatol. 2013; 168 (5): 999–1002.
4. Yavuz C., Demirtas S., Guclu O., Karahan O., Yazici S., Caliskan A., Mavitas B. An alternative therapy for recurrent stasis ulcers in chronic venous insufficiency: venocuff. Case Rep. Vasc. Med. 2012; 2012: 315147. DOI: 10.1155/2012/315147.
5. Богданец Л.И. Венозные трофические язвы. Возможности современной флебологии в решении старой проблемы. // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 17. – С. 1060–4.
6. Богачев В.Ю., Богданец Л.И., Кириенко А.И., Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Местное лечение венозных трофических язв // Consilium Medicum. – 2001. – № 2. – С. 45–50.
7. Круглова А.С., Понин Е.С., Левшин Р.Н. Поляризованный свет: опыт применения при хронических дерматозах. – 2015. – № 6. – С. 76–82.
8. Aragona SE, Grassi FR, Nardi G, Lotti J, Mereghetti G, Canavesi E, Equizi E, Puccio AM, Lotti T. Photobiomodulation with polarized light in the treatment of cutaneous and mucosal ulcerative lesions. J Biol Regul Homeost Agents. 2017 Apr-Jun; 31 (2 Suppl. 2): 213–218.
9. Самойлова К.А. Механизмы противовоспалительного, иммуномодулирующего, ранозаживляющего и нормализующего обмен веществ действия света прибора «Биоптрон». Вестник СурГУ. Медицина. – № 4, 2010. – С. 119–126.

Для цитирования: Стрелкович Т.И. Комбинированный метод консервативного лечения трофических язв венозного генеза. Медицинский алфавит. 2020; (6):61–63. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-6-61-63>

For citation: Strelkovich T.I. Combined method of conservative treatment of trophic venous ulcers. Medical alphabet. 2020; (6):61–63. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-6-61-63>

DOI: 10.33667/2078-5631-2020-6-63–65

Микробиологическая картина онихопатий у больных псориазом

И.С. Максимов, ассистент кафедры кожных и венерических болезней
Н.Г. Кочергин, д.м.н., проф. кафедры кожных и венерических болезней
В.С. Новоселов, к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней
Ж.С. Дитмарова, к.м.н., врач-бактериолог межклинической лаборатории
Д.И. Ушакова, студентка кафедры кожных и венерических болезней

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Microbiological picture of onychopathy in psoriatic patients

I.S. Maximov, N.G. Kochergin, V.S. Novoselov, Z.S. Ditmarova, D.I. Ushakova
 First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov, Moscow, Russia

Резюме

Цель исследования. Оценить встречаемость онихомикоза и бактериальную обсемененность онихопатий у больных псориазом. **Материал и методы.** В исследование было включено 86 пациентов с псориазом кожи и измененными ногтевыми пластинами или с изолированным псориазом ногтей. Пациентам проводился комплекс лабораторных исследований пораженных ногтевых пластин, включающий прямую микроскопию с 20% KOH, микологический посев на среду Сабуро с хлорамфениколом и циклогексимином, бактериологический посев с идентификацией с помощью масс-спектрометра MALDI-TOF. **Результаты исследования.** Из 86 пациентов у 27 (31,4%) был диагностирован онихомикоз (KOH – положительный результат или KOH – отрицательный результат с положительным результатом на дерматофиты при культуральном исследовании). Из 27 пациентов с онихомикозом у 9 он был вызван патогенными грибами, у 18 – условно патогенными грибами. Из 54 пациентов с псориазом ногтей 9 (16,7%) имели онихомикоз, у 3 были обнаружены дерматофиты, у 6 – условно патогенные микромицеты. Всего было проведено 97 микробиологических исследований у 86 пациентов, при которых были обнаружены следующие микроорганизмы: *Staphylococcus caprae* – 28 штаммов, *Staphylococcus lugdunensis* – 26,

Summary

Objective. To evaluate the incidence of onychomycosis and bacterial contamination of onychopathy in patients with psoriasis. **Material and methods.** The study included 86 patients with skin psoriasis and abnormal nail plates or isolated nail psoriasis. Patients nail plates examined in laboratory using direct microscopy with 20% KOH, mycological culture Sabourauds Dextrose Agar with chloramphenicol and cycloheximide, and bacteriological culture with identification using the MALDI-TOF mass spectrometer. **Results.** Out of 86 patients, 27 (31.4%) had onychomycosis (KOH-positive or KOH-negative with a positive result for dermatophytes in a culture study). Of the 27 patients with onychomycosis, 9 caused by pathogenic fungi, and 18 caused by opportunistic fungi. Of the 54 patients with nail psoriasis, 9 (16.7%) had onychomycosis, 3 had dermatophytes, and 6 had opportunistic micromycetes. A total of 97 microbiological studies were conducted in 86 patients, in which the following microorganisms were detected: *Staphylococcus caprae* – 28 strains, *Staphylococcus lugdunensis* – 26, *Staphylococcus epidermidis* – 26, *Staphylococcus haemolyticus* – 15, *Staphylococcus*