

УДК 616.521+616.5-002:116-08

© Коллектив авторов, 2012.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ «ПАНТЕНОЛ» И «ВУЛЬНОСТИМУЛИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И ВАРИКОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

**О.А. Притуло, В.Н. Смолиенко, М.В. Нгема, Д.В. Прохоров, Кауд Дия**

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав. кафедрой – проф. О.А. Притуло), ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### EFFICIENCY OF USE OF PREPARATIONS «PANTENOL» AND «VULNOSTIMULIN» IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH EXEMA AND VARICOS TROPHIC ULCERS

O.A. Pritulo, V. N. Smolienko, M. V. Ngema, D.V. Prokhorov, Kaud Diya

#### SUMMARY

The article presents the data of clinical observations and comments on expediency and efficiency of application of preparations "Pantenol" and "Vulnostimulin" in treatment of eczema and varicose illness.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ «ПАНТЕНОЛ» ТА «ВУЛЬНОСТИМУЛІН» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЕКЗЕМОЮ ТА ВАРИКОЗНИМИ ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ

О.О. Притуло, В.М. Смолієнко, М.В. Нгема, Д.В. Прохоров, Кауд Дія

#### РЕЗЮМЕ

У статті приведені дані клінічного спостереження та доведена доцільність та ефективність застосування препаратів «Пантенол» та «Вульностимулін» при лікуванні екземи та варикозних трофічних виразок.

**Ключевые слова:** экзема, трофическая язва, лечение.

В современной клинической дерматологии одной из наиболее актуальных и сложных проблем является оптимизация лечения и профилактики аллергодерматозов. Традиционные методы терапии зачастую недостаточно эффективны и не обеспечивают ни полного клинического выздоровления больных, ни достаточно длительной и устойчивой ремиссии клинических проявлений заболевания [1]. Экзема представляет собой острое, реже хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся появлением полиморфной сыпи, сильным зудом и острой воспалительной реакцией, обусловленными серозным воспалением кожи. [3]

По остроте течения различают: острую, подострую и хроническую экзему. По распространению: локализованную, диссеминированную, генерализованную.

По клиническому течению:

1. Истинную, к которой относят дисгидротическую, тилотическую и пруригинозную.
2. Микробную, к которой относят ммулярную, паратравматическую, варикозную, микотическую.
3. Вторичную экзематизацию разных дерматозов [2].

Микробная экзема (МЭ) наиболее часто развивается в области нижних конечностей на фоне варикозной болезни. Самым распространённым осложнением варикозной болезни нижних конечностей

являются трофические язвы, которыми, по данным ряда авторов, в популяции страдают 1,5% населения. Трофические язвы (ТЯ), в свою очередь, могут провоцировать развитие МЭ. Все это приводит к формированию порочного круга: варикозная болезнь – трофические язвы – микробная экзема, в котором один из патологических процессов поддерживает и отягощает течение другого [4].

Цель данного исследования: оценить клиническую эффективность использования комбинированного метода: перорального применения «Пантенола» и наружного «Вульностимулина»; выявить возможные побочные реакции общего и местного характера при их совместном применении.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследуемую группу составили 16 больных с микробной экземой и варикозными трофическими язвами нижних конечностей (9 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 33 до 65 лет. На момент лечения срок существования язв составлял от 5 месяцев до 7 лет. Средняя длительность течения заболевания составляла 2-3 года. Площадь язвенной поверхности варьировала от 0,8 до 3,0 см<sup>2</sup>. Наиболее часто язвы локализовались на внутренней поверхности голени – у 12 человек, на передней латеральной поверхности голени – у трёх больных, и на задней поверхности нижней трети голени – у одного больного. У 15 пациентов язвенный дефект располагался на одной голени, у 1

больного на обеих голених. Определение площади поверхности трофической язвы осуществляли следующим образом: прозрачная стерильная целлофановая плёнка накладывалась на язву, и маркером обводились её контуры. Затем целлофан переносился на лист миллиметровой бумаги, и рассчитывалась площадь язвенной поверхности. Всем пациентам для дифференциальной диагностики варикозных трофических язв проводилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Клиническая картина микробной экземы характеризовалась некоторыми особенностями: очаги экземы локализовались в области расширенных вен, варикозных язв, склерозированных участков кожи. Имели ассиметричный характер поражения, чёткие границы, размером от 5 до 17 см в диаметре, и располагались на коже нижней трети голени на фоне отёка различной степени выраженности, гиперемии с наличием мелкопапулёзной сыпи, в отдельных случаях смикровезикуляцией. У 6 больных, помимо этого, имелись пустулёзные элементы.

