

А.О. КОВЫЛОВ, врач-флеболог, клиника «Доктор рядом»,
Центр по профилактике и лечению трофических язв «Antiulcer»

Эффективность использования гидроактивных повязок в местной терапии трофических язв у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей

В настоящее время не менее 3 млн человек в Российской Федерации страдают венозными трофическими язвами [1]. Основную роль в современном представлении патогенеза ХВН играет динамическая венозная гипертензия, что и определяет приоритет хирургических методов лечения этой патологии. В то же время, по данным P.D. Colerige Smith (2003) и H. Partsch (2003), из-за большого количества абсолютных и относительных противопоказаний хирургическое вмешательство в среднем проводится лишь у одного пациента из четырех.

Ключевые слова: трофические язвы, варикозная болезнь нижних конечностей, гидроактивные повязки

В консервативной терапии венозных трофических язв определяющую роль играют компрессионная терапия и адекватный подбор раневого покрытия [2, 5]. Выбор раневого покрытия обуславливает скорость заживления раневого дефекта, болезненность перевязки и стоимость лечения. В этом плане наибольшую эффективность и наилучшее соотношение цены и качества демонстрируют гидрогелевые повязки [4, 7]. Представленный ниже клинический пример иллюстрирует опыт применения современных раневых покрытий HydroClean® plus и HydroTas® (Paul Hartmann AG, ФРГ). Пациент Л., 63 года, обратился за медицинской помощью в мае 2016 г. с жалобами на наличие язвы и боли в правой стопе и голени. В анамнезе: страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей около 25 лет, около 8 лет назад впервые открылась трофическая язва правой голени, на фоне проводимой терапии язва зажила, но периодически рецидиви-

рует. В 2009 и 2012 гг. проведено хирургическое лечение варикозной болезни: классическая флебэктомия стволов большой подкожной вены правой и левой нижних конечностей соответственно. Рекомендованный режим компрессионной терапии пациент не соблюдал, в связи с чем в феврале 2016 г. вновь сформировалась трофическая язва правой голени и стопы. Пациент обращался за медицинской помощью к хирургу в поликлинику по месту жительства, выполнял перевязки с мазью Левомеколь, бессистемно принимал флеботоники, компрессионную терапию не получал, эффекта от терапии не отмечает. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пациент с избыточной массой тела (ИМТ = 31,7). Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система — без видимой деформации. В легких — дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Пульс — 76 уд/мин. АД — 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Местный статус: нижние конечности бледно-розовые, отмечается умеренная отечность голеней и стоп, больше справа. Стопы теплые, обычной окраски. В области нижних третей обеих голеней — гиперпигментация кожи и липодерматосклероз. В нижней трети правой голени, по наружной поверхности с переходом на наружную боковую поверхность правого голеностопного сустава и на тыл правой стопы имеются 3 язвенных дефекта с умеренным фибринозно-гнойным отделяемым, наибольшая из язв практически полностью выполнена сухим некротическим струпом, плотно фиксированным к дну язвы (рис. 1). Площадь язвенных дефектов составляет: 46,5 см², 3,4 см² и 1,2 см². Отмечается умеренное перифокальное воспаление.

Активные и пассивные движения в суставах нижних конечностей сохранены в полном объеме. Пульса-

РИСУНОК 1. Внешний вид пораженной конечности до начала лечения



РИСУНОК 2. Вид трофической язвы и HydroClean plus на 26-е сутки после начала лечения



ция на магистральных артериях нижних конечностей отчетливая, определяется на всех уровнях. В анализах крови и мочи — без патологии, за исключением гипергликемии (максимальные цифры уровня сахара в венозной крови — 6,2 ммоль/л). Пациент был консультирован эндокринологом по месту жительства, установлен диагноз: нарушение толерантности к глюкозе, рекомендовано соблюдение диеты. С учетом объема поражения кожи

правой стопы и голени, проведенных ранее оперативных вмешательств пациенту была предложена и начата консервативная терапия язвенных дефектов. С целью компрессии нижних конечностей формировались эластические биндажи на правую стопу и голень (посредством бинтов Putterbinde по методике Пюттера [3]). Смена биндажей осуществлялась в дни перевязок. Ввиду хронического характера течения раневого процесса и нали-

чия некрозов местная терапия начата посредством использования повязок HydroClean® plus. Данное раневое покрытие было выбрано в связи с его основными свойствами, клинической эффективностью, продолжительным выделением раствора Рингера и одновременной абсорбцией раневого отделяемого [6]. При этом отмечаются активная регидратация и удаление фибрина, снижение концентрации матриксных металлопротеаз, вследствие чего предотвращается

РИСУНОК 3. Внешний вид язвы на 18-й день после начала лечения



РИСУНОК 4. Внешний вид язвы на 26-й день после начала лечения



РИСУНОК 5. Внешний вид язвы на 42-й день лечения



разрушение экстрацеллюлярного матрикса. В результате происходит активация местного иммунитета, сохраняются функции факторов роста, стимулируется ангиогенез и дальнейшая регенерация. HydroClean®plus — это суперабсорбирующая повязка на рану с антисептическими свойствами, которая подходит для лечения хро-

нических и плохо заживающих ран на стадиях воспаления и грануляции. Она поддерживает влажную среду в ране до 72 ч. Благодаря наличию в составе повязки антисептика полигексанида данное раневое покрытие активно удаляет некроз, фибрин и длительно поглощает раневой экссудат. Гидрофобное покрытие повязки предот-

вращает ее прилипание к ране, что обуславливает возможность перевязок 2—3 раза в неделю и обеспечивает их безболезненность (рис. 2).

