

В. В. ФАТТАХОВ

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

Серебросодержащие препараты в лечении труднозаживающих ран в амбулаторных условиях

Фаттахов Василь Валиевич

д. м. н., профессор кафедры хирургии филиала

ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

E-mail: vvfat@mail.ru

V. V. FATTAKHOV

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

The silver containing drugs in the treatment of hardheaded wounds on an outpatient basis

Vasil V. Fattakhov

MD, professor of the department of surgery of SBEI FVE «Kazan state medical academy» - a campus FSBEI FVE

RMASPGE of Ministry of health of the Russian Federation

E-mail: vvfat@mail.ru

Каждый человек, получивший то или иное повреждение кожных покровов, подкожной жировой клетчатки, сухожилий и мышц, должен помнить о возможности воспаления раны. Болезнетворные микроорганизмы могут проникать в полость раны на всех этапах заживления, но наибольшая опасность инфицирования отмечается в сам момент ранения, а также вплоть до начала фазы грануляции и рубцевания. Частота гнойных раневых осложнений на протяжении последних 50 лет практически не изменялась [1]. Следует отметить и тот факт, что около 42% летальных исходов хирургических вмешательств связаны с гнойно-воспалительными осложнениями. Учащение гнойных раневых осложнений и гнойных заболеваний требует больших затрат на лечение. В конечном итоге эти раны могут превратиться в длительно не заживающие раны или трофические язвы, изнуряющие больного. Здесь уместно использовать термин труднозаживающие раны. Таким образом, лечебное, психическое, социальное и экономическое значение проблемы труднозаживающих ран требует изучения, разработки и совершенствования.

Поиски методов лечения гнойных ран и борьбы с раневой инфекцией имеют длительную историю. Отдельные ее вехи отмечались впечатляющими достижениями, когда многие проблемы гнойной хирургии считались решенными и хирурги, казалось, получили, наконец, многообещающие антибактериальные средства. Такие надежды не раз возлагались на антибиотики, протеолитические ферменты, на методы физического воздействия – лазер, ультразвук, гипербарическую оксигенацию. Однако в дальнейшем все эти методы, наряду с положительными результатами, проявили недостатки биологического, технического и экономического рядов.

К сожалению, с труднозаживающими ранами хирурги и их пациенты сталкиваются довольно часто, особенно когда дело касается ожоговых ран, трофических язв и ран голени при выраженной венозной недостаточности. Главная трудность лечения труднозаживающих ран состоит в том, что с проблемой приходится бороться довольно

длительное время и делать чаще всего это приходится самостоятельно. Так как основное лечение такой раны состоит в основном из регулярных перевязок с применением специальных ранозаживляющих средств [1].

Это сложная психическая проблема. Наличие раны – дефекта кожи – это и больно, и некрасиво, и может некомфортно пахнуть. Необходимость перевязок может быть и финансово тяжела, кроме того, это ограничение жизнедеятельности, сужение круга общения т.д. Все это действует на психику человека угнетающе, особенно если это процесс длительный и рана труднозаживающая. Это неприятно для самого больного и окружающих его людей. Может послужить причиной психического отторжения, изоляции окружающими больного человека родственниками, коллегами по работе и даже на уровне бытового взаимодействия – например, в транспорте.

Процесс лечения труднозаживающих ран может быть довольно продолжительным, поэтому человек должен запастись терпением и помнить, что, только выполняя все изложенные врачом рекомендации, задачу он решит – рана заживет, а с этим навсегда останется и опыт лечения раны.

Местные трофические язвы, хронические, долго не заживающие раны – это далеко не местный процесс. Если бы имелись только местные изменения тканей, то результаты в этой области хирургии могли быть значительно лучше. В основе нарушения трофики тканей лежат нарушения макро и микроциркуляции крови. Ведущим фактором, вызывающим их является дисфункция эндотелия [2, 3, 4]. Теорией дисфункции эндотелия много, но во всех случаях это сопровождается оксидативным стрессом, особенно в зоне поражения, активированием лейкоцитов, проникновением их и пропотеванием белковых жидкостей через сосудистую стенку в окружающие мягкие ткани. На этом фоне происходит образование свободных радикалов, продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), активного (но крайне отрицательного по действию) пероксинитрита (NOOO), снижение выработки (крайне положительного)

оксида азота (NO). Вследствие воздействия первичных, а позже и вторичных факторов, образуется порочный круг патологии [5 – 9]. Выход из этой ситуации очень сложный. Кроме того, наличие мокнущих ран, отека тканей без венозного (венулярного) стаза и вторичного лимфостаза, как правило, не бывает. Лечение должно быть общим (или системным) и местным.

