

В. В. ФАТТАХОВ

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Казань

Сульфаргин в хирургической дерматологии

Фаттахов Василь Валиевич

д. м. н., профессор кафедры хирургии филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
«Казанская государственная медицинская академия»

V. V. FATTAKHOV

SBEI FVE «Kazan state medical academy» Ministry of health of the Russian Federation, Kazan

Sulfargin in the surgical dermatology

Vasil V. Fattakhov

MD, professor of the department of surgery of SBEI FVE «Kazan state medical academy» – a campus
FSBEI FVE RMAPSGE of Ministry of health of the Russian Federation
E-mail: vvfat@mail.ru

Кожа (cutis) – сложный орган, являющийся наружным покровом тела человека, выполняющий разнообразные физиологические функции. В коже человека выделяют эпидермис, дерму и подкожную клетчатку (гиподерму). У человека площадь поверхности кожи (К.) равна 1,5-2 м² (в зависимости от роста, пола, возраста). Масса К. без гиподермы составляет 4-6% от общей массы тела, с гиподермой – 16 – 17% в зависимости от толщины подкожной клетчатки. Толщина дермы варьирует от 0,5 до 5 мм. Наибольшей толщины она бывает на спине, разгибательной поверхности бедер и плеч. Толщина эпидермиса от 35 мкм до 1,5 мм. Особенно он колеблется на подошвах и ладонях. На поверхности К. виден рисунок, составленный из ромбических и треугольных полей, бороздок и гребешков. Расположение бороздок и гребешков на подушечках пальцев рук у человека индивидуально [1].

Разнообразие воздействующих на К. факторов, сложность ее морфологической структуры и широкий диапазон выполняемых функций обуславливают большое число кожных заболеваний (около 2 тыс. различных форм), классификация которых окончательно не разработана.

Большую группу составляют заболевания, вызванные повреждением К.: механическим (например, потертость, омозолелости, опрелости); лучевым, в т.ч. ионизирующим излучением (см. дерматиты, фотодерматозы); воздействием электрического тока, высоких и низких температур, а также различными химическими и биологическими факторами. Важное клиническое значение имеют сосудистые микроциркуляторные изменения в коже, нарушающие ее трофику [2, 3], а также новообразования, возникающие из сосудистой системы кожи – гемангиома и т.п.

В условиях производства возможно воздействие факторов, приводящих к развитию профессиональных повреждений и заболеваний К. Разнообразны заболевания К., обусловленные различными инфекционными и паразитарными агентами. Среди них особую группу составляют хронические специфические инфекционные болезни – лепра, туберкулез, сифилис.

В основе поражения К. воспалительного характера могут лежать аллергические реакции организма, изменения нервной и эндокринной систем. Кожа часто поражается при диффузных заболеваниях соединительной ткани, саркоидозе, васкулитах кожи, нарушениях обменных процессов в организме. Имеют место патологические процессы в К., связанные преимущественно с отдельными морфоло-

гическими структурами кожи. Значительное место занимает опухолевая патология кожи.

По гистологической классификации ВОЗ (1980), среди опухолей К. различают пороки развития кожи, доброкачественные опухоли, предзлокачественные (предраковые) заболевания кожи, опухоли с местнодеструктивным ростом и злокачественные опухоли. По происхождению выделяют эпителиальные, пигментные и соединительнотканые опухоли [4 – 7].

В настоящее время существуют различные традиционные (скальпель, электронож) и более современные способы удаления доброкачественных новообразований кожи. Применение любого из этих способов требует от врача специального образования, хороших знаний и мануальных навыков. Доброкачественное образование часто залегает глубоко в тканях, и поэтому надо точно рассчитать силу и глубину воздействия. Если доброкачественное образование удалено не полностью, то оно может снова «прорасти» или может остаться слишком большой рубец. Способ удаления по каждому образованию для каждого пациента принимается индивидуально только на очной консультации.

Удаление доброкачественных новообразований методом электрокоагуляции – самый распространенный метод удаления доброкачественных новообразований кожи (родинок, папиллом, бородавок и т.д.). После воздействия электрического тока на месте новообразования остается большой рубец, чем при использовании лазера или радиоволнового скальпеля, т.к. электрокоагуляция вызывает большее объемное термическое поражение ткани вокруг удаляемой зоны. В некоторых случаях, это может привести к образованию грубого рубца.

