

УДК 617.584-002.44-018.2-071-089

## Клинический случай лечения трофической язвы голени у пациентки с болезнью Шегрена

М.В. АРАЛОВА<sup>2</sup>, А.А. ГЛУХОВ<sup>1</sup><sup>1</sup>Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д. 10, Воронеж, 394036, Российская Федерация<sup>2</sup>Воронежская областная клиническая больница №1, Московский пр-т, д. 151, Воронеж, 394068, Российская Федерация

**Актуальность.** Трофические язвы на фоне системных заболеваний отличаются длительным течением и вызывают большие трудности в лечении из-за сниженных регенераторных возможностей организма. В результате приема гормонов мышцы и кожа приобретают атрофические изменения. Истонченная и сухая кожа особенно подвержена травматизации. Трофические язвы при системных заболеваниях соединительной ткани часто не имеют специфических признаков. Указывать на системное заболевание могут нетипичная локализация (бёдра, ягодицы, туловище, верхние конечности, голова, слизистая ротовой полости) раневого дефекта, длительное течение язв, без тенденции к регенерации, большую помощь в диагностике оказывает выявление синдромов, свидетельствующих о системном аутоиммунном поражении органов и тканей (полиартриты, полисерозиты, поражение внутренних органов).

**Цель.** Описание случая лечения пациентки с болезнью Шегрена.

**Материалы и методы.** В данном сообщении представлено клиническое наблюдение лечения язвенных дефектов голени на фоне длительной гормональной терапии. Пациентка более 20 лет страдает болезнью Шегрена. Поставлен диагноз: болезнь Шегрена, хроническое течение, умеренная активность (II), выраженная стадия. Сухой кератоконъюнктивит. Паренхиматозный паротит, ксеростомия. Синдром Рейно. Трофическая язва левой голени. Варикозная болезнь нижних конечностей, ст. 2.

**Результаты.** Болезнь Шегрена - системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением экзокринных желез, преимущественно слюнных и слезных, с постепенным развитием их секреторной недостаточности, в сочетании с различными системными проявлениями. Местное лечение трофической язвы проходило на фоне терапии основного заболевания. На первом этапе для очищения поверхности трофической язвы использовали метод контактной контролируемой криодеструкции, проводилась гидропрессивная обработка раны. В результате - на 5 сутки рана полностью очистилась от некротических тканей. Далее местное лечение заключалось в создании оптимальных условий для регенерации. Через 4 недели рана практически полностью эпителизировалась.

**Выводы.** При болезни Шегрена лечение язвенных дефектов кожи нижних конечностей проходит на фоне длительного приема гормональных препаратов. Важным условием заживления ран является снижение дозы гормонов до минимально необходимой. В данном клиническом наблюдении в местном лечении применялась методика контактной контролируемой криодеструкции патологических тканей на поверхности язвы.

**Ключевые слова:** трофические язвы, системные заболевания

## Clinical Case of the Treatment of Venous Leg Ulcers in a Patient with Sjogren Disease

M.V. ARALOVA<sup>2</sup>, A.A. GLUKHOV<sup>1</sup><sup>1</sup>N. N. Burdenko Voronezh state medical University, Studencheskaya str., 10, Voronezh, 394036, Russian Federation<sup>2</sup>Voronezh regional clinical hospital №1, 151 Moskovsky pr-t, Voronezh, 394068, Russian Federation

**Relevance.** Trophic ulcers on the background of systemic diseases are characterized by long flow and cause greater difficulties in treatment due to the reduced regenerative capabilities of the body. As a result of taking hormones muscles and skin become atrophic changes. Thinning and dry skin are particularly susceptible to trauma. Trophic ulcers in systemic connective tissue diseases often have no specific signs. Indicate systemic disease can atypical localization (thighs, buttocks, torso, upper extremity, head, mucosa of the oral cavity) wound, long for ulcers, with no tendency to regenerate, the big help in diagnostics renders the identification of syndromes, evidence of systemic autoimmune lesions of organs and tissues (polyarthritits, polyserositis, damage internal organs).

**Purpose.** Description of the case of the treatment of the patient with Sjogren disease.

**Materials and methods.** In this report a clinical case of treatment of ulcers of the tibia on the background of long-term hormonal therapy. Patient more than 20 years of suffering from Sjogren's disease. Diagnosis of Sjogren's disease (chronic, moderate activity (II) expressed stage), dry keratoconjunctivitis, parenchymatous parotitis, xerostomia, Raynaud's Syndrome, trophic ulcer of left tibia and varicose disease of the lower extremities, 2.

