

СТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВАХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГИДРОАКТИВНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

И. И. Арсений

Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

STIMULATION OF REPARATIVE PROCESSES IN VENOUS TROPHIC ULCERS USING OF HYDROACTIVE WOUND DRESSINGS

I. I. Arseniy

Zaitsev Institute of General and Emergency Surgery, Kharkiv

Реферат

Представлен опыт лечения венозных трофических язв (ВТЯ) у 30 пациентов с использованием гидроактивных раневых покрытий «Армагель+» (Украина) в сочетании с аппликацией биостимуляторов репаративных процессов в ране в течение 1,5 мес. Критериями эффективности лечения были: визуальная оценка регенераторных процессов в области язвы, динамика болевого синдрома, размеров язвенного дефекта, результаты цитологического исследования мазков–отпечатков с поверхности язвы, бактериологического исследования раневого отделяемого, отсутствие побочных реакций, оценка пациентом дискомфорта в повседневной жизни. У 63% пациентов достигнуто полное заживление ВТЯ, 90% – отметили уменьшение интенсивности боли в области трофической язвы в сроки до 2 нед лечения.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность; венозная трофическая язва; гидрогелевая повязка.

Abstract

The experience of the treatment of venous trophic ulcers in 30 patients, using of hydroactive wound dressings “Armigel +” in combination with application of bio-stimulators of reparative processes in the wound for 1.5 months. The criteria for the effectiveness of treatment were: visual evaluation of regenerative processes in the ulcer, the dynamics of pain syndrom, size of the ulcer, the results of cytology investigation of smears – imprints surface ulcers and bacteriological study of wound, no side effects, as well as the assessment of patient discomfort in everyday life. In 63% of patients the complete healing of trophic ulcers was arrived, 90% of patients reported a reduction of pain intensity in the area of trophic ulcers in the second week of treatment.

Keywords: chronic venous insufficiency; venous trophic ulcer; hydrogel wound dressing.

Лечение длительно не заживающих ран является актуальной проблемой в современной хирургии. По данным литературы, гнойно–септические заболевания мягких тканей выявляют у 20 – 30% пациентов, госпитализированных в стационары хирургического профиля. У большинства больных они возникают вследствие хронической венозной недостаточности (ХВН), посттромботической болезни, сахарного диабета, а также длительного консервативного лечения глубоких ожогов III – VI степени [1, 2].

Варикозная или посттромбофлебическая болезнь нижних конечностей у 15 – 18% пациентов осложняется ВТЯ, что, в свою очередь, осложняет течение ХВН [3, 4].

Лечение ВТЯ многокомпонентное: устранение венозной гипертензии, иницирующей изменения на тканевом, клеточном и микроциркуляторном уровне, с последующей

деструкцией тканей. Это определяет приоритетность хирургических методов лечения, поскольку только радикальное устранение патологического вено–венозного сброса снижает флебогипертензию и прерывает цепь патологических реакций, логическим исходом которых является образование ВТЯ. Также важную роль играет системная фармакотерапия с применением флеботропных и реологических препаратов у пациентов по поводу открытых трофических язв (6–й класс по классификации CEAP). Наибольшие разногласия у специалистов вызывают методы лечения язвенных дефектов кожи. В настоящее время большинство практикующих врачей применяют повязочный метод с использованием различных топических лекарственных средств. Вместе с тем, недостатки, присущие этому методу, заставляют искать более эффективные методы местного воздействия

на течение раневого процесса [5, 6].

Современный метод ведения ран во влажной среде с применением специальных раневых покрытий, обеспечивающих оптимальные условия для регенерации (температуру, воздухопроницаемость, влажность, pH и др.), считают эталонным ведущие специалисты во всем мире [7, 8].

Целью исследования было улучшение результатов амбулаторного хирургического лечения больных по поводу ВТЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлены результаты лечения 30 больных по поводу ВТЯ в отделении хирургических инфекций в период 2015 – 2016 гг.

Использовали гидроактивные раневые покрытия «Армагель+» (Украина) в сочетании с аппликацией биостимуляторов репаративных

процессов в ране в течение 1,5 мес.

Мужчин было 8 (27%), женщин – 22 (73%), возраст больных от 34 до 75 лет, в среднем ($59,4 \pm 3,1$) года. У всех пациентов обнаружена ВТЯ, длительность ее существования от 2 до 8 мес. У 13 (65%) пациентов язвенный дефект возник впервые, у 7 (35%) – отмечен рецидив ВТЯ. Площадь язвенного дефекта ($9,3 \pm 4,1$) см².

У 50% пациентов в анамнезе было указание на сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), двое страдали ожирением III – IV степени.

Непрямые антикоагулянты (варфарин) применяли 6 пациентов по поводу посттромбофлебитической болезни.

На предшествовавшем этапе для местного лечения использовали марлевые тампоны с антисептиками, мазевые повязки («Левосин», «Левомеколь», «Метилурациловая мазь»), а также эластическую компрессию нижних конечностей (регулярно ее применяли 60% пациентов, эпизодически – 40%).