Удаление доброкачественных новообразований методом криодеструкции. Метод криодеструкции заключается в использовании жидкого азота. Во время процедуры происходит локальное воздействие низких температур на доброкачественное новообразование, при котором ткани, подлежащие удалению, подвергаются разрушению (деструкции) с помощью замораживания. Криодеструкция используется для удаления папиллом, кондилом, бородавок и других новообразований.

Недостаток этого метода в том, что не всегда удается точно контролировать глубину воздействия. Поэтому не исключена вероятность обморожения окружающих тканей, следствием чего может стать рубец и поражение здоровых тканей. Также существует вероятность, что новообразова-

ние может быть ликвидировано не полностью, в этом случае потребуется повторная процедура.

Сразу после завершения криодеструкции, например базалиомы, можно заметить красноватую сыпь или крапивницу вокруг очага. Далее в течение 12 – 24 часов формируется отек, переходящий в пузырь с последующим мокнутием раны в течение нескольких дней. В этот период рану обрабатывают 10% марганцовкой (темный раствор) или линиментом синтомицина. Так же необходимо ежедневное мытье раны после криодеструкции с мылом (детским, хозяйственным). Струп формируется в течение 2-х недель, он может включать в себя подлежащие ткани. Заживает рана в течение 1 месяца, в случае заживления на ногах и спине процесс может затянуться до 3 месяцев. Перед завершением заживления струп необходимо отделять и удалять [7].

Лазерное удаление доброкачественных новообразований. При использовании лазера происходит не только удаление доброкачественного новообразования (родимки, папилломы, бородавки и т.д.), но и тромбирование мельчайших сосудов вокруг него. Это предупреждает возможное метастазирование и практически исключает кровопотерю. После удаления новообразования лазером происходит быстрая регенерация кожи, удается достичь хорошего косметического эффекта, что немаловажно, особенно для женщин, при удалении новообразований на лице и открытых частях тела. И, конечно же, очень существенно, что современные средства обезболивания позволяют практически не чувствовать боли от воздействия лазера. Недостаток этого метода в том, что после удаления новообразования не остается ткани для гистологического исследования.

В заключение стоит обратить внимание на тот факт, что в абсолютном большинстве случаев осложнения в лазерной хирургии новообразований кожи возникают по ошибке врачей, сделанной при оценке статуса больного, либо природы заболевания, или неправильно выбравших тактику лечения. Не следует забывать о том, что лазерная хирургия принадлежит к одной из наиболее молодых отраслей хирургической специальности. Подчиняется всем правилам, принятым в традиционной хирургии и онкологии, но имеет ряд специфических особенностей, связанных с уникальными возможностями лазерной техники, которая может обеспечить искомый результат только в случае ее грамотного и профессионального использования [8].

Удаление доброкачественных образований с помощью радиоволнового прибора (радиоволновой скальпель). Наиболее безопасный способ удаления доброкачественных новообразований. Суть его в том, что на кончике тончайшего активного электрода концентрируется энергия радиоволн высокой частоты (3,8 – 4,0 МГц). Ее мощный поток, направленный на мягкие ткани, вызывает всплеск внутримолекулярной энергии, которая повышает температуру и фактически испаряет клетки. Установив нужную форму волны и мощность, можно максимально аккуратно, буквально с ювелирной точностью удалять пораженные ткани. При этом визуальный и тактильный контакт позволяет врачу полностью контролировать глубину и площадь воздействия, обеспечив тем самым превосходный косметический результат.

Преимущество данного метода в том, что он практически не вызывает термического поражения кожи вокруг и может быть методом выбора при удалении новообразований кожи. Радиоволновой скальпель особенно эффективен для устранения выступающих родинок – с четким контролем на коже. Также важно, что после удаления радиоскальпелем, новообразование полностью сохраняется и его можно отправить на гистологическое исследование. После радиоволновых хирургических манипуляций не бывает таких неприятных последствий как боль, отеки, инфицирование. Сведен практически к нулю риск рецидивов [9].