В результате применения влажной терапии раны язвенный дефект постепенно очистился от фибринозно-некротических масс, дно язвы поднялось до уровня кожи, покрылось сочными грануляциями. На 18-й день после начала лечения два язвенных дефекта зажили, а площадь оставшегося сократилась до 41,7 см² (рис. 3). Буквально после первых двух перевязок пациент полностью отказался от приема анальгетиков в связи с купированием болевого синдрома. 30.06.2016 язва полностью очистилась от фибринозно-некротического отделяемого, покрылась активными грануляциями, отмечалась интенсивная краевая и островковая эпителизация (рис. 5). Площадь язвы на 42-й день лечения составила 20,2 см². В связи с полным очищением раны с 30.06.2016 был произведен переход на терапию повязкой HydroTas®, что позволило ускорить сроки заживления язвы. Повязка HydroTas® — это губчатая абсорбирующая повязка с гидрогелевым

РИСУНОК 6. Внешний вид язвы при удалении повязки HydroTas®



РИСУНОК 7. Внешний вид язвы на 60-е сутки после начала терапии



ГидроТерапия

Эффективность. И Простота.



ГидроТерапия – это эффективная терапия ран, предлагающая простой механизм лечения с использованием всего двух продуктов: HydroClean[®] plus и HydroTac[®], которая приводит к ускорению заживления хронических ран. Преимущества и выгоды использования метода ГидроТерапия для врачей:

Преимущества и выгоды использования метода ГидроТерапия для врачей:

- Эффективный и простой метод лечения
- Четкие показания к применению продуктов
- Безопасность применения
- Лояльность пациентов

Преимущества и выгоды использования метода ГидроТерапия для пациентов:

- Сокращение продолжительности лечения
- Комфорт и безболезненность лечения
- Безопасность применения
- Повышение качества жизни

Два шага эффективного лечения ран:

1-й шаг: HydroClean[®] plus – Суперабсорбирующая повязка с антисептическими свойствами

- Оптимальное начало лечения хронической раны
- Уникальный механизм «промывание-абсорбция»
- Эффективное очищение раны и стимуляция образования грануляционной ткани
- Стадии воспаления и грануляции

2-й шаг: HydroTac[®] – Губчатая абсорбирующая повязка с гидрогелевым покрытием

- Эффективное продолжение лечения хронической раны, зачастую, вплоть до полного ее заживления
- Активное высвобождение влаги
- Обеспечение оптимального гидробаланса в ране как для сухих, так и для экссудирующих ран
- Стадии грануляции и эпителизации



* Реклама.

РИСУНОК 8. Полная эпителизация язвенного дефекта 30.09.2016



покрытием, которая подходит для лечения хронических и плохо заживающих ран на стадиях грануляции и эпителизации. Перевязки с данным раневым покрытием производились 1 раз в 5 дней.

Через 60 дней после начала лечения было достигнуто значительное сокращение площади язвы — до 11,2 см², язва находилась в стадии активной эпителизации (рис. 7). К сожалению, пациент по семейным обстоятельствам не смог приезжать на перевязки около 3 нед. в августе 2016 г., самостоятельно больной также не перевязывался. В связи с этим полное заживление язвы наступило лишь 30.09.2016, т. е. через 135 дней после начала лечения (рис. 8).

Данный клинический случай показал эффективность лечения ран во влажной среде с последователь-

ным применением гидроактивных повязок HydroClean[®]plus и HydroTac[®]. Очищение и полная эпителизация язвенных дефектов

привели к значительному улучшению качества жизни пациента. Таким образом, данное клиническое наблюдение продемонстрировало высокую клиническую эффективность раневых покрытий HydroClean[®]plus и HydroTac[®] в лечении венозных трофических язв. Уникальное строение данных повязок позволяет эвакуировать экссудат и токсические компоненты из раны, сохраняя постоянную оптимальную влажность и необходимый газообмен. Применение влажной терапии позволяет добиться быстрого очищения венозных язв, скорейшей их эпителизации и предотвращает их вторичное инфицирование. Консервативное лечение может проводиться хирургами амбулаторно-поликлинического звена и не требует госпитализации в стационар. Перевязки проходят практически безболезненно, что позволяет пациентам уже в начале лечения отказаться от приема анальгетиков.



ИСТОЧНИКИ

1. Васютков В.Я., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы нижних конечностей. Современное состояние вопроса. *РМЖ. Хирургия, спец. номер*, 1999, 7(1)3: 616-620.
2. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Компрессионное лечение заболеваний вен нижних конечностей: Пособие для врачей. М., 1999.
3. Богданец Л.И., Лобанов В.Н., Смирнова Е.С. Компрессионное лечение венозных трофических язв. *Флебология*, 2013, 4.
4. Saco M, Howe N, Nathoo R, Cherpelis B. Comparing the efficacies of alginate, foam, hydrocolloid, hydrofiber, and hydrogel dressings in the management of diabetic foot ulcers and venous leg ulcers: a systematic review and meta-analysis examining how to dress for success. *Dermatol Online J*, 2016 Aug 15, 22(8): 1-15.
5. Partsch H. Do We still need compression bandages? Haemodynamic effect of compression stocking and bandages. *Phlebology*, 2006, 21: 132-138.
6. Eming SA, Smola H, Hartmann B, Malchau G, Wegner R, Krieg T and Smola-Hess S. Polyacrylate superabsorber inhibits MMP activity in chronic wound fluid. *Biomaterials*, 2008, 29(19): 2932-2940.
7. Scholz S and Rompel R. A new approach to wet therapy of chronic leg ulcers. *Arzt und Praxis*, 1999, 816: 517-522.