Системное лечение должно включать следующие компоненты:

- обеспечение артериального притока крови;
- включение микроциркуляторного звена в полноценный обмен на тканевом уровне;
- регуляцию реологии крови («густая» кровь не обеспечивает необходимого питания тканей и не способствует полноценному функционированию микроциркуляторного русла);
- обеспечение лимфатического, веноулярного и венозного оттока;
- общую и направленную на пораженный участок лечебную физкультуру (активные движения способствуют повышению оксигенации тканей).

Наиболее широко применяемыми препаратами являются: «Пентоксифиллин», сулодексид, ксантинола никотинат, «Детралекс», «Эскузан», препараты ацетилсалициловой кислоты, «Вазапростан» – при критической ишемии конечности. Антиоксиданты: витамины А, Е, С, ягоды, цинарикс, тыкквит, др.

Наиболее эффективно при веноулярном стазе и отеком синдроме используются биофлаваноиды, чаще МОФФ – микронизированные очищенные флавоноидные фракции. Это группа препаратов с широким спектром фармакологических эффектов (венотонизирующий, лимфотропный, капилляропротективный, противовоспалительный противоопухолевый, противоотечный и т.д.), применяющаяся у пациентов флебологического профиля [10]. Биологическая активность флавоноидов обусловлена способностью тормозить окисление аскорбиновой кислоты и ПОЛ, а также связывать ионы тяжелых металлов, путем образования с ними хелатных комплексов.

При этом происходит капилляропротекция и снижение проницаемости сосудистой стенки. Это способствует снижению отека и восстановлению микроциркуляции, в широком смысле, в пораженных участках.

В практике врача-хирурга, к сожалению, имеют место препараты с недоказанным лечебным эффектом.

Нами разработано 15 схем лечения больных с заболеваниями сосудистой системы и их осложнений. Примерная схема общего лечения труднозаживающих ран (схема 4) представлена ниже.

- Ксантинола никотинат по 2 мл в/м. 20 инъекций. 1-я инъекция – 1 мл.
- Пентоксифиллин по 200 мг – 3 раза в день, в течение 2-х месяцев.
- Детралекс 500 мг. 1 таб. в обед, и 1 таб. вечером, во время еды. – 2 мес.
- Эскузан в растворе. По 20 кап. 3 раза в день в течение 2-х месяцев.
- Кардиомагнил – 75 мг. На ночь по 75 мг, длительно.
- Лечебная физкультура.
- Консультация дерматолога.
- Ортопедическая коррекция деформаций пальцев и стопы.
- Компрессионный трикотаж II-III класса компрессии.
- Комфортная лечебная обувь с супинатором.
- Анализы крови: ПТИ; МНО; АЧТВ; Глюкоза; Холестерин.
- Сдавать до лечения, через 1 и 2 месяца от начала лечения.
- При наличии показаний определяются гормоны, связанные с функцией щитовидной железы: ТТГ, Т4 свобод-

ный, Ат к ТПО. При длительном воспалительном процессе СРБ.

На фоне системного лечения важно подобрать эффективное местное лечение.

В эксперименте [11] было изучено влияние наночастиц серебра, синтезированных методом обратного мицеллообразования, на процессы перекисного окисления липидов и морфологические изменения мембран клеток лимфоцитов человека. Показано, что под влиянием наночастиц наблюдается снижение жизнеспособности клеток и образование избыточных количеств активных форм кислорода. Наночастицы серебра при различных концентрациях активируют процессы перекисного окисления липидов и, как следствие, приводят к морфологическим изменениям мембран лимфоцитов человека.

Однако в работе группы авторов [12] получены иные результаты. Цель работы – изучить влияние мази метилурациловой (М), содержащей наночастицы (НЧ) серебра, на показатели окислительного стресса и уровень интерлейкинов (ИЛ) в крови при локальном ультрафиолетовом (УФ) облучении в эксперименте.

Авторы установили, что лечение мазью метилурациловой с НЧ серебра (основная группа) оказывало более выраженное фармакологическое действие: сокращалась длительность эритемы до 6 суток, снижался уровень продуктов ПОЛ, повышалась активность супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ), уровень ИЛ-12 и ИЛ-13 по сравнению с контролем. Активность КАТ и концентрация ИЛ также превышала значения в группе сравнения. Таким образом, под влиянием мази М с НЧ серебра снижались проявления окислительного стресса и иммуносупрессии, индуцированные УФ облучением.

