

## ЭТАПНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА ФОНЕ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Д. Мильдзихова<sup>1</sup>,

Л. Сакания<sup>1</sup>,

Е. Денисова<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,

И. Воронцова<sup>2</sup>,

И. Корсунская<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор

<sup>1</sup>Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

<sup>2</sup>Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

E-mail: marykor@bk.ru

*В работе приводятся современные данные о язвенных дефектах кожи, ассоциированных с венозной недостаточностью. Рассмотрены подходы к терапии данного заболевания, приводятся результаты собственных наблюдений.*

**Ключевые слова:** терапия, трофические язвы, венозная недостаточность, Актовегин, комплексная терапия.

**Т**рофические язвы, обусловленные хронической венозной недостаточностью (ХВН), — одна из наиболее часто встречающихся патологий пациентов пожилого возраста [1].

ХВН — относительно самостоятельное патологическое состояние, первопричиной которого является вызванный венозным стазом каскад патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях [2]. Данное заболевание часто встречается у взрослого населения. Согласно статистическим данным, трофические язвы осложняют течение ХВН в 15–18% случаев и встречаются у 1–2% трудоспособного населения; с возрастом частота их увеличивается до 4–5% среди пациентов старше 65 лет [3, 4], а положительных результатов терапии достигают только 10% пациентов [5]. Общее число больных в популяции, имевших в анамнезе или страдающих в настоящее время венозными трофическими нарушениями нижних конечностей, достигает 6% [6].

Сочетание ХВН и трофических язв значительно снижает качество жизни пациентов, поскольку не только приводит к ограничению трудовой деятельности, но и в тяжелых случаях — к потере способности к самостоятельному передвижению. Все это является причиной длительной нетрудоспособности и инвалидности лиц трудоспособного возраста. Сопровождаясь выраженным болевым синдромом, они обрекают пациентов на длительные, часто многолетние страдания [7].

Независимо от причины ХВН, основой патогенеза трофических нарушений является недостаток местного питания и защитных свойств кожи, развивающийся вследствие тканевой гипоксии на фоне патологических венозных рефлюксов. При изучении данной проблемы все больше внимания

уделяется проблемам нарушения микроциркуляции. Длительное существование венозной недостаточности приводит к первоначальному спазму в артериях, что сопровождается гиперплазией интимы, склерозированием и тромбированием артериол гиподермы, уменьшением количества капилляров, возникновением феномена артериоло-веноулярного шунтирования крови и редукцией микроциркуляторного русла [8–11].

В основе терапии венозных трофических нарушений лежит комплексный подход и рациональный выбор лекарственного средства, соответствующего стадии раневого процесса [12].

В настоящее время выбор лекарственных препаратов для системной фармакотерапии, оказывающих флеботонизирующее и ангиопротективное действие, ускоряющих регенеративные процессы и улучшающих работу сосудов, достаточно широк.

Основными препаратами, включаемыми в традиционную схему терапии, являются растворы декстранов (реополиглюкин) в сочетании с антиагрегантами (пентоксифиллин). Они положительно влияют на реологические свойства крови, снижают агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, а также снижают уровень фибриногена в плазме крови (эффект обратим и слабо выражен, поэтому геморрагических осложнений не возникает), уменьшают гипоксию тканей.

Однако наиболее многообещающими препаратами в лечении трофических нарушений кожи представляются активаторы клеточного метаболизма, в частности олигопептидный препарат с производными нуклеиновых кислот, олигосахаридами и микроэлементами — Актовегин.

Актовегин представляет собой комбинированный антигипоксикант и антиоксидант, применяемый для лечения и профилактики гипоксических и ишемических патологических состояний. Препарат активизирует обмен веществ в тканях, улучшает трофику и стимулирует процессы регенерации. Данный препарат повышает устойчивость тканей к гипоксии за счет увеличения утилизации и потребления кислорода, энергетический метаболизм и потребление глюкозы. Активные олигосахариды Актовегина имитируют инсулиноподобное действие, активируя проникновение глюкозы в клетки, минуя рецепторы инсулина. Данное свойство является инсулинонезависимым и сохраняется у больных сахарным диабетом. Это замедляет прогрессирование диабетической ангиопатии и улучшает микроциркуляцию. Улучшение аэробного обмена сосудистого эндотелия приводит к высвобождению биологических вазодилататоров (простациклина и оксида азота).

Одно из преимуществ Актовегина заключается в том, что он может назначаться в качестве монотерапии на начальных стадиях раневого процесса, но при этом также может быть назначен в составе комплексной терапии с сосудорасширяющими препаратами в более тяжелых случаях.