Sjogren's disease - a systemic autoimmune disease characterized by involvement of exocrine glands, mainly salivary and lacrimal, with the gradual development of secretory failure, combined with various systemic manifestations. Local treatment of trophic ulcers took place against the background therapy of the underlying disease. In the first stage for cleansing the surface of trophic ulcers

used for the contact controlled cryodestruction was carried out hydropressing treatment of the wound. The result - on the 5th day the wound was completely cleansed from necrotic tissue. Further, the local treatment consisted in the creation of optimal conditions for regeneration. After 4 weeks the wound is almost completely epithelization.

**Conclusions.** When Sjogren's disease treatment of ulcerative defects of the skin of the lower extremities takes place on the background of long-term hormonal medications. An important condition for wound healing is to decrease the dose of hormones to the minimum necessary. In this clinical observation in local treatment was applied the technique of contact controlled cryodestruction of pathological tissues on the surface of the ulcer.

**Key words:** ulcers, systemic disease

Трофические язвы на фоне системных заболеваний встречаются менее чем в 1% случаев, но, как правило, их лечение вызывает особые трудности из-за упорного течения и продолжительной I фазы раневого процесса. Регенераторные возможности на фоне коллагенозов, васкулитов, болезней крови, обмена веществ и т.п. резко снижены, что связано как с течением основного заболевания, так и со стандартно применяемой терапией (кортикостероидные гормоны, цитостатики и др.). При прогрессирующем характере основного заболевания перспектива закрытия трофических язв крайне низка. У больных в результате приема кортикостероидных гормонов мышцы приобретают атрофические изменения, кожа становится тонкой, сухой. Часто при малейшей травматизации появляется незаживающий дефект кожи. Трофические язвы при системных заболеваниях соединительной ткани обычно не имеют специфических признаков, чаще поражаются нижние конечности (голень, стопа), но возможна и атипичная локализация (бёдра, ягодицы, туловище, верхние конечности, голова, слизистая ротовой полости).

Если у пациента ранее не диагностировано системное заболевание соединительной ткани, но имеет место длительное атипичное течение язв, без тенденции к регенерации, а также в случае выявления синдромов, свидетельствующих о системном аутоиммунном поражении органов и тканей (полиартриты, полисерозиты, поражение внутренних органов) важно провести целенаправленное обследование.

В данном сообщении представлено клиническое наблюдение лечения язвенных дефектов голени на фоне длительной гормональной терапии болезни Шегрена.

Больная С., 68 лет, направлена в отделение амбулаторно-поликлинической хирургии БУЗ ВО ВОКБ №1 для определения тактики лечения язвенного поражения левой голени. Пациентка более 20 лет страдает болезнью Шегрена (инвалид 3 группы), постоянно принимала глюкокортикостероидные препараты и заместительную терапию. Дефект кожи появился 6 месяцев назад на месте кровянистого высыпания на коже голени. Наблюдалась у хирурга поликлиники, в местном лечении применялись различные препараты: левомеколь, солкосерил, фукоцин, оксикорт, метилурацил. Динамика отрицательная, язва увеличивалась в размере, появилась экссудация. Общее состояние ближе к удовлетворительному. Пациентка правильно-

го телосложения, рост 162 см, масса тела 64 кг. Температура 36,8°C. Кожные покровы бледно-розовые, тургор кожи снижен. Пальпируются умеренно увеличенные шейные лимфатические узлы, мягкие эластичные, безболезненные, смещаемые. Щитовидная железа пальпаторно не изменена. Слюнные железы (подчелюстные, околоушные) тестоватой консистенции, умеренно увеличены. Границы сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — треть межреберья, левая — по левой срединно-ключичной линии. Сердечная деятельность ритмичная, тоны приглушены. Перкуторно над легкими определен ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Язык чистый. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Нижний край печени по краю правой реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Гемодинамика стабильная; АД 130/80 мм рт.ст.; пульс 76 уд. в 1 мин.

Status localis: в средней трети трети левой голени по наружной поверхности имеются 2 язвенных дефекта кожи, размером 4\*1,7 см и 2,6\*3,4 см, глубиной 0,2-0,3 см. Дно язвы покрыто фибрином, грануляции вялые, отделяемое умеренное, грязно-желтого цвета (рис. 1, 2).