Для эффективности лечения трофических язв при визуальном осмотре оценивали следующие показатели:

- 1) Исчезновение отёка мягких тканей.
- 2) Развитие грануляций.
- 3) Заполнение язв грануляционной тканью.
- 4) Образование корочки.
- 5) Полное заживление язв.

Консервативная терапия являлась первым этапом лечения наших пациентов и включала в себя назначение гипосенсибилизирующих, антигистаминных препаратов, венотоников, вазоактивных препаратов, иммунокорректоров, витаминов группы А, Е. Применение препаратов этих групп позволяет существенно уменьшить проявление экзематозного процесса. Кроме этого, в комплексном лечении данного дерматоза был применён «Пантенол», 1 таблетка внутрь, 1 раз в сутки.

Выбор средств топической терапии основывался на учёте фаз раневого процесса исследуемых основных требований к препаратам для местного лечения трофических язв. В первую фазу раневого процесса: антимикробная активность, противовоспалительная активность, сорбирующий эффект, обезболивающее действие. Во вторую и третью фазы раневого процесса: гранулирующий эффект, эпителизирующий эффект и антимикробная активность. В первую фазу, учитывая наличие выраженной экссудации и фибринозно-некротического налёта, мы применяли Деласкин в виде влажно-высыхающих компрессов 2-3 раза в день. Используя данное лечение, нам удалось купировать явления острого воспаления в среднем за 7 дней. В дальнейшем для местного лечения трофических язв наносили дважды в день на язвы крем Вульностимулин, предварительно очистив раневую поверхность физиологическим раствором

хлорида натрия. В своей биологически активной форме (в составе кофермента А) Пантенол является: важнейшим составляющим дыхательного цикла трикарбоновых кислот, незаменимым фактором синтеза и расщепления жирных кислот, синтеза фосфолипидов, участником многих метаболических и регуляторных процессов.

Таким образом, будучи незаменимым ферментативным звеном, пантотеновая кислота стимулирует процессы заживления кожи и слизистых оболочек, повышает устойчивость собственного коллагена кожных покровов к повреждающему действию внешних факторов, регулирует деление и рост эпителиальных клеток, что приводит к быстрому замещению грануляционной ткани нормальными, полностью функциональными клетками [5].

Вульностимулин крем, для наружного использования, благодаря комплексному составу (водный экстракт зародышей пшеницы, кориандровое масло, лавандовое масло, феноксиэтанол, полиэтиленгликоль 400, 1500 и 4000, густой парафин, сорбитол) стимулирует эпителизацию и заживление открытых послеоперационных ран, ожогов I и II степени, язв различного происхождения, труднозаживающих ран и кожных трансплантатов, оказывает также противовоспалительное действие.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность лечения больных составила 31 день. Проведённое исследование показало, что под влиянием предложенного нами лечения площадь трофических язв уменьшилась у всех пациентов. Отёк мягких тканей исчезал на 4-5 сутки, развитие грануляций наступало на 9-13 сутки. Полное рубцевание отмечалось у 8 больных, неполное рубцевание – у 4 больных, образование сухих корок на поверхности – у 4 больных. Динамика экзематозного процесса складывалась следующим образом: отсутствие проявлений микробной экземы наблюдалась у 10 больных, остаточные явления – у 6 больных.

#### ВЫВОДЫ

Комплексное лечение препаратами «Пантенол» и кремом «Вульностимулин» хорошо переносилось больными, побочные эффекты при их применении отсутствовали. Предложенный нами метод лечения способствует более ранней эпителизации варикозных трофических язв. Использование данного метода может быть рекомендовано для широкого использования врачами для стационарного и амбулаторного лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Загер К. Современные методы лечения больных экземой и другими аллергическими реакциями // Украинский журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007 г. – № 3 (26). – с. 32-39.
2. Іщейкін К. Є. Деякі питання класифікації, особливості клінічних проявів справжньої екзема та пер-

спективи лікування хворих // Дерматологія, Косметологія. Сексопатологія. – 2006. – № 1-2 (9). – с. 199-202.

3. Кубанова А. А., Кисина В. И. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. – Москва: «Литтерра». – 2005. – с. 881.

4. Куценко И.В., Шагов Е. А. Опыт лечения больных микробной экземой, протекающей на фоне ос-

ложнённой трофическими язвами варикозной болезни ног // Журнал Дерматовенерологии Косметологии ім. М. О. Торсуева. – 2005. – № 1 – 2 (10). – С.182-183.

5. Тищенко А. Л. Содержание биотина в сыворотке крови у больных экземой и псориазом / А. Л. Тищенко // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – №5. – с. 37-40.