Мы в своей практике на двух клинических базах (поликлиниках) используем последний метод. Получается хоро-

ший клинический и косметический эффекты, но, к сожалению, не всегда. Возникают вопросы: почему? и что делать? Постараемся на них ответить на примере некоторых наших пациентов.

Пациентка К.Л.Н. 1948 года рождения. Пришла на прием 18.10.2016 г. с жалобами на зуд и рану на боковой стенке носа. Три года назад было иссечение новообразования в данном месте. Опухолевого роста при гистологическом исследовании не выявлено. Находилась под наблюдением онкологов.

Status localis

На коже боковой стенки наружного носа слева, вблизи медиального угла глаза измененный участок кожи. Образование округлое, плоское, до 1,2 см в диаметре, более светлое по окраске, чем окружающая кожа. В центре очаг гиперкератоза до 0,5 см в диаметре. Со слов: корочка отпадает, потом снова нарастает. Исходя из достаточно длительного анамнеза и возраста пациента, невозможности исключить базалиому. Было принято решение иссечь данное образование с последующим гистологическим исследованием.

Под местной анестезией раствором артикаина с адреналином произведено удаление данного образования с использованием радиоволнового хирургического прибора «СургитронТМ», производства фирмы «Synosure Inc. Dba Ellman». Гемостаз. Обработка раны 5% раствором марганцовокислого калия (марганцовки). Рекомендации по уходу включали промывание раны 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата, затем обработку раствором марганцовки.

На повторном приеме 25.10.16 г. рана сама чистая. Местами покрыта корочкой, местами вялые грануляции. Но главное – кожа вокруг раны гиперемированная, отечная. Имеются признаки воспаления, а может быть химического ожога от концентрированного (5 %) раствора марганцовки. Последний препарат отменен. Перевели местное лечение на мазь «Сульфаргин».

Получили результаты гистологического исследования: опухолевый рост не обнаружен. Хроническое воспаление.

При последнем осмотре 15.11.16 года корочки отпали. Рана покрылась эпителием, розового цвета. Перифокального воспаления нет.

Заключение

После удаления новообразований на лице и обработке их 5 % раствором марганцовки возможен химический ожог кожи вокруг раны, особенно у лиц старшей возрастной группы. В связи с этим рекомендуется промывать раны 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, обрабатывать марганцовкой только кратер раны в течение 3-х суток, а затем переводить пациентов на «Сульфаргин-мазь», который нужно наносить утром и вечером, в том числе на окружающую рану кожу до полной эпителизации раны и стихания воспалительных процессов.

Следующее наблюдение. Пациентка Е.М.Ф. 1936 года рождения. Пришла на прием 1. 11 2016 года. Жалобы на боли в правой стопе, особенно на подошвенной поверхности, невозможность ходить. Объективно: на фоне системного атеросклероза, хронической артериальной недостаточности (ХАН 2 Б) ног развилось комбинированное плоскостопие. Поперечный свод вывернут книзу, стопа расплющена, деформирована. На подошвенной поверхности в местах давления плюсневых костей натоптыши, а в проекции головки 2 плюсневой кости сухая мозоль со стержнем, уходящим вглубь. Резкая болезненность при пальпации. Сопутствующая патология – эпидермофития подошвенная и онихомикоз.

Лечение

Под местной анестезией раствором артикаина с адреналином произведено удаление данного образования с ис-

пользованием радиоволнового хирургического прибора «СургитронТМ» производства фирмы Synosure Inc. Dba Ellman. Зоны иссечения – по краям с удалением измененной кожи (натоптыша) в глубину, практически до подошвенного апоневроза. Контроль гемостаза. Обработка раны 5% раствором марганцовокислого калия (марганцовки). Наложена мягкая марлевая повязка за счет нескольких слоев стерильных салфеток.

Рекомендации по уходу были следующие. На следующие сутки, вечером ванночки со слабо розовым раствором марганцовки с температурой раствора 39оС, по водяному термометру. Длительность процедуры – 15 минут. Далее высушить рану. Нанести мазь «Левомеколь» и наложить стерильную повязку.

