

С.Н. ЯКУШКИН, к.м.н., врач-флеболог медицинского центра «Академия здоровых ног»

Первый опыт применения гидроактивных повязок нового поколения в комплексном лечении венозных трофических язв

Венозные трофические язвы (ВТЯ) возникают в результате прогрессирующей венозной недостаточности и являются широко распространенным заболеванием среди населения индустриально развитых стран, достигая 2—3%. Основным принципом лечения ВТЯ является устранение клинически значимых вено-венозных рефлюксов и местное лечение, направленное на поддержку заживления язв. Приведенный клинический случай демонстрирует первый опыт применения нового поколения гидроактивных раневых повязок HydroClean® plus (2.0) после эндовенозной лазерной операции по устранению вено-венозных рефлюксов.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность (ХВН), венозные трофические язвы голени, местное лечение венозных язв, влажная терапия ран, гидроактивные раневые повязки, эндовенозная лазерная облитерация

Венозные трофические язвы (ВТЯ) возникают на фоне прогрессирующей венозной недостаточности при варикозной и посттромботической болезни нижних конечностей. Согласно статистике, на сегодняшний день частота ВТЯ среди взрослого населения планеты достигает 2—3%. Наибольший процент больных с этой патологией встречается среди людей, достигших возраста 65 лет. По сравнению с людьми более молодого возраста частота заболеваемости среди них возрастает до 3 раз, достигая уровня от 3 до 7% [1, 3]. Для ВТЯ характерно длительное, рецидивирующее течение, резко ухудшающее качество жизни пациентов [4]. Лечение трофических язв — трудный, дорогостоящий и не всегда эффективный процесс. Несомненно, основной принцип лечения ВТЯ — это необходимость проведения патогенетически обоснованного лечения, направленного на устранение основной причины развития хронической венозной недостаточности — венозного за-

стоя [5]. Однако, даже устранив венозный застой, не всегда можно добиться быстрого заживления ВТЯ, поэтому местная терапия играет важную роль в лечении. Современные раневые покрытия должны не только отвечать всем современным требованиям, но и соответствовать потребностям пациента [2, 4].

В комплексном лечении пациентки, этапность которого отражена в представленном клиническом случае, мы впервые применили новое поколение гидроактивных раневых покрытий, действие которых основано на свойствах суперабсорбирующего полимера, содержащего раствор Рингера и длительно действующего по принципу «промывания — абсорбции».

Пациентка Г., 36 лет, обратилась в центр в июле 2016 г. В результате оценки данных анамнеза, осмотра, проведенных диагностических мероприятий выставлен диагноз «Варикозная болезнь нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей III ст. (С6 ст., CEAP). Инфици-

рованные трофические язвы левой голени».

При осмотре пациентка предъявляла жалобы на наличие двух длительно (около 2 лет) не заживающих ран передней поверхности левой голени, локальные боли в области язв, наличие обильного отделяемого с запахом. В анамнезе: первые варикозно расширенные вены появились 6 лет назад. Курсами принимала флеботоники, режим компрессии нижних конечностей не соблюдала. Около двух лет назад открылись язвы левой голени. Лечилась в поликлинике по месту жительства с использованием различных мазей для местного лечения ран, однако результата от лечения не было, наблюдалась тенденция к увеличению размеров язв. Состояние на момент осмотра удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Пальпируются увеличенные лимфоузлы в левой паховой области.

Status localis: Правая нижняя конечность обычной формы. Кожные покровы на бедре обычной окра-

РИСУНОК 1. Начальный вид трофических язв левой голени (площадь язв 32,79 и 20,63 см²) до (а) и сразу после укрытия раневых поверхностей повязкой HydroClean® plus (версии 2.0)



(а)



(б)

ски. Отмечается отечность голени, расширенные вены по передней и латеральной поверхности бедра, медиальной поверхности голени. Пальпируется дефект фасций на уровне нижней и средней трети голени.

Левая нижняя конечность обычной формы. Окраска кожных покровов не изменена, в области голени отмечается выраженный отек, гиперпигментация кожи и липодерматосклероз. Визуализируются варикозно расширенные вены по задней и медиальной поверхности голени. На передней поверхности голени, в средней трети, имеются два язвенных дефекта кожи неправильной формы площадью 32,79 и 20,63 см², покрытых налетом фибрина. Дно язв с участками влажного некроза, отмечается обильное фибринозное отделяемое со слабым запахом. Кожа вокруг раны умеренно гиперемирована, сухая, не повреждена. Пальпация в области язв болезненна.

При дуплексном сканировании артерий и вен нижних конечностей выявлена несостоятельность клапанного аппарата большой подкожной вены с обеих сторон и малой подкожной вены слева. Со сторо-

РИСУНОК 2. Вид трофических язв до (а) и сразу после (б) первого удаления новых модифицированных повязок HydroClean® plus (версии 2.0)



(а)



(б)

ны периферических артерий патологии не выявлено. Плече-лодыжечный индекс составил 0,9 с обеих сторон.

