

Раневое покрытие Гелепран в лечении венозных ран

Источник: Кириенко А.И. и др. Хирургия. 2006. №4. С.71-72

Трофические язвы голени на почве варикозной (ВВ) или посттромботической болезнью (ПТВ) нижних конечностей составляют около 70% в общей структуре язв голени различного генеза и встречаются у 1–2% взрослого трудоспособного населения и 4–5% больных пожилого возраста [2, 4].

Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности базируются на адекватном сочетании различных методов, направленных на коррекцию патологических изменений флебогемодинамики и микроциркуляции. Важнейшее место среди них занимают эластическая компрессия, фармакотерапия и, при отсутствии противопоказаний, хирургические методы с использованием специальной эндовидеохирургической техники. У пациентов с трофическими язвами (6-й класс по классификации СЕАР) одну из ключевых ролей играет местное лечение. Стремление врачей к заживлению «под корочкой» неоправданно, поскольку струп препятствует оттоку раневого экссудата и затрудняет миграцию эпителиоцитов, тем самым задерживая регенерацию тканей [3, 5, 6]. Важнейшим условием, способствующим более быстрому заживлению язв, представляется создание сбалансированной влажной среды. Вместе с тем избыточный экссудат также препятствует заживлению, вызывает мацерацию кожи, дерматит, способствует вторичному инфицированию, требует более частых перевязок, увеличивает расход перевязочного материала.

Влажно-высыхающие марлевые повязки, которые до настоящего времени наиболее часто используются на практике, не могут в полной мере обеспечить все необходимые для регенерации условия. Оптимальным вариантом служит использование современных раневых покрытий, которые активно влияют на процессы заживления, обеспечивая необходимую влажность раневой поверхности, газообмен, pH среды, температурный режим. Особое место среди них занимают гидрогели. Они представляют собой природные или синтетические «сшитые» полимеры, которые благодаря гидрофильным центрам абсорбируют и удерживают в своей структуре значительное количество воды. Основным механизмом лечебного действия гидрогелей заключается в создании под ними влажной среды (даже при полном отсутствии экссудата) с одновременным удалением избыточного экссудата, бактерий, размягчением сухих некротических тканей и стимуляцией аутолитического очищения. Для лечения ран используют гидрогели в виде пластин и аморфных веществ [1].

Материал и методы. Проведено исследование клинической эффективности, безопасности и переносимости нового отечественного раневого покрытия Гелепран (в виде пластин без лекарственных средств и с насыщением их мирамистином и лидокаином) при лечении венозных трофических язв (во II–III стадии раневого процесса) в сравнении со стандартным лечением (мази на гидрофильной основе и растворы антисептиков). В исследование были включены 106 больных (70 в основной и 36 в контрольной группе) с венозными трофическими язвами на почве ВВ (67%) и ПТВ (33%) нижних конечностей. Средний возраст пациентов в основной группе – 58,46±2,62, в контрольной – 56,42±5,3 года, длительность язвенного анамнеза в обеих группах – 10,1±2,13 мес, площадь язвенного дефекта в основной группе – 10,71±3,36 см², в контрольной – 10,31±3,49 см². Лечение проводили в течение 2 мес со сменой повязок один раз в день. Пациенты обеих групп во время исследования получали детралекс по 1 таблетке 2 раза в день и применяли эластическую компрессию нижних конечностей в виде бинтования.

Оценку эффективности лечения проводили один раз в 6–9 дней во время контрольных визитов путем визуальной оценки состояния трофической язвы, ее планиметрии, бактериологического и цитологического исследований (в начале и конце исследования), с учетом клиники (степени выраженности болевого синдрома, удобства применения).

Результаты и обсуждение. Исследование закончили 104 больных (2 выбыли досрочно). В 1-й месяц лечения с применением Гелепрана отмечено образование грануляционной ткани, краевой эпителизации в 73,9% случаев, в контрольной группе (в те же сроки) – у 50% больных. К концу 2-го месяца у 32 (47,1%) пациентов основной группы язвы зажили, в остальных случаях были полностью выполнены грануляционной тканью с выраженной краевой и островковой эпителизацией и уменьшением площади язвенного дефекта. В контрольной группе заживление язв отмечено лишь у 10 (27,8%), а скорость заживления достоверно отставала от основной группы на 7–10 дней (p<0,05) (табл. 1). Эффективность применения Гелепрана была подтверждена цитологическим исследованием мазков-отпечатков с язвенной поверхности: уменьшением количества нейтрофилов в среднем на 30%, увеличением количества полибластов в поле зрения более чем в 2,5 раза, повышением уровня макрофагов с 1 до 9% клеток в поле зрения и фибробластов с 0–1% до 6–22%. Применение Гелепрана по сравнению с контрольной группой способствовало снижению бактериальной контаминации (подтверждено бактериологическим исследованием): у 36 (52,9%) больных степень микробной обсемененности поверхности язвы снизилась с 107–9 до 103–4 КОЕ/МЛ, у 9 (13,2%) произошло изменение микрофлоры на условно-патогенную и сапрофитную, у 11 (16,2%) посев в процессе лечения стал стерильным (табл. 2). В результате применения Гелепрана с лидокаином полное купирование болевого синдрома к концу исследования отмечено у 83,8% больных, в то время как в контрольной группе в 75% случаев потребовались лекарственные средства. Раневое покрытие Гелепран хорошо переносилось больными. Небольшое чувство жжения купировалось локальной гипотермией. Серьезных побочных эффектов не наблюдалось ни в одном случае. Отмечено удобство применения гидрогеля, безболезненность смены повязки, образование негрубого косметического рубца после заживления язвы. Таким образом, проведенное исследование показало, что отечественное гидрогелевое раневое покрытие Гелепран обладает выраженной клинической эффективностью при лечении венозных язв, что в сочетании с экономической доступностью, простотой и удобством применения позволяет рекомендовать его к широкому внедрению в повседневную практику для лечения венозных трофических язв во II–III стадии раневого процесса.

ЛИТЕРАТУРА 1. Назаренко Г.И., Сугурова И.Ю., Глянцев С.П. Рана. Повязка. Больной. М: Медицина

2002; 117–118.

2. Романовский А.В., Васютков В.Я., Садов С.В. Экономические потери при лечении больных с трофическими язвами нижних конечностей. Материалы II конференции Ассоциации флебологов России. М 1998; 68.

3. Bolton L.L., Johnson C.L., Rijswijk L. V. Occlusive dressings:therapeutic agents and effects on drug delivery, *dm Dermatol* 1992,9:573– 583.

4. Ruckley C.Y. *Medicoyaphia* 1986;18:3.

5. Turner T. Hydrogels and hydrocolloids – an overview of the products and their properties. *Advances in wound management*. Chichester: Wiley 1985;89-95.

6. Wheeland R. G. Wound healing and the newer surgical dressings. *Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders 1992;2305–2311.