

МЕТОДИКА ВИБОРУ КОНТАКТНОЇ ПОВ'ЯЗКИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

В. В. Сівков, Р. А. Ткач, А. В. Качор

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті висвітлено алгоритм вибору контактної пов'язки на прикладі виразок нижніх кінцівок венозного походження. Розглянуто стандартизацію опису рани за чотирма основними критеріями та приклади контактних пов'язок, що відповідають цим критеріям.

METHODS OF SELECTING A CONTACT BANDAGE FOR TREATING VENOUS ULCERS OF THE LOWER LIMBS VENOUS ETIOLOGY

V. V. Sivkov, R. A. Tkach, A. V. Kachor

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

This paper adduces approaches to contact dressing choice for venous ulcers, basing on four main criteria of wound description, with examples of the dressings that are the most suitable for given criteria.

Вступ. Старіння населення та пов'язане з цим збільшення частоти виявлення дегенеративних захворювань, зокрема виразкувань нижніх кінцівок, робить актуальним вивчення причин, стандартизацію та наукове обґрунтування рекомендацій до діагностики та лікування. Виразки нижніх кінцівок венозного походження займають значне місце в структурі захворюваності: близько 1 % населення має ознаки венозного стазу та виразкування різного ступеня тяжкості [1]. Характерними ознаками перебігу венозних виразок є хронічний характер (середня тривалість загоєння становить 6 місяців), а також повторне виразкування.

Після обстеження судинним хірургом та встановлення діагнозу, місцева терапія венозних виразок може проводитись медсестрою без постійного нагляду лікаря. Лікування включає два компоненти: накладання пов'язки на рану (контактний

шар) та застосування еластичного бинтування нижньої кінцівки (здебільшого від основи пальців до коліна, а при значному ступені ураження вен – до середини стегна та вище) [2]. Беручи до уваги велике різноманіття лікувальних пов'язок та виняткову роль медичної сестри в їх правильному виборі, у даній статті ми зосередимось саме на контактному шарі, зокрема на принципах його вибору та основних його властивостях.

Основна частина. При виборі пов'язки медсестра повинна керуватись такими критеріями оцінки рани:

- а) стан ранової поверхні;
- б) наявність ранової інфекції;
- в) характер та кількість ексудату;
- г) стан краю рани [3].

Оцінка ранової поверхні має на меті визначення відсоткового співвідношення грануляції та некро-

тизованих тканин. Наявність некротичних тканин у рані подовжує фазу запалення, сповільнюючи тим самим процеси репарації та епітелізації, а також слугує поживним середовищем для мікроорганізмів. Порівняння та документування стану ранової поверхні під час кожної перев'язки або хоча б один раз на тиждень відображатимуть рівень ефективності лікування та дозволятимуть проводити вчасну його корекцію. У випадку венозних виразок гостра некретомія не застосовується, натомість використовують принципи автолітичного очищення рани. Це досягається шляхом накладання гіперосмолярних речовин (гіпертонічних сольових гелів, препаратів меду з рослин роду *Leptospermum*) та гідрогелів (гідроколоїдних гелів та гелів на основі крохмалю й альгінатів) на основу рани. При застосуванні гіперосмолярних пов'язок тканинні рідини переміщуються до поверхні рани, сприяючи її гідролітичному очищенню, а гідроколоїдні та крохмалеві гелі, в свою чергу, абсорбують білки з ексудату та додатково звожують рану. В результаті цього, некротичні тканини набрякають, розпадаються та відшаровуються від основи рани. Варто зазначити, що побічним ефектом збільшення об'єму ексудату є мацерація шкіри, тому при застосуванні вищеназваних препаратів потрібно захищати прилеглу до виразки шкіру бар'єрними плівкоутворюючими розчинами або мазями на основі оксиду цинку [4, 5].

