
А.Н. КОСИНЕЦ, А.В. ФРОЛОВА, В.П. БУЛАВКИН, В.И. ДЕНИСЕНКО**«ФИТОМП» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Отделенческая клиническая больница на ст.Витебск,
Республика Беларусь

Для улучшения результатов лечения трофических язв предложено лекарственное средство растительного происхождения «ФитоМП» из маклей мелкоплодной и подорожника большого. Эффективность местного лечения оценивали с помощью клинических, цитологических, бактериологических методов исследования. Установили, что благодаря антимикробному эффекту лекарственного средства «ФитоМП» при его использовании происходит быстрое очищение язвенной поверхности от патогенной микрофлоры. Применение предложенного растительного средства позволяет снизить дозу антибактериальных препаратов и исключить назначение обезболивающих средств. Во II и III фазах раневого процесса под влиянием лекарственного средства «ФитоМП» происходит более быстрая репарация язвенной поверхности с формированием гладкого рубца.

Проблема лечения трофических язв остается по-прежнему актуальной, несмотря на успехи, достигнутые в последние годы. Являясь осложнением варикозной (50% случаев) и посттромботической (16%) болезнью нижних конечностей, они занимают «лидирующее» место, составляя 66% от всех язв различной этиологии. На сегодняшний день до 20% трудоспособного населения и около 4-5% людей пожилого и старческого возраста страдает этой патологией. В большинстве случаев (до 56%) трофические язвы рецидивируют многократно, а сроки их заживления могут составлять 9–12 месяцев и более [3, 5].

Для лечения трофических язв используются различные методы и схемы, широкий арсенал лекарственных средств. Однако многие из них лишены антибактериальной активности, обладают слабым регенерирующим действием, имеют побочные эффекты и, к тому же, они дорогостоящие. Мест-

ное лечение, задачами которого выступают санация и полное заживление очага, играет важную роль наряду с системной фармакотерапией, физиотерапевтическими процедурами (лазерное излучение, ультразвук), хирургической коррекцией нарушенного венозного оттока. Наиболее доступным и экономически выгодным методом остается лечение под повязкой с использованием различных лекарственных средств.

Отличительной особенностью язвы является полиморфность изменений в ней, и поэтому длительное применение традиционных лекарственных средств с однонаправленным действием зачастую является неэффективным.

Осложняют процесс заживления язв и другие серьезные проблемы. Одной из них являются язвенные дефекты у больных сахарным диабетом, локализация которых на стопе резко ограничивает физическую активность пациентов, ухудшает качество их

жизни, требует длительного применения ранозаживляющих препаратов [1, 4].

Продолжительная антибиотикотерапия с целью борьбы с присоединившейся инфекцией, как правило, подавляет защитные иммунные силы организма, а также способствует развитию аллергических реакций различной степени выраженности.

Необходимость применения обезболивающих средств в течение длительного времени может приводить к развитию побочных эффектов со стороны системы крови, что также замедляет процесс заживления.

Трофические язвы часто представляют собой глубокие дефекты, после заживления которых остаются, как правило, грубые рубцы, что создает дополнительные косметические проблемы.

Дифференцированный подход к использованию лекарственных средств с обезболивающим, антимикробным, дегидратирующим и стимулирующим репарацию действием является оправданным для достижения успеха [2, 5].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния лекарственного средства растительного происхождения «ФитоМП» из маклей мелкоплодной и подорожника большого на повышение эффективности комплексной терапии трофических язв и послеоперационных ран нижних конечностей.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 22 пациента в возрасте от 43 до 83 лет (14 женщин, 8 мужчин) с хроническими трофическими язвами, развившимися в результате нарушения кровообращения в нижних конечностях по причине тромбоза или диабетической ангиопатии. На момент поступления в клинику трое больных перенесли флебэктомию, у одиннадцати имелись признаки острого тромбоза на фоне посттромботического синдрома

(ПТФС), у троих – признаки рожистого воспаления кожи, у 8 пациентов трофическая язва сочеталась с начинающейся гангреной пальцев ноги.

