



В.К. Логачев, Ю.В. Иванова,  
И.А. Тарабан

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 32 пациентов (22 женщины и 10 мужчин), в возрасте от 31 до 79 лет, с трофическими язвами венозной этиологии. В комплексе лечения, наряду с приемом венотоников и ношением компрессионного трикотажа, проводилось местное лечение — мазовые повязки. Лечение проводилось по следующей схеме: в первой фазе раневого процесса применяли мазь Мирамистин, во второй фазе раневого процесса применяли мазь Метилурацил с мирамистином. Эрадикация патогенной микрофлоры на 5 сутки лечения наблюдалась у 9 пациентов (28,1 %), а к 15 суткам лечения эрадикация патогенной микрофлоры у всех исследуемых пациентов, что позволило в ранние сроки выполнить пластическое закрытие раневого дефекта.

**Ключевые слова:** трофические язвы, местное лечение, мази.

Трофические язвы (ТЯ) — тяжелое и наиболее часто встречающееся осложнение хронической венозной недостаточности взрослого трудоспособного населения, и составляет приблизительно 2 % [1, 2]. В 0,3 % случаев ТЯ венозной этиологии длительно не заживают и многократно рецидивируют. Несмотря на успехи современной медицины, и, в частности, флебологии, частота ТЯ остается постоянной в течение последних 20 лет, однако в последние десятилетия прослеживается явная тенденция к омоложению данного контингента больных [1, 3, 5].

Современный подход к консервативной терапии ТЯ определяет необходимость комплексного лечения с учетом этиологии и патогенеза развития трофических расстройств. Комплексное консервативное лечение венозных ТЯ предусматривает следующие направления: прием препаратов системного действия, эластическая компрессия, физиотерапевтическое лечение, проведение местной терапии ТЯ, оперативные вмешательства [4].

**Целью** данного исследования является изучение эффективности применения мазей Мирамистин и метилурацила с мирамистином (Дарница, Украина) в комплексном лечении трофических язв венозной этиологии.

### Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 32 пациентов (22 женщины и 10 мужчин), в возрасте от 31 до 79 лет, с трофическими язвами венозной этиологии. Трофические нарушения мягких тканей локализовались в дистальных отделах голени — в 37 % на уровне нижней трети голени и в 63 % случаев распространялись на среднюю и нижнюю трети голени. Длительность заболевания варикозным расширением вен у этих больных составил от

4 до 18 лет. Сроки появления трофических язв на коже голени до момента госпитализации колебались от 2 до 36 месяцев.

В комплексе лечения, наряду с приемом венотоников и ношением компрессионного трикотажа, проводилось местное лечение — мазовые повязки. Лечение проводилось по следующей схеме: в первой фазе раневого процесса применяли мазь Мирамистин — мазь, содержащая катионный антисептик мирамистин, влияющий на грамположительную, грамотрицательную микрофлору, в том числе и на госпитальные полирезистентные штаммы, имеющий противогрибковую активность. Препарат эффективно предотвращает инфицирование ран, активизирует процессы регенерации, за счет выраженной гиперосмолярности купирует раневые и перифокальные воспалительные процессы, способствует формированию сухого струпа. Мазевые повязки применяли после хирургической обработки раны ежедневно один раз в сутки. Во второй фазе раневого процесса применяли мазь Метилурацил с мирамистином, которая, помимо вышеперечисленных антимикробных свойств, способствует ускорению клеточной регенерации, заживлению ран и стимулирует фагоцитарную активность. Перевязки с мазью Метилурацил с мирамистином проводили один раз в двое суток.

Эффективность лечения оценивалась на основании субъективных ощущений пациента, объективных исследований характера и динамики показателей заживления ран (наличие отделяемого, степень грануляций и эпителизации, скорости заживления ран). В динамике проводили клинико-биохимические и коагулологические исследования. Микробиологическому исследованию подвергали раневое отделяемое, определяли количественный и ка-



чественный состав микрофлоры по общепринятым методикам. Повторные микробиологические исследования раневого отделяемого осуществляли на 5 и 14 сутки лечения

Итогом проводимого комплексного лечения являлось выполнение кожных пластик и радикальные хирургические вмешательства на венах.

### Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемые больные отмечали уменьшение интенсивности болевых ощущений к 3–5 суткам лечения.

У большинства исследуемых больных после проведения комплексного местного лечения с применением повязок с мазью Мирамистин уже на 3–5 сутки лечения отмечалось уменьшение отека голени, наблюдались признаки очищения поверхностей трофических язв от пленок фибрина, появлялись очаги грануляций. К 7–10 суткам проводимого лечения наблюдалось дальнейшее уменьшение ригидного отека, язвенные поверхности выполнялись грануляциями, у большинства больных появлялись признаки краевой эпителизации, что позволяло переходить к применению мази Метилурацил с мирамистином. Динамика скорости заживления ран представлена в табл. 1, рис. 1-4.