Підвищення температури, набряк, болочість та почервоніння, що поширюється на 2–3 см за межу навколо рани, свідчать про інфікування рани, і в даному випадку необхідний огляд лікаря та призначення ефективного антибактерійного лікування. Проте варто зауважити, що наявність ізольованої еритеми в більшості випадків є малоінформативною для діагностики ранових інфекцій, оскільки часто пацієнти з венозним стазом страждають від застійного дерматиту. Вирішальним у діагностиці є збір анамнезу (наявність еритеми більше 2 місяців свідчить про неінфекційний дерматит) та порівняння з другою кінцівкою (якщо почервоніння двостороннє, то ймовірність інфекційного його походження є малою і скоріше за все мова йде про стаз-дерматит). Навколоранову еритему може давати також алергічна реакція на перев'язувальний матеріал, у такому випадку форма еритеми нагадуватиме відбиток контактного шару (наприклад, чітко кругла або прямокутна). Алергічна реакція на матеріал пов'язки

вимагає негайної зміни її на рівноцінну за властивостями, але з іншого матеріалу або іншого виробника. За наявності еритеми інфекційного походження, місцеве антибактерійне лікування доцільно проводити разом із загальною антибіотикотерапією.

Оцінка ексудату передбачає визначення як його характеру (гнійний, геморагічний чи серозний), так і його кількості. Наявність гнійного ексудату свідчить про потребу місцевого антибактерійного лікування (наприклад, препаратами кадексомеру йоду чи срібловмісними пов'язками) [6]. Розчини антибіотиків наносити місцево не рекомендується через низьку клінічну ефективність та високу ймовірність алергізації [7]. Оцінка об'єму ексудату дозволяє визначити необхідний рівень абсорбції пов'язки, який, з одного боку, підтримував би вологе середовище в рані, а з іншого – запобігав мацерації країв рани. Абсорбційні матеріали можуть накладатись безпосередньо на рану (у випадку неускладненого перебігу виразки), або поверх власне контактного лікувального шару.

Враховуючи те, що сам факт зміни пов'язки відкладає процеси репарації в рані на 4–8 годин, щоденна її зміна потрібна лише у випадках гнійного запалення, а також, коли кількість ексудату значно перевищує її абсорбційні властивості [5]. За умов адекватного і комплексного лікування венозних виразок нижніх кінцівок частота зміни пов'язок коливається в межах 2–3 рази на тиждень, а вибір абсорбційного матеріалу залежатиме від кількості ексудату на старій пов'язці. Якщо кількість ексудату мала (просякнута менше 25 % старої пов'язки), тоді абсорбційних властивостей альгінатів та пов'язок на основі відновленої целюлози, а також гідроколоїдних пов'язок повинно бути достатньо. При помірній кількості ексудату (просякнута від 25 до 75 % старої пов'язки) найкраще користуватись абсорбтивними поліуретановими губками з силіконовим покриттям або без (губки з силіконовим покриттям краще фіксуються до шкіри та зменшують рубцювання, але вбирають менше порівняно з губками без силіконового (клейкого) шару). Можна комбінувати альгінати та гідроволокнисті пов'язки з поліуретановими губками для запобігання зворотної міграції ексудату в рану. Якщо ексудатом просякнута понад 75 % пов'язки, тоді варто застосовувати пов'язки з гелеутворюючим наповнювачем як самостійно, так і поверх поліуретанових губок [8]. Винятково велика кількість ексудату вима-

гає заміни абсорбційної пов'язки двічі на день або й частіше; натомість можна використовувати дитячий або дорослий підгузник як альтернативу дорогим матеріалам [9].

