

Яковлев А.Б.¹, Савенков В.В.²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИНОЛИЗАТА В ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

¹ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ; ² Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия

Трофические венозные язвы (ТВЯ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем как гнойной хирургии, так и дерматологии. В основе патогенеза ТВЯ лежат расстройства тканевой микроциркуляции, прежде всего, на этапе венозного оттока. В основе патофизиологического механизма формирования этих язв лежит венозный застой и декомпенсированная тканевая гипоксия; наличием последней объясняются неудачи при попытках стимулировать рубцевания язв с помощью тканевых биостимуляторов при отсутствии должной вазоактивной терапии.

Однако, даже при осуществлении полного комплекса лечебных мероприятий проблема стимуляции тканевой регенерации и рубцевания ТВЯ остается весьма актуальной. Прежде всего, даже при осуществлении полноценного комплекса терапевтических воздействий сроки заживления и рубцевания ТВЯ остаются весьма значительными – в 2/3

случаев они составляют до 18 мес. Стандартный полноценный комплекс терапевтических воздействий при ТВЯ включает в себя средства для улучшения микроциркуляции, обладающие преимущественно антиагрегантными (тромбоас, пентоксифиллин) и стабилизирующими стенку сосуда (троксевазин, добезилат кальция) свойствами. По показаниям в комплексную терапию ТВЯ включают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), антибиотики и дезинфектанты, низкоинтенсивную лазеротерапию и т.д.

Перечисленные лекарственные средства применяют как системно, так и наружно. Обязательным компонентом является хирургическая обработка язвы с целью удаления гнойно-некротических масс – одного из компонентов патологического процесса, препятствующих заживлению.

В 50% случаев оправданным считается назначение системных глюкокортикостероидов с целью обеспечения мощного противовоспалительного эффекта.

Вместе с тем, до настоящего времени не решен вопрос о месте иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении ТВЯ. Практика гнойной хирургии представляет большой опыт применения иммуномодулятора, адаптогенов и тканевых стимуляторов с целью повышения неспецифической иммунной резистентности и стимуляции тканевых фибробластов.

Актинолизат – системный препарат, в полной мере обладающий свойствами иммуномодулятора, адаптогена и тканевого стимулятора.

Препарат готовят из культуры актиномицетов. Еще в довоенные годы XX века было показано, что добавление актинолизата в культуру актиномицетов вызывало лизис всей культуры. Актинолизат обладает свойством активировать Т-лимфоциты, стимулировать выработку интерферонов, повышать толерантность тканей к гипоксии. В качестве неспецифического средства актинолизат с успехом применяется для лечения хронической язвенно-вегетирующей пиодермией и некротических васкулитов.

Цель работы – оценить эффективность применения актинолизата в комплексной терапии ТВЯ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 33 пациента с ТВЯ нижних конечностей (15 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 56 до 74 лет).

Всем пациентам диагноз хронической венозной недостаточности был подтвержден консультацией хирурга-флеболога, УЗИ вен голени, доплерографией сосудов нижних конечностей. Величина язвенных дефектов на голени у пациентов колебалась от 2 до 7 см. Больных разделили на две группы: в 1-й группе больные получали лечение с применением описанных выше стандартных терапевтических методик, с обязательным назначением так называемых «венотонизирующих» средств; 9 пациентов этой группы на разных этапах лечения получали внутримышечные инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов (дипроспан) или преднизолон в таблетках, по 15–20 мг в сутки. Больные из 2-й группы, помимо упомянутых методик получали лечение актинолизатом в инъекциях внутримышечно по 2 мл 2 раза в неделю, на курс 20–25 инъекций.

Результаты исследования. Сроки наблюдения за пациентами составили от 4 до 7 лет. При каждом очередном посещении врача оценивали не только интенсивность процессов заживления, но и стойкость эффекта, отсутствие тенденции к рецидиву – повторному «открытию» язвы.

У 14 пациентов из 1-й группы, у 11 наблюдалась стойкая тенденция заживлению язвенных дефектов при отсутствии признаков вероятного рецидивирования. Полное заживление язв происходило в сроки от 14 до 17 мес; еще у 3 пациентов эффект оказался нестойким, и дважды в процессе лечения наблюдалось появление новых мелких язвочек размером до 0,5 см.

Во 2-й группе 17 из 19 пациентов получили полный курс актинолизата в составе комплексной терапии, и во всех этих случаях отмечена стойкая тенденция к заживлению язвенных дефектов. Еще 2 пациента получили не полный курс инъекций актинолизата, из 10 и 12 инъекций, после чего препарат был отменен в связи появлением высыпаний по типу микробной экземы. Полное заживление ТВЯ у пациентов во 2-й группе проходило в сроки от 8 до 9 мес. Всем больным, из 1-й и 2-й группы, после завершения основного курса лечения рекомендовано диспансерное наблюдение и периодические курсы поддерживающей терапии.

Заключение. Актинолизат – препарат, в полной мере проявляющий свои свойства иммуномодулятора и адаптогена в составе комплексной терапии ТВЯ. Включение этого препарата в программы лечения ТВЯ обеспечивает стойкую тенденцию заживлению язвенных дефектов. По результатам наблюдений оказалось, что весьма перспективной является методика сочетания инъекций актинолизата с преднизолоном в дозе 15–20 мг в сутки, с последующим снижением дозы до полной отмены в течение 1–1,5 мес.