Гидрогелевая повязка «Армагель+» представляет собой смесь полимера с водой, составляющей до 90% массы повязки. Основными свойствами, обеспечивающими эффективность лечебного действия, являются гидратация ран со слабой экссудацией для размягчения некротизированных тканей, фибрина и их удаления, стимуляция аутолитического очищения, поддержание влажной среды во II – III стадии заживления.

Наряду с этим, повязка обеспечивает газообмен, покрывает всю поверхность язвы, препятствует приклеиванию к раневой поверхности, поэтому смена повязки безболезненна.

Всем больным перед наложением раневого покрытия проводили туалет поверхности язвы с применением хлоридного раствора натрия иодиды. Вариант раневого покрытия с аппликацией биостимуляторов репарации выбирали с учетом стадии раневого процесса, степени экссудации, состояния окружающих язву тканей.

Фаза пролиферации (II стадия) характеризовалась образованием грануляций, уменьшением тяжести воспаления и выраженности экссудации. Основными задачами местного лечения на этом этапе являлись стимуляция ангиогенеза, заполнение дефекта коллагеновыми волокнами, предотвращение вторичного инфицирования язвы. На этой стадии использовали «Армагель+» с метилурацилом. На раневую поверхность накладывали повязку так, чтобы ее края на 1 – 2 см выходили за границы язвы (для этого с помощью ножниц вырезали необходимый по площади фрагмент). Регламент перевязок зависел от интенсивности накопления в повязке экссудата: когда он достигал края повязки, ее заменяли, не менее 1 раза в 2 сут.

Фаза эпителизации (III стадия) характеризовалась значительным уменьшением экссудации, заполнением язвенного дефекта грануляционной тканью. Для активной и эффективной эпителизации необходимо создание сбалансированной влажной среды. С этой целью использовали повязку «Армагель+» в сочетании с «Ialuset+» (гиалуроновая кислота 0,2% в сочетании с сульфадиазином серебра 1%, пат. Украины 109091 от 10.08.16). Раневое покрытие укрывали стерильной марлевой салфеткой, которую меняли по мере ее пропитывания экссудатом, повязку меняли в зависимости от степени экссудации, через 2 – 3 сут. Повязки фиксировали прозрачной самоклеющейся полиуретановой пленкой «Tegaderm» или укрывали марлевой салфеткой с последующей фиксацией марлевым бинтом или пластырем «Betafix».

Все пациенты применяли эластическую компрессию нижних конечностей, им назначали флеботонизирующие препараты (микронизированный диосмин 1000 мг в сутки).

Критериями эффективности лечения считали: визуальную оценку регенераторных процессов в области язвы, динамику болевого синдрома, размеры язвенного дефекта, результаты цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности язвы и бактериологического исследования раневого отде-

ляемого, отсутствие побочных реакций, а также оценку пациентом дискомфорта в повседневной жизни.

Визуальную оценку регенераторных процессов в области трофической язвы проводили путем подсчета количества баллов в начале исследования, во время контрольных визитов в соответствии с протоколом и в конце лечения.

Цитологическое и бактериологическое исследования выполняли до начала лечения и по его завершении.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В сроки до 1,5 мес у 19 (63%) пациентов язвы зажили полностью: у 7 – к концу 3-й недели, у 8 – через 4 нед, у 4 – к 6-й неделе.

Во время первого визита у большинства – 24 (80%) пациентов язвенный дефект был частично выполнен грануляциями, у 6 (20%) – полностью. Отмечена положительная динамика, к концу лечения поверхность язвы у 28 (93%) пациентов была выполнена грануляционной тканью.

Со 2-й недели наблюдали интенсивную краевую эпителизацию (у 30% пациентов), которая в последующем способствовала закрытию раневого дефекта. У 10 (33%) больных с незажившими за время исследования язвами также преобладала выраженная краевая эпителизация.

Наряду с жалобами, характерными для ХВН клинического класса С6 (тяжесть в нижних конечностях, отеки, судороги), 80% пациентов беспокоила боль в области язвы. В процессе лечения, со 2-й недели, у большинства пациентов исчез болевой синдром, у 65% – сохранилась незначительная боль.

При исследовании микробного пейзажа поверхности язвы во время первого визита в 60% наблюдений выявлен *S. aureus*, у 3 (10%) пациентов – *S. aureus* в сочетании с *P. aeruginosa*, у 3 (10%) – *P. aeruginosa*, у 3 (10%) – *S. epidermidis* в сочетании с *P. aeruginosa*, у 2 (7%) – *E. faecalis*, в одном наблюдении микрофлора не выявлена. У 12 (40%) больных количество микроорганизмов превышало критический уровень и составило более 10^7 КОЕ/мл, что клинически у

2 из них сопровождалось выраженным болевым синдромом, обильной экссудацией.

При исследовании микробно-пейзажа раневой поверхности в конце лечения положительная динамика отмечена у всех пациентов. В результате последовательного применения раневых покрытий, адаптированных к стадии раневого процесса, уменьшалась степень микробного загрязнения, к моменту завершения исследования она не превышала критический уровень в 50% незаживших язв, в остальных наблюдениях микрофлора не обнаружена.