Нами серебросодержащие препараты, в частности «Сульфаргин», применялись в отделении гнойной хирургии стационара и в амбулаторных условиях. В стационаре применение серебросодержащих препаратов ограничено существующими формулярами, сроками пребывания пациентов в больнице в соответствии со стандартами страховой медицины. Тем не менее, использовали при длительно- и вялотекущих ранах, а также в случаях гипергрануляции. Получен положительный результат и положительный опыт. Чаще этот препарат рекомендовался при переводе больных на амбулаторный режим лечения.

При амбулаторном лечении назначали промывание ран 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата, а не раствором перекиси водорода. Далее наносили сульфадиазин серебра («Сульфаргин»). На начальных этапах лечения проводили две перевязки в день, в дальнейшем 1 перевязку в сутки.

Сульфатиазол или сульфадиазин серебра (сульфаргин, аргосульфат) – сульфаниламидный антибактериальный препарат для местного применения, способствующий заживлению ран (ожоговых, трофических, гнойных и т.д.). Обеспечивает эффективную защиту ран от инфицирования, купирует боль и жжение в ране, сокращает расширение некроза в глубину, сокращает время лечения и время подготовки раны к пересадке кожи, во многих случаях приводит к улучшению состояния, исключающему необходимость проведения трансплантации.

Обладает широким спектром противомикробного бактериостатического действия в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Способ наружного применения. На поврежденную поверхность после очищения и хирургической обработки с помощью стерильного марлевого тампона (на обширные участки – стерильной лопаткой или перчаткой) наносят тонким слоем (2 – 3 мм) мазь или крем обычно 2 раза в сутки. Во время лечения вся рана должна быть покрыта кремом. Лечение проводят открытым способом (метод экспозиции) или с использованием повязки. Мы всегда покрывали рану стерильной марлевой повязкой. При каж-

дой следующей перевязке необходимо удалять предыдущий слой крема или мази раствором хлоргексидина и наносить свежий слой мази.

На примере пациентки С.Г.П. 1947 года рождения, можно проследить процесс лечения труднозаживающей трофической язвы. Впервые обратилась на прием 6.09.2016 года с жалобами на незаживающую в течение 1,5 лет и очень болезненную язву голени. Со слов перепробовала все мази, но эффекта нет. Лучше себя чувствует при присыпании раны порошком стрептоцида.

При объективном обследовании выявлены следующие заболевания: системный атеросклероз с хронической ишемией головного мозга (ХИГМ), ИБС, АГ, СД 2 типа, хроническая артериальная недостаточность ХАН 2Б ног. Хроническое заболевание вен – С6, в остальных отделах голени – С3 (по СЕАР) - ХВН –Ш ст. Комбинированное плоскостопие и деформация передних отделов стопы. Онихомикоз. Кроме того, ожирение 2 степени, остеоартрозы коленных суставов.

Голень утолщена, цвет кожи физиологический, за исключением язвы размерами 5,0 x 6,2 см и прилежащей кожи размерами до 10 см в диаметре. Показатели анализов крови: холестерин общий – 7,4 ммоль/л, глюкоза – 6,3 ммоль на литр. Коагулограмма: ПВ – 9,2; ПТИ по Квику – 121,2; МНО – 0,8; Фибриноген 2,6; АЧТВ – 26,6. Большой живот и трудность сгибания ног в суставах не дают возможность надевать компрессионные изделия.

Схема общего лечения была представлена следующим образом (схема 6):

- «Вессел-Дуэ-Ф» по 2 мл в/м. 20 инъекций. После завершения инъекций – пункты 2 – 10.
- «Вессел-Дуэ-Ф» по 1 капс. (250 ЛЕ) 2 раза в день в течение 2-х месяцев.
- «Детралекс» 500 мг. 1 таб. в обед и 1 таб. вечером во время еды. – 2 мес.
- «Эскузан» в растворе. По 20 кап. 3 раза в день в течение 2-х месяцев.
- «Кардиомагнил» – 75 мг. На ночь по 75 мг, длительно.
- Лечебная физкультура.
- Консультация дерматолога.
- Ортопедическая коррекция деформаций пальцев и стопы.
- Бинтование голени эластическим бинтом средней степени растяжимости со степенью компрессии не выше 1 класса (соответствующее обучение).
- Местно, на рану назначили мазь «Левомеколь».

Через две недели пациентка явилась на прием с жалобами на сильную боль в ране. При осмотре: рана чистая, вялые грануляции, но некоторое воспаление кожи вокруг язвы. Учитывая болевой синдром, перевели пациентку на мазь «Офломелид».