Длительность заболевания в среднем составляла 8 лет. Большинство (89%) пациентов имели единичные язвенные дефекты, лишь трое поступили с 2-мя язвами. Как правило, локализация язв приходилась на переднюю, внутреннюю или внешнюю поверхность голени, у 6 больных сахарным диабетом – на стопу. Размеры варьировали от 0,5x0,5 см до 3x4 см. У 8 пациентов язвенная поверхность была покрыта фибринозными массами, у 6 – фибринозно-гнойными, у 5 – гнойно-некротическими, у троих больных с рожистым воспалением имелись пузырьки с серозно-гнойным содержанием. Все пациенты отмечали выраженный болевой синдром и в амбулаторных условиях до поступления в клинику принимали нестероидные противовоспалительные средства.

Контрольную группу составили 20 пациентов.

Методика лечения - пациентам из основной и контрольной групп было назначено общее и местное лечение: инфузионная терапия («Реополиглюкин» 200 мл + «Трентал» 5 мл + аскорбиновая кислота 5 мл в/в капельно, через день № 5), «Аспирин» 0,5 г 1 раз в сутки. Больные с признаками острого тромбоза, кроме этого получали инъекции раствора гепарина 5000 ЕД п/к 4 раза в сутки в течение 6 дней.

Пациентам из обеих групп проводили туалет язвенной поверхности и прилегающих к ней кожных покровов. В I фазе раневого процесса перевязки делали ежедневно.

В основной группе в случае обильной экссудации и высокой степени микробной обсемененности присыпку «ФитоМП» при соотношении компонентов маклей мелкоплодная : подорожник большой 2 : 1 наносили тонким слоем на поверхность язвы с

помощью распылителя «Раполекс». Пациентам, у которых экссудация была умеренной, на язвенные поверхности накладывали стерильные марлевые салфетки, обильно смоченные в настое «ФитоМПа» при таком же соотношении компонентов.

Во II и III фазах раневого процесса применяли лекарственное средство «ФитоМП» при соотношении компонентов маклей : подорожник 1 : 2 или 1 : 1, лекарственную форму подбирали индивидуально в зависимости от состояния грануляций. Сверху накладывали стерильную марлевую повязку. После заполнения язвенного дефекта грануляциями перевязки проводили 1 раз в 2 дня.

Настой готовили в соответствии с требованиями ГФ XI издания в стерильных аптечных условиях из присыпки «ФитоМП» непосредственно перед применением и использовали в течение суток.

Для местного лечения в контрольной группе применяли традиционные лекарственные средства.

Все пациенты использовали эластичную компрессию нижних конечностей в виде бинтования в I фазе раневого процесса или компрессионный трикотаж на стадии эпителизации.

Оценку эффективности лечения проводили при контрольном осмотре на 3, 7, 14, 21-е сутки на основании изменения клинических проявлений заболевания, по субъективным ощущениям пациентов, степени бактериальной обсемененности, цитологической картины, изменению площади язвенной поверхности, по срокам заживления. При этом учитывали длительность заболевания и размеры трофического дефекта, частоту рецидивов.

Результаты и обсуждение

В результате проведенной клинической апробации лекарственного средства расти-

тельного происхождения «ФитоМП» выявлено его положительное влияние на течение репаративного процесса.

Уже в первые дни лечения в основной группе значительно уменьшились количество раневого отделяемого и выраженность воспалительных реакций. Микробная обсемененность язв интенсивно снижалась с 10^6 - 10^5 до 10^3 микроорганизмов на 1 г ткани и к концу лечения отсутствовала у 87% пациентов. На 3-и сутки применения лекарственного средства «ФитоМП» выявлено частичное очищение язвы от гнойного содержимого у 16 пациентов, а полное исчезновение микрофлоры у них наступило на 8 день лечения. У троих больных язвы полностью очистились от гноя на 5-е сутки, у одного – через 11 дней.

Исходно имевшийся у 90% пациентов отек быстро регрессировал и к 7-м суткам наблюдался лишь у 5% в основной группе. При этом в контрольной группе он сохранялся у 29% больных.

Раневая поверхность быстро очищалась от фибрина и некротических масс, которые легко удалялись вместе с остатками присыпки при туалете язвы. Уменьшение экссудации, превращение отделяемого из мутного гнойно-серозного в прозрачное серозное, появление ярко-красных мелкозернистых грануляций свидетельствовало о положительном течении раневого процесса. Его переход во II фазу наблюдался на третий день лечения, при этом в контрольной группе при использовании традиционной терапии – на 7-8 дни.