Данные дополнительных обследований.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125, эритроциты – 4,16, лейкоциты – 7,6, (6-0,1; л-2,1; э-0,4; м-0,7), тромбоциты - 287, СОЭ - 2. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,4, общий билирубин - 17, общий белок - 82, АСАТ - 45, АЛАТ - 44. Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, реакция кислая, плотность 1016, белок – не обнаружено, немного плоского эпителия, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты неизмененные 0-1. Маркеры вирусных гепатитов С и В, вируса иммунодефицита человека не обнаружены. Реакция Вассермана отрицательная.

ЭКГ, заключение: ритм синусовый, правильный, горизонтальное положение электрической оси сердца, частота сердечных сокращений 76 в мин.

УЗДГ артерий нижних конечностей, заключение: УЗ признаки начальных проявлений снижения эластичности артерий нижних конечностей, без значительного влияния на кровоток.

УЗДС вен нижних конечностей, заключение. Нарушения проходимости в системе глубоких и подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Признаки клапанной недостаточности левой подколенной вены. Признаки умеренного варикозного расширения пра-



Рис. 1. Трофическая язва средней трети левой голени по наружной поверхности. / Fig. 1. Trophic ulcers of the middle third of the left tibia on the outer surface.



Рис. 2. Поверхность раны покрыта фибрином, края подрывты, неровные, грануляций и краевой эпителизации нет. / Fig. 2. The surface of the wound covered with fibrin, saped edges, uneven granulation and marginal epithelization no.



Рис. 3. Рана на 5 сутки после применения методики контактной контролируемой криодеструкции. Рана очистилась, в центре -грануляции, по периметру- краевая эпителизация. / Fig. 3. Wound on day 5 after application of the method contact controlled cryoablation. The wound was cleansed in the center -granulation along the perimeter - edge epithelialization.

вой большой подкожной вены с сегментарной клапанной недостаточностью, варикозной трансформации в системе левой большой подкожной вены с клапанной недостаточностью на всем протяжении варикозного расширения левой малой подкожной вены с сегментарной клапанной недостаточностью. Несостоятельные перфорантные вены голени.

При бактериологическом исследовании выявлена *Pseudomonas aeruginosa*  $10^8$ , резистентная к пиперациллину/тазобактаму, цефтазидиму и цефепиму и чувствительная к амикацину, ципрофлоксацину, цефоперазону/сульбактаму, имипенему/циластатину, меропенему. Описание цитологического исследования соскоба с поверхности язвы: эритроциты, элементы воспаления, умеренное количество чешуек плоского эпителия.

Произведена биопсия из края язвы. Данные гистологического исследования: кусочек кожи с изъязвлением, напластованиями гнойно-некротического детрита на поверхности язвы, по краям эпидермис сохранен, с акантозом, в дерме – участки волокнистого фиброза, грануляции со смешанноклеточной воспалительной инфильтрацией. Заключение: фрагмент кожи с гнойно-некротическим воспалением, изъязвлением. Осмотр сосудистого хирурга. Диагноз: ХВН II. Варикозная болезнь нижних конечностей. Связать образование язв на левой голени с ХВН не представляется возможным, так как степень последней не более II.

Установлен диагноз. Основной: "Болезнь Шегрена, хроническое течение, умеренная активность (II), выраженная стадия. Сухой кератоконъюнктивит. Паренхиматозный паротит, ксеростомия. Синдром Рейно. Осложнения: Трофическая язва левой голени." Сопутствующие заболевания: варикозная болезнь нижних конечностей, ст. 2.

Болезнь Шегрена - системное аутоиммунное заболевание, характеризующиеся поражением экзокринных желез, преимущественно слюнных и слезных, с секрецией в основном IgA, с постепенным развитием их секреторной недостаточности, в сочетании с различными системными проявлениями. Впервые описана шведским офтальмологом Шегреном в 1933 г. Также выделяют синдром Шегрена, который развивается при аутоиммунных заболеваниях - ревматоидном артрите, системной красной волчанке, системной склеродермии, хроническом активном гепатите, первичном билиарном циррозе печени, аутоиммунном тиреоидите и др.

Местное лечение трофической язвы проходило на фоне терапии основного заболевания (поддерживающей дозы преднизолона - 5 мг/сут), венотоников, дезагрегантов, НПВС при болях, заместительной те-



Рис. 4. Вид язв через 3 недели: раны практически полностью эпителизовались. / Fig. 4. The form of ulcers after 3 weeks: the wound is almost completely epithelization.



