



из практики

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДРЕНИРУЮЩИХ СОРБЕНТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ В I ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

А. Юрков,

Е. Тузова

ООО «М.К. Асептика», Москва

E-mail: etuzova@aseptica.ru

Дренирующие сорбенты и биологически активные дренирующие сорбенты на их основе обеспечивают создание влажной среды, быстрое очищение раневой поверхности от фибрина, гноя, обладают бактерицидными свойствами благодаря активной необратимой сорбции раневого экссудата и микрофлоры, что способствует ускорению процессов репарации.

Ключевые слова: флебология, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, трофические язвы, лечение, сорбенты.

Лечение трофических язв, являющихся осложнением хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей характеризуются сложностью, высокой ценой и не во всех случаях — эффективностью. Лекарственные средства (ЛС) местного применения играют в нем одну из ключевых ролей. Выбор варианта местного лечения определяется прежде всего стадией раневого процесса с учетом сопутствующих ХВН осложнений (дерматит, целлюлит), а также индивидуальных особенностей пациента (наличие поливалентной аллергии, непереносимости того или иного препарата) и его финансовых возможностей.

В фазе экссудации (I стадия) — первоочередная задача — удаление избыточного экссудата, очищение язвенной поверхности от гнойно-некротических масс. Для ускорения очищения язвы целесообразно применение ЛС, способствующих лизису и отторжению нежизнеспособных тканей и фибрина, оттоку раневого отделяемого и микрофлоры со дна раны, нормализации процессов микроциркуляции и регенерации. Арсенал таких ЛС, различающихся по составу и свойствам раневых покрытий, достаточно велик. Последние пока не нашли широкого применения в практике флеболога из-за отсутствия опыта их использования, малодоступной информации и высокой цены. Индивидуальный подбор топических ЛС с учетом стадии раневого процесса, более активное внедрение в практику новых способов лечения в комплексе с другими методами может обеспечить достаточно эффективное и быстрое лечение венозных трофических язв.

Хорошо себя зарекомендовал метод лечения, основанный на использовании водонабухающих порошкообразных сорбентов (дренирующих) и биологически активных ком-

ИННОВАЦИОННОЕ ПОРОШКООБРАЗНОЕ
ПЕРЕВЯЗОЧНОЕ СРЕДСТВО

АСЕПТИСОРБ®

СОРБЕНТЫ ДРЕНИРУЮЩИЕ ПОЛИМЕРНЫЕ СТЕРИЛЬНЫЕ

ЛЕЧЕНИЕ РАН

ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВАЯ ФОРМУЛА

- ✓ Инфицированные раны всех видов
- ✓ Кровоточащие и экссудирующие раны
- ✓ Гнойные и гнойно-некротические раны
- ✓ Острые и хронические раны при сахарном диабете (Синдром диабетической стопы)
- ✓ Трофические язвы и хронические раны при сосудистых заболеваниях
- ✓ Ожоги I и II степени
- ✓ Пролежни всех видов
- ✓ Оказание первой помощи при ранениях, ссадинах, порезах



РЕКЛАМА



Производитель: ООО «М.К. Асептика»
111524, РФ, Москва, ул. Электродная,
д. 9, стр. 3, пом. 2.
Тел./факс: +7(495)660-18-00
www.aseptica.ru

www.aseptisorb.ru
e-mail: sorbent@aseptica.ru



Рег. удостоверение № РЗН 2013/337 от 26.07.2016

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ
С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

позиций (БАК) на их основе и наряду с сорбционным обеспечивающих химиотерапевтическое очищение. Эффективность их действия обусловлена свойствами полимерной основы, создающей оптимальные условия для физического очищения ран благодаря капиллярному дренированию, а также возможностью направленного действия ЛС (антисептические, местноанестезирующие препараты и протеолитические ферменты).

Из дренирующих сорбентов наиболее эффективен Гелевин, который представляет собой порошкообразное перевязочное средство на основе поливинилового спирта. Порошок мгновенно смачивается раневым экссудатом и необратимо сорбирует раневое отделяемое, превращаясь в формоустойчивый крупнозернистый гель. Структура его полимерной основы способствует формированию при набухании сорбента сети капилляров, обеспечивающих условия для пролонгированного (до 2–3 сут) капиллярного дренирования раны, оттока экссудата и микрофлоры со дна раны в толщу сорбента. Вследствие этого Гелевин оказывает мощное дренирующее, противоотечное, противовоспалительное, гемостатическое действие, обеспечивает нормальный парообмен в ране, стимулирует микроциркуляцию, благотворно влияет на регенераторные процессы в ране.