По данным цитологического исследования до начала лечения дегенеративно-воспалительный тип цитогрaмм преобладал у 12 (40%) пациентов, воспалительный – отмечен у 6 (20%), воспалительно-регенераторный – у 10 (33%), регенераторно-воспалительный – у 2 (7%). Во время заключительного визита у большинства (90%) больных с незажившими трофическими язвами наблюдали регенераторный и регенераторно-воспалительный тип цитогрaммы, о чем свидетельствовало изменение клеточного состава в мазках-отпечатках: уменьшение количества нейтрофильных гранулоцитов в поле зрения (в среднем на 65%), появление макрофагов (от 1 до 12 – 13% клеток в поле зрения), фибробластов (от 0 – 1 до 14 – 23%), увеличение количества полибластов в поле зрения более чем в 3 раза.

Следует также отметить положительную оценку лечения ВТЯ, дан-

ную самими пациентами. В начале исследования 3 (10%) пациента жаловались на неудобства и значительный дискомфорт, связанные с наличием язвы и перевязками; 12 (40%) больных оценили свои ощущения как умеренный дискомфорт, 50% – как слабый дискомфорт. Начиная с 3-й недели лечения, слабый дискомфорт, связанный с лечением и перевязками, отмечали большинство – 18 (60%) пациентов, умеренный – 6 (20%). В конце лечения 90% пациентов с незажившими язвами не испытывали неудобств, связанных с процессом лечения с применением гидроактивных раневых покрытий.

У 3 пациентов возник экзематозный дерматит (зуд, мацерация кожи), в течение 7 сут им назначали антигистаминные препараты, местно – гормональные мази («Тримистин»). Приводим наблюдение.

Больная Е., 49 лет, обратилась в клинику с диагнозом: варикозная болезнь правой нижней конечности, ХВН 6 стадии. Трофическая язва левой голени. Больная жаловалась на наличие болезненной, не заживающей в течение 6 мес ВТЯ. При осмотре на медиальной поверхности левой голени выявлен округлый, углубленный до 0,3 см трофический дефект общей площадью 10,3 см². Вокруг язвы выраженная пигментация кожи. На 5-е сутки комплексной консервативной терапии у больной значительно уменьшилась интенсивность боли в области язвы, появилось некоторое облегчение состояния нижних конечностей. Количество микроорганизмов, пред-

ставленных ассоциацией золотистого стафилококка и синегнойной палочки, уменьшилось с 82 до 19 на 1 см² поверхности. На 12-е сутки язва не выступала над уровнем окружающих тканей; на 21-е сутки активизировались процессы эпителизации; к 45-м суткам язва полностью закрылась.

Выводы

1. Применение раневых покрытий «Армагель+» (Украина) в сочетании с аппликацией биостимуляторов репаративных процессов с учетом особенностей течения раневого процесса у больных при ХВН, осложненной ВТЯ, способствовало их быстрому и эффективному заживлению.

2. Применение гидроактивных раневых покрытий, обеспечивающих оптимальные условия течения регенераторных процессов, предохраняет грануляционную ткань и молодой эпителий от высыхания и повреждения во время смены повязки.

3. Результаты бактериологического исследования свидетельствовали об уменьшении степени загрязнения раны патогенной микрофлорой вплоть до ее полного исчезновения.

4. Поддержание влажной среды обеспечивало максимальное удобство в процессе лечения, существенно облегчало процедуру перевязки и делало ее фактически безболезненной.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gostishchev VK. Infektsii v khirurgii. Moskva:GEOTAR-Media; 2007.761 s. [In Russian].
2. Gostishchev VK. Operativnaya gnoynaya khirurgiya. Moskva:Medit-sina;1996.416 s. [In Russian].
3. Kiriienko AI, Bogdanets LI, Kuznetsov AN. Novye vozmozhnosti mestnogo lecheniya venoznykh troficheskikh yazv. Vestnik dermatologii i venerologii. 2000;(3):7. [In Russian].
4. Chernukha LM, Dryuk NF. Taktika khirurgicheskogo lecheniya venoznykh troficheskikh yazv. In: Tezisy dokladov III konferentsii Asotsiatsii flebologov Rossii. Rostov n/D;2001:139-40. [In Russian].
5. Karyakin AM, Barsukov AE. K voprosu o fazakh ranevogo protsessa. In: Ranevoy protsess v khirurgii i voenno-polevoy khirurgii. Saratov;1996:9-12.
6. Rudenko PA. Peregliad pidkhodiv shchodo likuvannia hniino-zapalnykh protsesiv ranovykh uskladnen. In: 7 mizhnarodna naukovopraktychna veterynarna konferentsiia z problem dribnykh tvaryn. Odesa, 2008:82-4. [In Ukrainian].
7. Gillitzer R. Modern wound management. Hautarzt. 2002;53:130-47.
8. Kuzina VO, Kostyuchenok BM. Rany i ranevaya infektsiya. Moskva: Meditsina;1990.592 s. [In Russian].