

РОЛЬ АНТИБИОТИКОВ И СЕРЕБРОСОДЕРЖАЩИХ АНТИМИКРОБНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Парахонский А.П., Цыганок С.С.

Кубанский медицинский университет, Медицинский центр «Здоровье»

Краснодар, Россия

E-mail: para.path@mail.ru

Целью работы явилась оценка эффективности системного и местного применения антимикробных средств и современных серебросодержащих препаратов в лечении венозных трофических язв, осложненных острым индуративным целлюлитом. Средний возраст больных $59,7 \pm 6,9$ года, длительность существования язв $6,1 \pm 1,9$ месяца, площадь язвенного дефекта $9,47 \pm 4,18$ см². В I группу были включены 20 пациентов, которые в течение 7 суток получали амоксицилин (1000 мг x 2 раза в сутки), во II - 20 больных, которым назначали левофлоксацин по 500 мг x 1 раз в сутки. 20 пациентам III группы местно на язву и измененную кожу применяли банеоцин. У 30 больных IV группы использовали современные серебросодержащие раневые покрытия: гидроальгинатную повязку Silvercel (Johnson, США), раневое покрытие Sorbsan Silver (Unomedical, Англия), а после купирования воспаления применяли мазь "Эбермин" (PegArd, Куба). Полученные результаты сравнивали с группой контроля, получавшей стандартную местную терапию (мази ируксоловую, левосин, левомеколь, раствор хлоргексидина). Эффективность терапии оценивали по клиническим данным (наличие гиперемии и индурации кожных покровов, выраженность болевого синдрома, очищение язвы от гнойно-некротических тканей, рост грануляций), а также результатам бактериологического и цитологического исследований.

До лечения наиболее часто в раневом экссудате определялись *St. aureus*, *Ps. aeruginosa*, *Pr. mirabilis*, *St. epidermidis*. В 10% случаев роста флоры не отмечено, микробное число в среднем составило 10^7 - 10^9 КОЕ/мл. При цитологическом исследовании в основном определялись нейтрофильные лейкоциты с признаками дистрофии и незавершенного фагоцитоза. На 7 сутки лечения у 85% больных I-III групп отмечен регресс симптомов воспаления: купированы отек и гиперемия перифокальных тканей, язвы очистились от гноя, фибрина и некротических тканей, появились участки грануляций ярко-розового цвета. В контрольной группе эти явления наблюдались лишь у 30% пациентов. Цитологически у 65% больных I-III групп отмечено снижение количества деструктивных нейтрофилов, появление фибробластов и признаков завершенного фагоцитоза; в группе сравнения у 25% пациентов. Напряженность микробной контаминации в основной группе ниже критического уровня отмечена в 45% случаев наблюдений, полная бактериальная элиминация у 40% больных, у 15% пациентов она оставалась высокой, что потребовало продолжения антимикробной терапии и усиления местного лечения с помощью антибактериальных мазей (фуцидин, бактробан). В контрольной группе за этот период изменений в характеристике высеваемой микрофлоры отмечено не было.

Показано, что применение антибиотиков для подавления патологической микрофлоры при необходимости длительного их назначения, приводит к развитию резистентности штаммов микроорганизмов и неэффективности лечения. В результате применения серебросодержащих антимикробных средств у больных IV группы полное заживление венозных язв произошло у 20% пациентов, у 60% - площадь язвенного дефекта уменьшилась более чем на 50%; у 20% выявлено незначительное ее уменьшение, но визуально отмечена положительная динамика в виде очищения язвенной поверхности от фибрина и некротических масс, образования сочной грануляционной ткани, появления островков эпителизации. Цитологическая картина свидетельствовала об активном регенераторном процессе. Состояние кожных покровов, окружающих трофическую язву, претерпело значительные изменения: признаки целлюлита

купированы у 50% больных, в контрольной группе - у 20% пациентов. При бактериологическом исследовании к моменту окончания исследования у 30% больных наблюдалась элиминация микробов, у 50% пациентов степень напряженности контаминации снизилась с 10^{7-9} до 10^{3-4} КОЕ/мл, в 20% случаях произошло изменение качественного состава микрофлоры на условно-патогенную и сапрофитную. В контрольной группе скорость регенераторных процессов статистически значимо отставала от основной группы на 7-10 дней ($p < 0,05$).

Таким образом, возникновение острого индуративного целлюлита, осложняющего процесс заживления венозных трофических язв, является абсолютным показанием к назначению системной и местной антибактериальной терапии. Сроки её применения и регламент определяет клиническая картина регресса симптомов воспаления, купирование которого способствует созданию благоприятных условий для ускорения репаративных процессов. Применение серебросодержащих антимикробных средств для местного лечения венозных язв снижает напряженность микробной контаминации язвенной поверхности, уменьшает риск развития воспалительных инфекционных осложнений, сокращает фазу воспаления и тем самым способствует более быстрому заживлению венозных трофических язв. Возникновение воспалительных осложнений, обусловленных микробной агрессией, существенно замедляет сроки заживления венозных язв и диктует необходимость использования различных антимикробных препаратов.