С момента заполнения всей язвенной поверхности грануляционной тканью, перевязки проводили не чаще одного раза в 2 дня, используя настой лекарственного средства «ФитоМП». Следует отметить, что выбор соотношения компонентов средства на определенных стадиях лечения обусловлен тем, что маклейя мелкоплодная помимо выраженной антимикробной активно-

сти обладает сильным подсушивающим и прижигающим действием, что негативно может сказаться на росте грануляционной ткани. Исходя из этого, во II и III стадиях раневого процесса мы использовали соотношение компонентов мажей мелкоплодная : подорожник большой 1:1 для поддержания антимикробного эффекта или при соотношении 1 : 2 с целью усиления репаративной активности средства.

Под влиянием лекарственного средства «ФитоМП» образование ярких сочных грануляций сопровождалось выраженной краевой эпителизацией. В ходе лечения нами отмечено, что у пациентов с преобладанием гнойно-воспалительных изменений в области язвы применение лекарственного средства «ФитоМП» в первые двое суток несколько усиливало болевые ощущения в ране сразу после перевязки, которые проходили самостоятельно в течение 10-20 минут. Большинство пациентов отмечали лишь незначительное жжение во время первой перевязки, быстро проходящее самостоятельно. Более того, 90% пациентов, получавшие лечение «ФитоМПом», не нуждались в применении обезболивающих лекарственных средств, в отличие от больных из контрольной группы.

Полное заживление язв достигнуто у 75% пациентов, осложненные язвы заживали в течение 20-22 дней. Заживление ран у пациентов с сахарным диабетом достигнуто в 57% случаев, у остальных больных наблюдалось уменьшение язв или их полное очищение.

При традиционном лечении в контрольной группе удалось достичь заживления лишь у 39% пациентов к концу второго месяца.

Цитологическое исследование мазков-отпечатков до лечения констатировало преобладание нейтрофилов с признаками дегенеративных изменений, в большом количестве присутствовали кокки, фибрин и тканевой детрит.

К пятым суткам от начала лечения микрофлора в мазках отсутствовала, число нейтрофилов с дегенеративными изменениями, фибрин, тканевой детрит значительно уменьшались.

На 10-е сутки в мазках обнаруживалось большое количество лимфоцитов. Цитологическая картина на 16-е сутки была представлена эритроцитами, моноцитами и макрофагами.

Таким образом, цитограммы характеризовались воспалительно-регенераторным типом к 10-м суткам, а к 16-м – регенераторным.

При изучении клеточных реакций иммунитета у больных в обеих группах в 100% наблюдений отмечалась лимфоцитопения при поступлении в стационар. На фоне достоверного снижения уровня общей популяции Т-лимфоцитов нами отмечено достоверное повышение количества Т-активных лимфоцитов и достоверное снижение Т-хелперов. Выявлен достоверный дисбаланс в Т-клеточном звене системы иммунитета по соотношению Т-хелперы/Т-супрессоры.

В 65% случаев выявлено повышение уровня ЦИК, падение активности нейтрофилов к хемотаксису и их спонтанной активности.

В ходе лечения в основной группе происходило более интенсивное восстановление показателей иммунитета.

При лечении трофических язв на фоне сахарного диабета пациентам дополнительно был назначен инсулин. При начинающейся гангрене пальца было проведено хирургическое вмешательство – ампутация в 5 случаях и ограниченное иссечение некротизированных тканей (3). Рост грануляционной ткани в этой подгруппе больных происходил вяло, медленнее, однако нами отмечено положительное влияние «ФитоМП» по сравнению с традиционными препаратами в контрольной группе.

Приводим клинические примеры:

1. Больной Ж. Н., 73 года. Диагноз: Сахарный диабет. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Начиная гангрена III пальца правой стопы. Больной неоднократно проходил лечение в хирургическом стационаре на протяжении 20 лет. За 2 недели до поступления в клинику началось обострение заболевания, сопровождавшееся общей слабостью, болями в нижних конечностях.

На фоне общего лечения (инъекции инсулина, инфузионной терапии) пациенту после проведенного разреза длиной 2 см, иссечения некротических тканей в области лизированного участка ногтевой фаланги, удаления секвестра, наложена асептическая с настоем «ФитоМП». В дальнейшем перевязки проводили ежедневно, удаляя при этом некротизированные участки. В ходе лечения отмечено быстрое очищение раневой поверхности и формирование грануляционной ткани. К 14 дню лечения сформировался рубец из соединительной ткани. Ампутации пальца удалось избежать.