На повторный прием явилась 15.11.16 года. Жалобы на боли в ране и отсутствие заживления. При осмотре рана чистая, только небольшой налет фибрина на дне раны. После ее удаления выявлены очень слабые грануляции. Воспаление вокруг раны незначительное. Принято решение заменить мазь на серебросодержащий препарат – «Сульфаргин». Режим нанесения мази – 2 раза в день (утром и вечером), закрывая рану стерильной повязкой.

Следующий раз пациентка явилась на прием 29.11.16 года. Жалобы на боли в стопе при ходьбе. Объективно: рана чистая, полностью заполнена грануляциями, идет краевая эпителизация. Боли в стопе сохраняются из-за давления опущенных вниз плюсневых костей на рану и окружающие ткани. Рекомендовано ортопедическое изделие – приспособление-пелот переднего отдела стопы.

Последнее посещение состоялось 6.12.16 года. Пациентке больно ходить. Рана полностью покрылась эпителием. Последний не разрушается при ходьбе и давлении на него. Ортопедический пелот не купила из-за дороговизны. Как вариант решения проблемы (давления опущенных костей плюсны на мягкие ткани) прокладка из ватных дисков с вырезанными в центре отверстиями. Толщиной – 5 – 7 дисков. Рекомендована лечебная обувь с супинаторами.

Заключение

При поперечном плоскостопии на фоне ХАН 2Б развиваются натоптыши и сухие мозоли. После их удаления на фоне низкого кровообращения слабо заживают раны. Методом выбора в данном случае является местное лечение раны серебросодержащей мазью, в частности «Сульфаргином», что значительно ускоряет рост грануляций и эпителизацию раны. Ортопедические изменения необходимо корректировать за счет ортопедических изделий и обуви с супинаторами.

В настоящее время, исходя из широкого спектра действия «Сульфаргина», мы начали применять препарат для профилактики фурункулеза и лечения начальных его стадий. Средство эффективно влияет на многие виды вредных

микробов, уничтожая их. Сильные бактерицидные свойства препарата обеспечиваются деятельностью ионов серебра. Они активно препятствуют размножению бактерий, останавливают их рост. В результате этих процессов поврежденные клетки восстанавливаются, происходит быстрое заживление пораженного участка. Высвобождение ионных соединений серебра проводится последовательно, что обеспечивает длительность и стойкость бактерицидного воздействия препарата. Активное вещество всасывается в кровь и устраняется из организма через мочевыводящие пути в течение 10 – 12 часов. Результаты данных исследований будут представлены позже.

Хирургическое лечение новообразований кожи – это не всегда быстро и красиво. Независимо от аппаратов, используемых для этих целей, мы можем ожидать естественную физиологическую, а иногда и патофизиологическую реакцию организма на вмешательство. Для преодоления местных изменений тканей, а также профилактики воспалительных заболеваний кожи актуально использование серебросодержащих препаратов, в том числе мазей на основе серебра. Использованная нами мазь «Сульфаргин» показала высокую клиническую эффективность при доступной для большинства населения стоимости.

Литература

1. Фаттахов В. В., Малков И. С., Максумова Н. В., Ханнанов Н. И. Клиническая анатомия, физиология кожи и ее придатков. Практическое руководство для врачей. Казань, МедДок, 2014, с. 128.
2. Максумова Н. В. Лазерная доплерография в оценке микроциркуляции при системном атеросклерозе. Материалы ежегодной научно-практической конференции «Инновации РАН». Изд. «Слово», Казань, 2010, с. 230 – 232.
3. Фаттахов В. В., Максумова Н. В. Технологии исследования микроциркуляции при облитерирующих заболеваниях. Bulletin of International Scientific Surgical Association. 2010, v. 5, № 1, p. 39 – 40.
4. Апатенко А. К. Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи, М., 1973.
5. Беренбейн Б. А., Студницин А. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней, М., 1989, с. 366.
6. Трапезников Н. Н. и др. Пигментные невусы и новообразования кожи, М., 1976, с. 177.
7. <http://skinoncology.ru/skin-basalioma/basalioma-treatment/basalioma-cryosurgery>.
8. Ключарева С. В. Лазерная хирургия новообразований кожи и профилактика осложнений в практике дерматокосметолога. <http://www.lvrach.ru/2006/09/4534312/>
9. http://www.centoplastiki.ru/o_udaleni_novoobrazovanij_s03.html