

ПРИМЕНЕНИЕ ИММОБИЛИЗИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Т.В. Потупчик¹, канд. мед. наук, Я.В. Корман¹, И.А. Мещанинов², С.И. Ломчицкая¹

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Российская Федерация, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1;

²Красноярская межрайонная больница №2,

Российская Федерация, 660119, Красноярск, ул. 40 лет победы, д. 2

E-mail: potupchik_tatyana@mail.ru

Представлена эффективность применения иммобилизированных лекарственных форм «ВоскоПран» и «ПараПран» в лечении пролежней в сравнении с антисептиками в обычных лекарственных формах.

Ключевые слова: пролежни, пациенты хосписа, иммобилизированные лекарственные формы.

Для цитирования: Потупчик Т.В., Корман Я.В., Мещанинов И.А., Ломчицкая С.И. Применение иммобилизированных лекарственных форм для лечения пролежней. Медицинская сестра. 2019; 21 (3): 29–32. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-03-08>

Проблема лечения пролежней не только остается актуальной, но и приобретает все более острый характер [1]. По данным отечественной и зарубежной литературы, частота возникновения пролежней у малоподвижных пациентов составляет от 3 до 40%, а у пациентов с ограниченной физической активностью – до 80% [2].

Пролежни возникают при нарушении кровоснабжения и микроциркуляции в областях, которые плотно соприкасаются с постелью. Нередко они проявляются и при неврологических нарушениях. Особенности пролежней являются: быстрое распространение в ширину и глубину; крайне медленное очищение от некротических тканей; медленная репарация и регенерация; частое развитие инфекционных осложнений [3].

Наиболее типичная локализация пролежней – крестцовая область, около 36% пролежней развиваются в этой области, 21% приходится на области ягодиц, 25% – на пяточные области, 2–4% – на иные области [4].

В зависимости от глубины повреждения тканей выделяют 4 стадии развития пролежней:

- I – устойчивое покраснение (гиперемия) кожи, которое не исчезает после надавли-

вания; целостность кожных покровов не нарушена;

- II – стойкое покраснение кожи, отслоение поверхностного слоя кожи (эпидермиса); возможно поверхностное нарушение целостности кожных покровов в виде ссадин, потертостей, иногда – с распространением на подкожную жировую клетчатку;
- III – пролежень достигает мышечного слоя, захватывает мышцы, возможны жидкие выделения из раны;
- IV – пролежень распространяется на все мягкие ткани, образуя глубокую полость, дном которой является кость или сухожилие [5].

Лечение пролежней должно быть комплексным.

Оно состоит из 3 основных компонентов: прекращение постоянного давления на область пролежня; местное лечение и лечение основного заболевания. При возникновении участков некроза местное лечение направлено на высушивание некротизированных тканей и предотвращение перехода сухого некроза во влажный [6].

Комплексное применение лекарственных средств с рациональной антибактериальной терапией позволяет добиться быстрого очищения язвы и стабилизации состояния больного. В настоящее время используется множество методов лечения пролежней, но за последние годы микрофлора ран и ее биологические свойства претерпели существенные изменения, проявляющиеся быстрой потерей чувствительности к современным антибактериальным препаратам [1].

Для профилактики и лечения пролежней применяются лекарственные препараты разных фармакологических групп в разных лекарственных формах:

- некролитические препараты (коллагеназа, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин);
- дегидратирующие – гиперосмолярные;
- средства, улучшающие микроциркуляцию (пирикарбат, трибенозид);
- противовоспалительные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон);

Таблица 1

Площадь, глубина и степень выраженности пролежней

Показатель	Численный показатель	Число больных, n (%)
Глубина пролежня, мм	2–5	4 (26,7)
	5–10	6 (40,0)
	10–15	3 (20,0)
	>15	2 (13,3)
Площадь пролежня, см ²	50–100	1 (6,7)
	100–150	9 (60,0)
	150–200	3 (20,0)
	>200	2 (13,3)
Степень выраженности процесса	I–II	7 (46,7)
	III	5 (33,3)
	IV	3 (20,0)

- стимуляторы репаративных процессов (метилурацил, винилин, мазь каланхоэ и др.).

