

УДК 617-089.844

© А. И. ДРОНОВ, А. А. СКОМАРОВСКИЙ, В. А. КОЛЕСНИК, А. В. КРАВЧЕНКО, Ю. И. СОТНИК

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца,
Киевский городской центр хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы им. В. С. Земскова

Современные подходы к лечению ран в зависимости от фаз раневого процесса

A. I. DRONOV, A. A. SKOMAROVSKIY, V. A. KOLESNYK, A. V. KRAVCHENKO, YU. I. SOTNYK

National Medical University by A. A. Bohomolets,
Kyiv City Center of Surgery of the Liver, Bile ducts and Pancreas by V. S. Zemskov

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF WOUNDS DEPENDING ON THE PHASES OF WOUND PROCESS

Проанализированы результаты лечения 18 больных с применением раневых повязок в отделении гнойной хирургии КГКБ № 10 за период с 2011 по 2012 год. Лечение проводилось во II и III фазу раневого процесса для стимуляции репаративных процессов и эпителизации. В терапии данной группы больных применялись гидроколлоидные и гидрогелевые повязки. Использование этих повязок достоверно сокращает сроки ретракции раны и эрадикацию микробной инфицированности, позволяет сократить у этой категории больных сроки пребывания в стационаре с 16 до 10 койко-дней.

There were analyzed the results of treatment of 18 patients using the wound bandages in the Department of Purulent Surgery of KCCH № 10 in the period from 2011 to 2012. Treatment was conducted in II and III phase of wound process for stimulation of reparative processes and epithelialization. In the therapy of this group of patients there were used the hydrocolloid and hydrogel bandages. Use of these bandages significantly reduces the terms of wound retraction and eradication of microbial infection allows to reduce in these category of patients the terms of stay in hospital from 16 to 10 bed-days.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Разработка клинического алгоритма лечения ран, в зависимости от фаз раневого процесса, является актуальной проблемой гнойной хирургии. Использование широкого спектра медикаментозных средств для местного лечения ран не всегда приводит к желаемому результату. Это заставляет хирургов анализировать традиционные методики и оценивать эффективность более современных способов курации данной категории больных.

В настоящее время 35–49 % больных хирургического профиля составляют пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями [1]. Осложнения, связанные с длительным заживлением ран у больных, прооперированных в независимости от нозологии и локализации процесса, составляют около 1 % всех оперируемых случаев. Пациенты с трофическими язвами и длительно не заживающими ранами составляют до 1,5 % всего населения и 10 % от числа всех пациентов хирургических стационаров [2].

Для заживления раны необходимо сочетание нескольких факторов: влажность раневой поверхности, отсутствие избытка раневого экссудата, достаточная оксигенация тканей, защита от внеш-

него травмирования, защита от вторичного инфицирования. Кроме того, раневое покрытие в идеале должно отвечать следующим требованиям:

- обладать высокой абсорбционной способностью в отношении раневого экссудата;
- препятствовать проникновению микроорганизмов;
- иметь достаточную проницаемость кислорода и углекислого газа для обеспечения репаративных процессов;
- обладать достаточной эластичностью, возможностью моделирования для раневой поверхности со сложным рельефом;
- не обладать пирогенными, антигенными и токсическими побочными эффектами;
- не иметь местного раздражающего и аллергического действия [3, 4].

Также для раневых покрытий весьма необходимы такие свойства, как:

- прозрачность, наличие условий для наблюдения за раной;
- возможность локального применения лекарственных средств;
- удобство применения;
- атравматичность [3].

Для выбора раневого покрытия необходимо учитывать фазу раневого процесса и количество отделяемого из раны, её глубину и размер. В фазе биологической очистки повязка служит для профилактики инфекции и одновременной защиты раны от повреждений. Рекомендованы повязки с высокой абсорбционной способностью – суперпоглотители, губчатые и альгинатные повязки. Повязка в фазу грануляции поддерживает оптимальную влажность раны и защищает ткани от травматизации. Именно в этой фазе раневого процесса считаем целесообразным рекомендовать применение атравматических сетчатых и гидроколлоидных повязок. В фазу эпителизации необходимы пленки и гидрогелевые повязки, которые защищают раневую поверхность от высыхания, а эпителиальные клетки от травматизации при смене повязки [3, 4].