По данным сравнительного исследования И. Учкина и соавт., в терапии пациентов с ХВН, осложненной трофическими дефектами, лучшие результаты продемонстрированы в группах, где применялась комбинированная инфузионная терапия в сочетании с Актовегином. Качество жизни пациентов, получавших в комплексной терапии Актовегин, улучшилось в среднем на 80% против 60% у пациентов, не получавших данный препарат [13].

Наш опыт также показывает эффективность Актовегина в комплексной терапии трофических язв нижних конечностей, преимущественно осложненных вторичной инфекци-



**Рис. 1.** До лечения



**Рис. 2.** Через 10 дней после лечения Актовегином

ей. На первом этапе терапии (рис. 1) назначали реополиглокин в сочетании с пентоксифиллином в течение 5 дней, топически на язву – крем с антибиотиком, в дальнейшем в терапию включали Актовегин внутривенно капельно в дозе 10 мл/сут в течение 10 дней, местно после очищения раневой поверхности наносили окклюзионную повязку 1 раз в сутки в течение 3–5 дней (на мокнущую поверхность нижним слоем наносили гелевые средства, улучшающие эпителизацию, на основе гиалуроновой кислоты). Значимый клинический эффект достигался на 10–14-й день от начала терапии (рис. 2). Следующим этапом проводили топическую монотерапию кремом с регенерирующим эффектом до полной эпителизации язвенного дефекта. В тяжелых случаях рекомендован прием 1 таблетки (200 мг) Актовегина 3 раза в сутки в течение 3–4 нед совместно с топической терапией под наблюдением врача.

Такой подход наиболее перспективен по сравнению с другими схемами лечения язвенных дефектов кожи за счет быстрого достижения клинического эффекта, что в свою очередь приводит к улучшению качества жизни пациентов. Комплексная терапия трофических язв на фоне венозной недостаточности с включением Актовегина системно показала высокую эффективность и безопасность в сравнении с терапией только ангиопротекторами.

## Литература

1. Оболенский В.Н., Родоман Г.В., Никитин В.Г. и др. Трофические язвы нижних конечностей: обзор проблемы. // Рус. мед. журн. – 2009; 25: 1647–63.
2. Савельев В.С. Флебология / М.: Медицина, 2001.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // Флебологическая. – 2000; 11: 5–10.
4. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Ермаков Н.А. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств // Consilium Medicum. – 2001; 1: 28–31.

5. Золотухин И.А., Богачев В.Ю. Топические средства в лечении хронических заболеваний вен // Справочник поликлинического врача. – 2007; 4: 87–90.
6. Baker S., Stacey M. Jopp-McKay A. et al. Epidemiology of chronic venous ulcers // Br. J. Surg. – 1991; 78: 864–7.
7. Бауэркакс Ж., Флеминг И., Буссе Р. Патофизиология хронической венозной недостаточности // Флебологический журнал. – 1998; 7: 1–7.
8. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Щелоков А.Л. и др. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей / М.: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003; 176 с.
9. Андриевских И.А., Графов А.А. Лечебно-диагностический алгоритм у хирургических больных с васкулитами и васкулопатиями / Челябинск: ЧГМА, 2007; 82 с.
10. Основы клинической флебологии. Под ред. Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткина / М.: Медицина, 2005; с. 197–213.
11. Костенко И.Г. Гемодинамическая характеристика заболеваний сосудов системы нижней полой вены. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1979.
12. Handbook of venous disorders. 2<sup>nd</sup> Edition / Guidelines of the American Venous Forum, 2001; 557 p.
13. Учкин И.Г., Талов Н.А. Рациональная инфузионная терапия при хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими нарушениями // РМЖ. – 2010; 18 (29): 1765–70.

#### **STEPWISE THERAPY FOR TROPHIC ULCERS IN THE PRESENCE OF VENOUS INSUFFICIENCY**

**D. Mildzikhova<sup>1</sup>, L. Sakania<sup>1</sup>, E. Denisova<sup>2</sup>**, *Candidate of Medical Sciences;*

**I. Vorontsova<sup>2</sup>**; *Professor I. Korsunskaya<sup>1</sup>, MD*

<sup>1</sup>*Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences, Moscow*

<sup>2</sup>*Moscow Research-and-Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow Healthcare Department*

*The paper presents current data on skin ulcerative defects associated with venous insufficiency. It considers approaches to therapy for this disease and gives the results of the authors' own observations.*

**Key words:** therapy, trophic ulcers, venous insufficiency, Actovegin, combination therapy.