В I фазе раневого процесса в состав дренирующих сорбентов дополнительно вводят БАК, которые тоже способствуют очищению раны, что достигается благодаря антимикробному действию включенных в состав БАК антибактериальных препаратов и протеолитических ферментов.

Выбор БАК зависит от характера и особенностей течения раневого процесса. Аниловин (с местным анестетиком анилокаином) используют при лечении ран с болевым синдромом и уровнем микробной обсемененности не $>10^4$ микробных тел на 1 см^2 ткани. Диовин (с антисептиком диоксином) показан для лечения ран с высоким риском инфицирования (без некротических изменений). Диотевин (с антисептиком диоксином и протеолитическим ферментом террилитином) применяется в случае гнойно-некротических изменений на поверхности раны.

Противопоказаниями для применения биологически активных сорбентов и Гелевина являются скудное раневое отделяемое, наличие сухого струпа, чистые гранулирующие раны и индивидуальная непереносимость ЛС, включенных в сорбенты.

В клинике факультетской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета на базе городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова проведено исследование с целью оценки эффективности и безопасности дренирующих сорбентов и биологически активных перевязочных средств в комплексном лечении венозных трофических язв. В течение 2 нед проведено лечение венозных язв у 20 пациентов (2 мужчин и 18 женщин в возрасте от 31 до 76 лет; средний возраст — $57,4 \pm 13,1$ года) с I стадией раневого процесса. Анамнез ХВН документирован в диапазоне от 4 до 18 лет, в среднем длительность заболевания составила $9,26 \pm 8,10$ года, площадь язвенного дефекта — от 1,8 до $32,0\text{ см}^2$ (в среднем — $9,75 \pm 4,21\text{ см}^2$).

В исследование включили мужчин и женщин в возрасте 18–75 лет, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении, имеющих трофические язвы голени одной или обеих конечностей диаметром от 2–10 см, язвенный анамнез ≥ 2 мес, либо рецидив имевшейся ранее язвы; критерием включения в исследование является также готовность соблюдать указания врача.

Критерии исключения из исследования:

- наличие в анамнезе аллергических реакций на ЛС и остальные перевязочные средства;
- общее тяжелое состояние пациента, обусловленное соматической патологией и не позволяющее пациенту соблюдать режим, предписанный дизайном исследования;
- отсутствие готовности к сотрудничеству с врачом.

У 15 (75%) пациентов язвы явились осложнением вазорикозной болезни нижних конечностей, в остальных случаях — осложнением постромбофлебического синдрома. У 65% пациентов язвенный процесс носил рецидивирующий характер.

В большинстве случаев язвы располагались в области медиальной лодыжки или передней поверхности нижней трети голени, у 2 пациентов — в области латеральной лодыжки голени. На момент начала лечения у 12 пациентов диагностирована I–II стадия раневого процесса: кратер язвы был заполнен фибринозными и фибринозно-гнойными массами, наблюдалось умеренное серозно-гнойное отделяемое, эпителизация отсутствовала. У 7 отмечено наложение рыхлого фибрина на вялые грануляции, имелась начальная краевая эпителизация, что соответствовало I–II стадии раневого процесса. У 1 пациентки с постромботической болезнью нижних конечностей рецидивирующая язва представляла собой кратер, сплошь заполненный некротическими массами и фибрином, интимно спаянными с подлежащими тканями и гнойным экссудатом, у пациентки был выраженный болевой синдром. На начальном этапе исследования 17 пациентов жаловались на боль, чувство тяжести и дискомфорта в области трофической язвы.

Обследование при первичном осмотре включало оценку жалоб; выявление сопутствующих заболеваний, аллергические реакции; осмотр и измерение площади язвенного дефекта; определение степени выраженности грануляций, эпителизации, характера и количества раневого отделяемого, состояния кожных покровов, окружающих язву, болевого синдрома; производили фотографирование язвы.

Состояние раны оценивали в течение 2 нед с интервалом в 4–5 дней: определяли наличие фибрина, грануляций на поверхности язвы, состояние окружающих тканей, наличие местных нежелательных явлений, измеряли площадь язвенного дефекта, фотографировали язву.