Рис. 5. Состояние раны во время контрольного осмотра через 2 месяца. / Fig. 5. The condition of the wound during the control examination after 2 months.

рапии - закапывание в глаза искусственных слез, полоскание рта.

На первом этапе для очищения поверхности трофической язвы от наслоений фибрина, биопленок и патологических тканей использовали метод контактной контролируемой криодеструкции с помощью криоаппарата КРИО-01 «ЕЛАМЕД» в режиме «ДЕСТРУКЦИЯ» (патент на изобретение № 2578382). Через 3 суток после криовоздействия для легкого и быстрого удаления сформировавшегося слоя нежизнеспособных тканей проводилась гидропрессивная обработка раны с помощью специального устройства УГО-1. На 5 сутки рана полностью очистилась от некротических тканей и перешла во вторую фазу раневого процесса (рис. 3). Далее местное лечение заключалось в создании оптимальных условий для регенерации, механической защиты незрелой соединительной ткани, ускорения формирования и ретракции соединительно-тканного рубца до полного заживления. Основу составляли средства, обеспечивающие заживление во влажной среде – гидроколлоидные, атравматичные повязки, смена которых производилась в среднем 1 раз в

5 суток. В результате через 4 недели рана практически полностью эпителизовалась (рис. 4). Контрольный осмотр через 3 месяца: на месте раны нежный розовый рубец (рис. 5).

### Заключение

Особенностью представленного случая является лечение язвенных дефектов кожи нижних конечностей на фоне длительного приема глюкокортикостероидных гормонов. Положительное влияние на заживление ран оказывает снижение дозы гормонов до минимально необходимой. В местном лечении данной трофической язвы применялась методика контактной контролируемой криодеструкции патологических тканей на поверхности язвы, которая позволяет быстро и практически безболезненно перевести рану во II фазу раневого процесса.

### Дополнительная информация

#### Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### Список литературы

1. Аралова М.В., Глухов А.А. Контактная контролируемая криодеструкция в лечении больных с трофическими язвами. *Вестник новых медицинских технологий*. 2015; 2.
2. Ган Е.Ю., Шардина Л.А. Взаимосвязь качества жизни и клинко-лабораторной картины у пациенток с болезнью Шенрена. *Уральский медицинский журнал*. 2013; 8(113): 87-92.
3. Кондратьюк К.Л., Маслюков А.К., Ушаков К.С., Шушура Ю.С. Особенности иммунного статуса у больных системными заболеваниями соединительной ткани. *Аллергология и иммунология*. 2006; 7 (3); 350.

### References

1. Aralova MV, Glukhov AA. Contact controlled cryotherapy in the treatment of patients with trophic ulcers. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii*. 2015; 2. (in Russ.)
2. Gan Elu, Shardina LA. Relationship of quality of life and clinicolaboratory pattern in patients with the disease Serena. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*. 2013; 8(113): 87-92. (in Russ.)
3. Kondratiuk KL, Masliukov AK, Ushakov KS, Shushura IuS. Features of the immune status in patients with systemic connective tissue diseases. *Allergologiya i immunologiya*. 2006; 7 (3); 350. (in Russ.)

**Информация об авторах**

1. Аралова М.В. - к.м.н., старший научный сотрудник НИИ экспериментальной биологии и медицины, соискатель кафедры общей Воронежского государственного медицинского университета хирургии, заведующая отделением амбулаторно-поликлинической хирургии, e-mail: Mashaaralova@mail.ru
2. Глухов А.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Воронежского государственного медицинского университета, e-mail: glukhov-vrn@yandex.ru

**Information about the Authors**

1. M.V. Aralova - Ph.D., senior researcher, Institute of experimental biology and medicine, graduate school of General surgery N. N. Burdenko Voronezh state medical University, head of Department of outpatient surgery, e-mail: Mashaaralova@mail.ru
2. A.A. Glukhov - M.D., Professor, head of Department of General surgery N. N. Burdenko Voronezh state medical University, e-mail: glukhov-vrn@yandex.ru

**Цитировать:**

*Аралова М.В., Глухов А.А. Клинический случай лечения трофической язвы голени у пациентки с болезнью Шегрена. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2017; 10: 4: 315-319. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-4-315-319.*

**To cite this article:**

*Aralova M.V., Glukhov A.A. Clinical Case of the Treatment of Venous Leg Ulcers in a Patient with Sjogren Disease. Journal of experimental and clinical surgery of experimental and clinical surgery 2017; 10: 4: 315-319. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-4-315-319.*