Таблица 1

#### Скорость заживления ран

Показатели (M±m)	Сроки		
	До лечения	5 сутки	14 сутки
Площадь поверхности раны, см <sup>2</sup>	391,3±100,42	364,7±44,21	63,95±20,2*
Скорость заживления раны, %	–	1,58±0,44	4,72±0,63*

\* – p < 0,01 сравнительно с исходными данными

Микробиологическая характеристика ран у исследуемых больных выглядела следующим образом: *Proteus vulgaris* – в 4 случаях, *Ps. aeruginosae* – в 16 случаях, *E. coli* – в 2 случаях, *St. aureus* – в 8 случаях, в 2 случаях идентифицированы микробные ассоциации. Эрадикация патогенной микрофлоры на 5 сутки лечения отмечена у 9 пациентов. К 15 суткам лечения эрадикация патогенной микрофлоры отмечена у всех исследуемых пациентов.

У исследуемых больных с обширными язвенными поверхностями удавалось в ранние сроки (12–15 сутки) и с высокой эффективностью выполнять кожные пластики, а затем выполнить радикальные операции.



Рис. 1. Пациентка П., 59 лет. Трофическая язва левой голени при госпитализации



Рис. 2. Пациентка П., 59 лет. Трофическая язва на 5 сутки от начала лечения

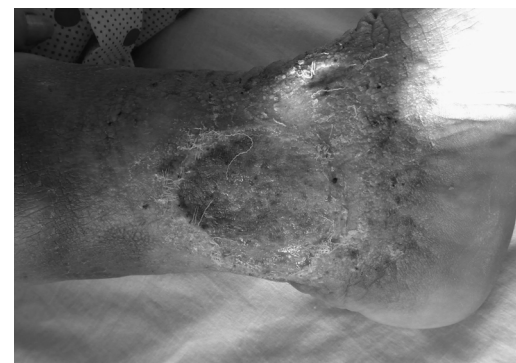


Рис. 3. Пациентка П., 59 лет. Трофическая язва на 10 сутки от начала лечения



Рис. 4. Пациентка П., 59 лет. Аутодермопластика, 1 сутки после операции

**Выводы**

Таким образом, если в комплекс лечения трофических венозных язвместного лечения, включать комбинацию мазей Мирамистин и Метилурацил с мирамистином (Дарница, Украина), то это позволит за счет локального улучшения микроциркуляции и стабилизации

лимфатического оттока, а также действия на микробный фон и купирования воспалительной реакции, добиться улучшения процессов репарации, и в кратчайшие сроки подготовить больных к кожной пластике или операциям на венах нижних конечностей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васютков В.Я. Трофические язвы стопы и голени / В.Я. Васютков, Н.В. Проценко. – М.: Медицина, 1993. – 160 с.
2. Иванова Ю.В. Комплексное лечение послеоперационных гнойно-септических осложнений: дисс. ....д. мед. н. / Ю.В. Иванова. – Киев, 2008. – 284 с.
3. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко [и др.]: под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина. – 2001. – 664 с.
4. Хохлов А.М. Тактика консервативного лечения хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами / А.М. Хохлов, Т.М. Наумова, И.В. Хохлова: труды V конф. ассоц. флебологов России. – М, 2004. – С. 313 – 314.
5. Coleridge Smith. // Phlebology, 1999. – Vol. 14, Suppl. 1. – P. 181–185.

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ  
ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК  
ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

**В.К. Логачов, Ю.В. Иванова,  
І.А. Тарабан**

**Резюме.** Проаналізовані результати лікування 32 пацієнтів (22 жінки і 10 чоловіків), у віці від 31 до 79 років, з трофічними виразками венозної етіології. У комплексі лікування, разом з прийомом венотоніків і носінням компресійного трикотажу, проводилося місцеве лікування – мазеві пов'язки. Лікування проводилося за наступною схемою: в першій фазі раневого процесу застосовували мазь Мирамистін, в другій фазі раневого процесу застосовували мазь Метилурацил з мирамистином. Ерадикація патогенної мікрофлори на 5 добу лікування спостерігалася у 9 пацієнтів (28,1 %), а до 15 діб лікування ерадикація патогенної мікрофлори у усіх досліджуваних пацієнтів, що дозволило в ранні терміни виконати пластичне закриття раневого дефекту.

**Ключові слова:** трофічні виразки, місцеве лікування, мазі.

**HOLIATRY OF TROPIC  
ULCERS OF VENOUS  
ETIOLOGY**

**V.K. Logachov, Yu. V. Ivanova,  
I.A. Taraban**

**Summary.** The results of treatment of 32 patients (22 women and 10 men) are analysed, in age from 31 to 79, with the trophic ulcers of venous etiology. In the complex of treatment, along with the reception of vienotonics and carrying of the compression knitted fabric, local treatment – Ointment bandages was conducted. Treated on a next chart: in the first phase of wound process applied ointment of Miramistin, in the second phase of wound process applied ointment Methyluracilum with Miramistin.

Eradication of pathogeneus microflora on 5th day of treatment was observed for 9 patients (28,1 %) and to a 15 days of treatment for all investigated patients, that allowed in early terms to execute the dermal plastycs closing of wound defect.

**Key words:** trophic ulcers, local treatment, ointments.