На протяжении всего времени исследования все пациенты обязательно применяли компрессионное лечение (бинтование эластичным бинтом) или использование компрессионного трикотажа — в зависимости от клинической картины, а также получали флебопротекторы.

Через 2 нед лечения венозных трофических язв с помощью дренирующих сорбентов и БАК на их основе полное очищение язвенного дефекта от гнойно-некротических язв и фибрина произошло у 14 (70%) пациентов, течение раневого процесса у которых было наиболее благоприятным. Наряду с очищением ран отмечено значительное снижение болевого синдрома (в среднем с 2,8 до 0,6 балла), уменьшение степени дискомфорта (в среднем с 7,6 до 3,2 см по 10-сантиметровой шкале). На фоне очищения раны документирована активация репаративных процессов в виде роста грануляционной ткани и появления краевой эпителизации, что привело к сокращению площади язвенного дефекта в среднем с $9,3$ до $7,8\text{ см}^2$ (статистически недостоверно).

У 5 (25%) больных площадь язвенного дефекта осталась прежней. Процесс очищения протекал не так быстро, как в

предыдущей группе. В этих случаях имелись выраженные изменения периульцерозных тканей в виде дерматита, которые поддерживали воспаление и провоцировали болевой синдром, дискомфорт. Вместе с тем к концу 2-й недели лечения дренирующими сорбентами заметно изменился характер раневого отделяемого (с серозно-гнойного до серозного), уменьшился болевой синдром, появились активные сочные грануляции.

В 1 случае у пациентки с гнойно-некротическими изменениями в язвенном дефекте через 1 нед применения диоте-вина отмечено активное очищение язвенной поверхности, на фоне которого возникло обильное кровотечение из грануляций, в связи с чем пациентка была госпитализирована в гнойное хирургическое отделение. У других пациентов каких-либо нежелательных явлений или осложнений в процессе лечения не наблюдалось.

Скорость очищения раны у пациентов с трофическими язвами в I–II стадии раневого процесса была неодинаковой и зависела в основном от площади язвенного дефекта и состояния окружающих его кожных покровов. Более быстрое очищение от гнойно-некротических тканей, появление грануляций, краевой эпителизации были характерны для язв небольших размеров (от 1 до 5 см²) с неизменными окружающими тканями.

В ходе лечения венозных язв путем применения дренирующих сорбентов и биологически активных перевязочных средств каких-либо изменений в клинической картине ХВН не выявлено.

Практически все пациенты отметили легкость наложения и снятия повязок. Лишь 5 больных вследствие пожилого возраста, тучности и сопутствующих заболеваний позвоночника были вынуждены прибегать во время перевязок к помощи родственников или медицинского персонала.

Таким образом, дренирующие сорбенты и БАК на их основе обеспечивают создание влажной среды, быстрое очищение раневой поверхности от фибрина, гноя, обладают бактерицидными свойствами благодаря активной необратимой сорбции раневого экссудата и микрофлоры, что способствует ускорению процессов репарации. Простота применения таких повязок и их невысокая стоимость повышают приверженность пациентов лечению. Это чрезвычайно важно, поскольку значительная часть пациентов с венозными трофическими язвами лечатся в амбулаторных условиях и оптимальное соотношение «простота—цена—эффективность» — один из приоритетов при выборе способа лечения.

Рекомендуемая литература

Юрков А.В. Новинки в аптечке первой помощи // Медицинская сестра. – 2017; 2: 28–9.

Юрков А.В. Раны лечит дренирующий сорбент // Медицинская сестра. – 2017; 5: 28–30.

THE EFFICACY AND SAFETY OF DRAINING SORBENTS AND BIOLOGICALLY ACTIVE DRESSINGS IN THE TREATMENT OF TROPHIC VENOUS ULCERS IN PHASE I OF WOUND HEALING

A. Yurkov, E. Tuzova

ООО «М.К. Асептика», Moscow

Draining sorbents and biologically active draining sorbents based on them ensure the creation of a moist environment and rapid wound cleansing from fibrin and pus and have bactericidal properties due to the active irreversible sorption of wound exudate and microorganisms, thereby accelerating the repair processes.

Key words: phlebology; chronic venous insufficiency of the lower extremities; trophic ulcers; treatment; sorbents.