Оцінка країв виразки має велике значення як для діагностики її етіології, так і для визначення ступеня загоєння рани. Мацерація і подразнення екссудатом шкіри навколо рани утруднює крайову міграцію і диференціацію епітелію, а також робить шкіру більш чутливою до механічних впливів, тому у випадку травмування виразка може збільшуватись. Для запобігання цим ускладненням варто використовувати бар'єрні плівкоутворюючі розчини або мазі на основі оксиду цинку. Якщо рана залишається незмінною більше як 2 місяці, варто застосовувати пов'язки з інгібіторами чи деактиваторами протеаз для покращення крайової міграції епітелію, а також препарати ліофілізованої свинячої шкіри [1]. У разі наявності фіброзу країв рани, що також перешкоджає крайовій міграції епітелію, необхідно направити пацієнта до хірурга для висічення країв рани. Хірургічне втручання також необхідне у випадку загортання країв рани всередину [5].

Висновки. Використання медсестрою стандартизованого підходу в оцінці венозної виразки, поєднане з загальним оглядом та збором анамнезу, дозволяє підібрати оптимальну комбінацію інгредієнтів контактної шару пов'язки. Варто

вказати, що існують готові комбіновані пов'язки, які містять різні компоненти контактної та абсорбційної шарів і призначені для лікування виразок у різних фазах ранового циклу; зокрема, на етапі клінічної апробації дуже добре зарекомендували себе пов'язки на основі оксиду цинку, живиці та ліофілізованої свинячої шкіри, розроблені на базі Тернопільського державного медичного університету [10]. Існують також комбіновані гідроволокнисто-губчасті пов'язки, медово-альгінатні, а також ціла група пов'язок, дія яких заснована на застосуванні від'ємного тиску. Покращення або погіршення стану рани вимагає переоцінки контактної та абсорбційної матеріалу пов'язки, а також загального режиму лікування.

Більшість сучасних перев'язувальних матеріалів порівняно дорогі, державного фінансування на них не вистачає і пацієнти часто змушені оплачувати їхню повну ринкову вартість. Таким чином, підбір адекватної пов'язки медсестрою має велику перешкоду у вигляді конфлікту інтересів, оскільки медсестра може опинитись у ситуації коли вона матиме матеріальну вигоду від продажу певного продукту, який вона ж призначає. Повноцінне державне фінансування не усуне проблеми нецільового використання коштів, але воно дозволить медсестрам вільніше себе почувати в плані призначення найбільш ефективного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Венгер І. К. Деєпідермізовані ліофілізовані ксенодермотрансплантати при локальному лікуванні трофічних виразок венозного генезу / І. К. Венгер, А. О. Ковальчук, Т. В. Романюк // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 2. – С. 58–60.

2. Галига Т. М. Комплексне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладненої трофічними виразками: дис... канд. наук: 14.01.03 / Т. М. Галига, 2009.

3. Wound bed preparation: TIME in practice. Dowsett, C.; Newton, H. (2005) http://www.woundsinternational.com/pdf/content_86.pdf

4. Bryan R. Acute and Chronic Wounds Current Management Concepts 3rd Ed. / R. Bryan, D. Nix // Mosby, 2007.

5. Introductions to Dressings. / NSM LHIN (2009) // http://www.nsmhlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Current_Initiatives/Wound_Care_Project/ProductSelectionGuide.pdf

6. Collier M. Recognition and management of wound infections / M. Collier (2004) / <http://www.worldwidewounds.com/2004/january/Collier/Management-of-Wound-infections.html>

7. O'Meara S. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. / S. O'Meara, D. Al-Kurdi, L. G. Ovington // Cochrane Database Syst. Rev. – 2008;(1):CD003557

8. Modern exudate management: a review of wound treatments / R. White ; K. F. Cutting (2006) <http://www.worldwidewounds.com/2006/september/White/Modern-Exudate-Mgt.html>

9. J. Zuther Lymphedema Management: The Comprehensive Guide for Practitioners / J. Zuther // Thieme. – 2009. – P. 93.

10. Ковальчук Л. Я. Амбулаторне лікування, особливості передопераційної підготовки та автодермопластика в лікуванні трофічних виразок венозного генезу / Л. Я. Ковальчук, І. І. Чонка, Д. Б. Фіра // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 2. – С. 63–65.

Отримано 31.01.14