Для лечения больных с трофическими язвами и послеоперационных ран, заживающих вторичным натяжением, во второй фазе раневого процесса мы использовали гидроколлоидные повязки с целью абсорбции жидкости, очищения раны, стимуляции процессов грануляции и эпителизации. В третью фазу раневого процесса мы применяли гидрогелевые покрытия, которые формируют влажную среду и способствуют эпителизации раны. Кроме того, использование гидрогелевых покрытий дает возможность моделировать форму раневой поверхности, обеспечивая надежную фиксацию без адгезии повязки в зоне раны [3].

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии КГКБ № 10 за период с 2011 по 2012 год было проведено лечение 18 больных с применением раневых повязок. Лечение проводилось во II и III фазу раневого процесса для стимуляции репаративных процессов и эпителизации (12 больных с трофическими язвами, 6 больных с послеоперационными ранами, заживающими вторичным натяжением). В терапии данной группы больных применялись гидроколлоидные и гидрогелевые повязки. Контрольную группу составили 13 и 5 больных соответственно, которым проводилось лечение по традиционной методике, принятой в большинстве клиник, – использование различных мазевых повязок. Для объективной оценки результатов лечения использовали показатели скорости сокращения раневой поверхности, бактериологический посев раневого отделяемого. Средний возраст больных составил 62 года, исследуемые группы были сопостави-

мы по возрасту, полу и микрофлоре, определяемой при бактериологическом посеве.

Результаты исследований и их обсуждение. Без использования гидроактивных повязок в лечении трофических язв и ран манифестными признаками раневого процесса были следующие: наличие вялотекущей раны с локализацией скудных грануляций в области её дна, наличие незначительного серозного отделяемого с примесью фибрина, дермосклероз, отсутствие эпителизации.

Критерием сроков применения гидроколлоидных и гидросорбирующих повязок считали отсутствие клинических и макроскопических признаков воспаления, подтверждаемых снижением коэффициента микробного обсеменения раны до 10² микробных тел на 1 г. Все раны, закрытые гидроактивной повязкой, на 2-е сутки макроскопически верифицировались как инфицированные, однако на 6-е сутки применения повязки в ране определялись сочные грануляции без налета фибрина. Частой смены повязки не требовалось (1 раз в 4–6 дней), что обеспечивало отсутствие травмирования раны. Клинический контроль эффективности применения предложенной методики лечения осуществляли через повязку, оценивая в динамике уменьшение площади раневой поверхности. Средняя площадь заживления раны в основной группе составляла 1,3 см² в неделю при лечении с помощью гидроактивных покрытий. В контрольной группе сопоставимые характеристики составили 0,8 см². На 7-й день лечения у основной группы больных в раневом экссудате при бактериологическом исследовании патогенная микрофлора не выявлена. В контрольной группе больных микробный спектр раневого экссудата был представлен в основном St. Aureus в количестве 10⁵ микробных тел на 1 г.

Выводы. 1. Применение гидроколлоидных и гидросорбирующих повязок является приоритетным направлением в лечении ран во второй и третьей фазах раневого процесса.

2. Использование этих повязок достоверно сокращает сроки ретракции раны и эрадикацию микробной инфицированности.

3. Применение повязок у представленных категорий больных позволило сократить сроки пребывания в стационаре с 16 до 10 койко-дней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Даценко Б. М. Теория и практика местного лечения гнойных ран : проблемы лекарственной терапии / Б. М. Даценко. – Здоров'я, 1995.
2. Савельев В. С. Клиническая хирургия – национальное руководство / В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – 2008.
3. Туманов В. П. Методическое руководство по лечению ран / В. П. Туманов, Г. Герман. – 1-е изд. ; пер. с нем. – Изд-во "Пауль Хартманн", 2000.
4. Keast P. M. The basic principles of wound care OstomyWound-Management / P. M. Keast, H. Orsted. – 1998.

Получено 15.01.13