2. Больной Р.И., 66 лет. Пациент поступил в отделение с трофической язвой на подошвенной поверхности стопы. На протяжении 4 лет язва практически не поддавалась лечению традиционными средствами. Размер язвы 5,3x3,7 см, имеет возвышающиеся, орозоленные края, неровное, мягкое дно, покрытое гнойным отделяемым. Микробная обсемененность составила 10^7 .

На фоне проводимого лечения лекарственным средством «ФитоМП» на 3-и сутки язва начала очищаться от гнойного содержимого, микробная обсемененность с 10^7 снизилась до 10^5 . Полное очищение язвенной поверхности наступило на 6-е сутки. На 8-е сутки констатировано образование единичных участков грануляционной ткани. Признаки краевой эпителизации

отмечены на 10-й день лечения. Заживление язвы завершилось к 20 суткам. Больной находился под нашим наблюдением в течение 12 месяцев, на протяжении этого периода отсутствовал рецидив.

3. Больная Н.О., 52 года. Диагноз при поступлении: Варикозная болезнь, посттромбофлебический синдром, трофическая язва правой голени. Пациентка поступила с жалобами на боли в области правой голени, усиливающиеся при ходьбе, наличие трофической язвы на передней поверхности нижней трети правой голени. Варикозные расширения вен правой голени появились 20 лет назад. За месяц до госпитализации появилась трофическая язва.

При осмотре констатировано: правая нижняя конечность отечна, голень синюшного цвета, болезненна при пальпации. На передней поверхности нижней трети голени трофическая язва 2x2 см, края гиперемизированы, в кратере фибринозное отделяемое.

Назначенное лечение: р-р «Гепарина» по 5000 ЕД п/к каждые 6 ч, «Аспирин» 0,25 г по 1 табл. 1 раз в день; местно – трофическую язву смазывать мазью «Троксевазин», на ночь – мазью «Солкосерил». Через 5 дней лечения общее состояние пациентки значительно ухудшилось, температура тела повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы правой нижней конечности резко гиперемизированы, гипертрофированы, болезненны. Поставлен диагноз: рожистое воспаление правой нижней конечности.

Назначено лечение: «Цефазолин» по 1 г 2 раза в сутки, «Бисептол 480 мг» по 1 табл. 3 раза в сутки. Через двое суток в области пораженной конечности появились пузыри с серозной жидкостью, под которыми впоследствии образовались участки некроза дермы (некротически-буллезная форма рожи).

Проведено рассечение пузырей, удаление некротических элементов тканей и ввиду отсутствия положительного эффекта от

предшествующей терапии, предложено применять для перевязок раневой поверхности лекарственное средство «ФитоМП».

Через 3 дня после начала применения настоя «ФитоМП» наблюдалось выраженное снижение микробной обсемененности до 10⁴, к пятым суткам отмечен интенсивный рост грануляционной ткани. Последующее применение растительного средства позволило добиться формирования гладкого соединительно-тканного рубца 10-м суткам лечения.

Выводы

Проведенная клиническая апробация показала, что лекарственное средство «ФитоМП» является одним из доступных и эффективных препаратов для местного лечения трофических язв.

Применение «ФитоМПа» позволяет снизить дозу антибактериальных и исключить необходимость применения обезболивающих средств.

Применение лекарственного средства «ФитоМП» в I фазе способствует быстрому очищению раневой поверхности от гнойного содержимого, формированию ярких, мелко-зернистых грануляций.

Во II и III фазах раневого процесса под влиянием лекарственного средства «ФитоМП» происходит более быстрая репарация язвенной поверхности с формированием гладкого рубца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков, В.Я. Трофические язвы стопы и голени / В.Я. Васютков, Проценко Н.В. – Москва: «Медицина». – 160с.
2. Результаты открытого сравнительного исследования эффективности и безопасности перевязочного материала «Воскопран» для местного лечения венозных трофических язв во II–III стадиях раневого процесса / А.И. Кириенко [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 38–40.
3. Липницкий, Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е.М. Липницкий. – М., 2001. – 160 с.
4. Лымарь, А.Г. Применение «Воскопрана» в терапии трофических язв венозного генеза / А.Г. Лымарь, С.В. Прокудин, М.Г. Фабрикант // Хирургия. – 2004. – № 4. – С. 39–41.
5. Сажин, В.П. Лечение варикозной болезни нижних конечностей, осложнённой тромбозом поверхностных вен и трофическими язвами / В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко, В.М. Емкужев // Матер. X Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, – 2000. – С. 295.

Поступила 09.06.2006 г.