Мазь, наносимая на рану, должна сочетать в себе несколько основных лечебных свойств: бактерицидное, стимулирующее рост клеток кожи, обеспечивающее отток вредных веществ клеточного распада. Полностью удовлетворяет этим условиям состав мази «Офломелид», которая содержит 3 компонента – офлоксацин, метилурацил, лидокаин. Дополнительным положительным качеством мази «Офломелид» является то, что она обладает анестезирующим действием, благодаря входящему в ее состав лидокаину. Основными преимуществами данного анестетика являются трансдермальное действие, быстрое обезболивание, низкая токсичность. Однако, как пишут разработчики, нужно учитывать, что лидокаин может вызывать аллергическую реакцию, поэтому если появился зуд или высыпания в месте нанесения мази, нужно ее отменить.

К сожалению, так и произошло. 27.09.2016 пациентка пришла на повторный прием с жалобами на покраснение кожи вокруг раны и сильный зуд.

Системное лечение продолжалось. Перевели на мазь «Сульфаргин». На следующий прием пациентка явилась 11.10. 2016 года с радостью в глазах. Впервые за все это время рана затянулась. При осмотре язвенного дефекта нет. Все заэпителизировалось. В коагулограмме: ПТИ – 101%; МНО – 0,94; Фибриноген – 3,3.

Старые трофические изменения кожи уменьшились, но сохранились. Рекомендовано полноценное проведение системного лечения, поддерживающее кожу местное лечение мазью «Сульфаргин» еще в течение месяца. Использование компрессионного бинтования. Динамическое наблюдение и контроль коагулограммы.

Использование серебросодержащих препаратов, в частности «Сульфаргина», при лечении длительно существующих, труднозаживающих ран, совместно с системным лечением, является актуальной и эффективной методикой и может рекомендоваться врачам-хирургам амбулаторного звена при лечении таких трудных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блатун Л. А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения. *Consilium medicum, Хирургия*, 2007, № 1, с. 51 – 59.
2. Фаттахов В. В. Активизация микроциркуляции крови при хронических заболеваниях вен. Материалы V съезда амбулаторных хирургов РФ. 14-15.04, 2016. Санкт-Петербург, с. 124 – 125.
3. Фаттахов В. В., Демченкова Г. З., Максумова Н. В. Медико-социальные и психологические аспекты качества жизни и здоровья ветеранов боевых действий. Москва-Казань: Изд. Дом «МедДок», 2013, с. 326.
4. Максумова Н. В. Вегетативный статус и хронические сосудистые заболевания у ветеранов боевых действий. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы», Казань, 2014, с. 56 – 61.
5. Богачев В. Ю., Голованова О. В., Кузнецов А. Н., Шекоян А. О. Биофлавоноиды и их значение в ангиологии. Фокус на диосмин. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2013, т. 19, № 1, с. 73 – 80.
6. Калинин Р. Е., Сучков И. А., Пшенников А. С., Мжаванадзе Н. Д. Возможности фармакотерапии хронической венозной недостаточности препаратами диосмина с позиций функционального состояния эндотелия. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2015, т. 21, № 3. (Пепринт).
7. Scallan C., Bell-Syer S. E., Aziz Z. Flavonoids for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, v. 31, p. 5.
8. De Souza M. D, Cyrino F. Z., Mayall M. R. et al. Beneficial effects of the micronized purified flavonoid fraction (MPFF, Daflon® 500mg) on microvascular damage elicited by sclerotherapy. *Phlebology*, 2014, v. 15.
9. Heiss C., Dejam A., Kleinbongard P. et al. Acute consumption of flavanol-rich cocoa and the reversal of endothelial dysfunction in smokers. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2005, v. 46, № 7, p. 1276 – 1283.
10. Rabe E., Guex J. J., Morrison N. et al. Treatment of chronic venous disease with flavonoids: recommendations for treatment and further studies. *Phlebology*, 2013, v. 28, № 6, p. 308 – 319.
11. Жорник Е. В., Баранова Л. А., Дрозд Е. С., Судас М. С. с соавт. Наночастицы серебра индуцируют процессы перекисного окисления липидов и морфологические изменения поверхности лимфоцитов человека. *Биофизика*. Изд. «Наука», Москва, 2014, т. 59, № 3, с. 466 – 473. ISSN: 0006-3029

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 RMA SPGE of Ministry of health of the Russian Federation
E-mail: vfat@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 местнодеструкующим 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 контуром 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 «Сургитрон™», 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», которую 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 01.11.2016 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 плюсовых костей натоптыши, а в проекции головок 2 плюсовой 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 «Сургитрон™» 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 39°C, 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

микробактерицидных свойств 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_udalenie_novoobrazovanijs03.html