

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Д.В. ОКЛЕЙ

Национальный фармацевтический университет,
г. Харьков, Украина

Топические лекарственные средств занимают важное место в лечение хронической венозной недостаточности (ХВН) и пользуются большой популярностью как у врачей, так и у пациентов. Обусловлено это тем, что стоимость различных мазей и гелей относительно невелика, а использование их не связано с какими-либо трудностями.

Цель работы: изучить особенности применения топических лекарственных средств при комплексном лечении ХВН.

Материалы и методы исследования. Топические лекарственные средства, применяемые во флебологической практике, по действующему веществу можно разделить на четыре основные группы:

1. Гепаринсодержащие, отличающиеся концентрацией их основного активного компонента – гепарина. Эти препараты целесообразно использовать для профилактики и лечения варикотромбофлебита, уменьшения симптомов венозной недостаточности, ускорения резорбции поверхностных гематом после хирургического и флебосклерозирующего лечения.
2. Мази и гели, содержащие веноактивные действующие вещества такие, как эсцины, рутозиды, биофлавоноиды, экстракты гинкго двудольного, иглицы, донника лекарственного и др. Наряду с некоторым отвлекающим действием они могут оказывать вено- и капилляропротективные эффекты.
3. Мази и гели на основе НПВП во флебологической практике, как правило, используют для лечения варикотромбофлебита и индуративного целлюлита.
4. Топические глюкокортикоиды (кортикостероиды) являются

важным компонентом комплексного лечения ХВН, осложненной трофическими нарушениями кожи, экземой и дерматитом. Местные кортикостероиды также используют при наиболее тяжелых формах ХВН, сопровождающихся острым индуративным целлюлитом, венозной экземой, гемосидерозом, пластинчатым дерматитом и др.

Результаты исследования. При проведении исследования замечено, что быстрое облегчение симптомов заболевания при использовании местных лекарственных форм в основном достигается за счет отвлекающего действия в результате испарения летучих компонентов (спирта, эфиров, ксероформа и др.). Проникновение же большинства этих препаратов в ткани ограничено поверхностными слоями кожи. Важно учитывать и тот факт, что сенсibilизация кожных покровов при хронической венозной недостаточности, особенно в случае уже имеющихся нарушений трофики кожи, делает чрезвычайно высокой вероятность развития как местных, так и системных аллергических реакций. Кроме того, некоторые местные лекарственные препараты могут провоцировать гиперкератоз и атрофию кожи. Вот почему при использовании местных лекарственных средств во флебологической практике нельзя:

- назначать несколько мазей и гелей одновременно из-за риска перекрестной аллергии;
- накладывать мази и гели в виде компрессов в связи с высоким риском развития мацерации;
- наносить местные лекарственные формы, содержащие раздражающие субстанции (спирт, ксероформ, деготь и др.), на экзематозную кожу, открытые трофические язвы и эрозии.

Выводы. Таким образом, возможности самостоятельного использования местных лекарственных форм во флебологической практике ограничены и их следует комбинировать с эластической компрессией, а также другими препаратами для перорального или парентерального приема, т.е. системного применения.