Без предварительного очищения язв пациентке выполнена эндовенозная лазерная облитерация ствола большой и малой подкожных вен по стандартной методике на аппарате «Лакта Милон» 1467 Нм с использованием радиального световода на мощности 10 Вт. С целью компрессии нижних

конечностей назначен компрессионный трикотаж (чулок фирмы Sigvaris из натурального каучука) с давлением в области лодыжки 23—32 мм рт. ст. (2-й класс компрессии).

С учетом хронического течения раневого процесса и наличия участков некроза в области дна для местного лечения язв выбрана новая модифицированная тонкая повязка HydroClean® plus (версии 2.0) на основе суперабсорбирующего полимера, длительно (до 72 ч) действующая и активно стимулирующая очищение раны от некротических тканей и переход ее в стадию регенерации. Данная повязка также была выбрана благодаря

ее выраженным барьерным противомикробным профилактическим свойствам. Также данный выбор был продиктован способностью повязки к продолжительному поддержанию сбалансированной влажной среды и значительному (на 87%) снижению уровня матриксных металлопротеаз в тканях раны.

В течение четырех недель амбулаторного лечения с применением повязок HydroClean® plus (версия 2.0)

при однократной перевязке в течение каждых трех дней и компрессионной терапии удалось ускорить темпы заживления, добиться сокращения площади язв более чем в два раза с 32,79 до 20,4 см² и с 20,63 до 4,1 см².

Новые повязки HydroClean® plus (версии 2.0) в отличие от предыдущего поколения легче и тоньше в 2 раза, однако сохраняют свои абсорбирующие способности на достаточном уровне. При этом происходит безболезненное удаление некрозов и фибрина, поглощение раневого экссудата. При этом ускоряется заживление и очищение язв, а специальное покрытие рабочей стороны повязки предотвращает ее прилипание к раневому ложу и делает перевязку безболезненной. Частота перевязок составляла не более трех раз в неделю.

На 3-и сутки применения повязки HydroClean® plus (версии 2.0) отмечалась явная положительная динамика со стороны язвенных дефектов. Отмечалась явная тенденция к размягчению фибрина и удалению его из раны.

В течение четырех недель применения повязок HydroClean® plus (версии 2.0) при частоте перевязок один раз в 3 дня и компрессионной терапии удалось ускорить темпы заживления и добиться сокращения площади язвы более чем в два раза с 32,79 до 20,4 см² и с 20,63 до 4,1 см². Через восемь недель применения раневых покрытий HydroClean® plus нового поколения удалось добиться полного заживления трофических язв. Осложнений и побочных эффектов выявлено не было. Таким образом, данный случай наглядно продемонстрировал, что новое поколение гидроактивных раневых покрытий HydroClean® plus (версии 2.0) не уступает по клинической эффективности и безопасности предыдущему поколению аналогичных перевязочных

РИСУНОК 3 (а, б). Динамика раневого процесса. Вид язв через 4 недели после начала местного лечения повязками HydroClean® plus (версии 2.0)



(а)



(б)

РИСУНОК 4. Вид трофических язв через 8 недель. Отмечается полная эпителизация раневых поверхностей



средств, даже несмотря на двукратное уменьшение толщины, веса и объема. Сохраняется прежняя продолжительность действия с кратностью перевязок до одного раза в 3 сут., а безболезненная смена повязки и удержание неприятных запахов говорят о достаточной сорбционной и ирригационной способности повязок. Применение современных гидроактивных перевязочных средств является эффективным, современным, рациональным с экономической точки зрения подходом при местном лечении венозных трофических язв. Кроме того, такое лечение может быть полностью осуществлено в амбулаторном режиме и не требует госпитализации в стационар.



ИСТОЧНИКИ

1. Богачев В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности от эпидемиологии к лечению. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2002, 2: 119-126.
2. Богданец Л.И., Калинина Е.В., Девятых Е.А., Березина С.С., Бычкова Т.В. Принцип влажного заживления — основа местного лечения венозных язв. Труды V-ой конференции ассоциации флебологов России. М., 2004, 158 с.
3. Alavi A, Sibbald RG, Phillips TJ, Miller OF, Margolis DJ, Marston W, Woo K, Romanelli M, Kirsner RS. What's new: Management of venous leg ulcers: Treating venous leg ulcers. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2016 Apr, 74(4): 643-64.
4. López Herranz M, Bas Caro P, GarcTa J3bega RM, GarcTa Carmona FJ, Villalta GarcTa P, Postigo Mota S. Therapeutic guide in venous ulcers. *Rev. Enferm.*, 2014 Nov., 37(11): 8-16.
5. Starodubtsev V, Lukyanenko M, Karpenko A, Ignatenko P. Endovenous laser ablation in patients with severe primary chronic venous insufficiency. *Int. Angiol.*, 2017 Jan. 31.