Применение этих препаратов в комплексе с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования явлений септиса и быстрого очищения язвы.

В последнее время стали широко применять раневые повязки, поскольку они позволяют обеспечить выраженный дегидратационный эффект и положительно влияют на процессы заживления.

Одна из иммобилизованных лекарственных форм – раневые повязки серии «ВоскоПран», предназначенные для ухода за ранами и пролежнями. Они защищают от механических повреждений, загрязнения, химического раздражения, вторичной инфекции, высыхания физиологических жидкостей (электролитов), сохраняют оптимальную для заживления температуру. Кроме того, повязки очищают пролежневую поверхность и создают микроклимат, способствующий скорейшей регенерации. Повязка «ВоскоПран» с мазью Левомеколь (хлорамфеникол+метилурацил) одновременно обеспечивает противовоспалительное и антимикробное действие. Повязка «ВоскоПран» с мазью диоксидина 5% (гидроксиметилхиноксалиндиоксид) обеспечивает стойкую противомикробную защиту и способствует эпителизации ран.

Повязки этого вида предназначены для лечения поверхностных и глубоких инфицированных и гнойных пролежней и трофических язв.

Повязка «ПараПран» с химотрипсином способствует снятию воспаления, активизации расщепления некротических клеток и тканей, фиброзных образований. В результате очищается от гноя и стимулируется регенерация поврежденной поверхности. Повязка, не травмируя свежий эпителий,

легко удаляется благодаря способности гидрофобного парафина размягчаться под воздействием температуры тела. Марлевую повязку закрепляют лейкопластырем или клеолом и меняют по мере промокания, но не реже 1 раза в сутки.

Целью исследования было определить эффективность иммобилизованных форм лекарственных препаратов, применяемых для лечения пролежней, в сравнении с эффективностью антисептиков в обычных лекарственных формах. Объектом исследования явились пациенты хосписа (n=15) с пролежнями. Методы исследования: планиметрия, сравнение, анализ.

Исследование проводилось в хосписном отделении Красноярской межрайонной больницы №2. В число пациентов входили 8 лиц женского пола и 7 – мужского. По возрасту больные распределились так: 40–49 лет – 2 (13,3%), 50–59 лет – 2 (13,3%), 60–69 лет – 4 (26,7%), ≥70 лет – 7 (46,7%). По поводу онкологических заболеваний в хосписе находились 46,7% пациентов, по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы – 53,3%.

У 66,7% больных были 1 или 2 пролежня, у 33,3% – ≥3. Наиболее частой локализацией пролежней являлась крестцовая область (у 8 человек); у 4 пациентов были пролежни в области ягодиц, у 5 – в пяточной области, у 4 – в области большого вертела бедренной кости.

В табл. 1 представлены данные о состоянии пролежней, их площади, глубине и степени выраженности пролежневого процесса.

У большинства пациентов площадь пролежней составляла 100–150 см², глубина – 5–10 мм; степень выраженности процесса – I–II.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я (основная; n=8) получала иммобилизованные формы лекарственных препаратов, 2-я (группа сравнения; n=7) – антисептики в обычных лекарственных формах.

В основной группе ежедневно производилась обработка пролежней 3% раствором перекиси водорода и наложением иммобилизованных салфеток «ВоскоПран» (диоксидин 5%), «ВоскоПран» (мазь левомеколь, содержащая хлорамфеникол и метилурацил), «ПараПран» (с химотрипсином). В группе сравнения после обработки пролежней 3% раствором перекиси водорода применялись 10% спиртовой раствор камфоры и 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого. Перевязки всем больным производились 1 раз в день ежедневно.

Изучение течения пролежневого процесса у больных выполняли планиметрическим методом. Показатели фиксировали на 1-й, 5-й, 10-й и 15-й день от начала применения лекарственных препаратов.

Таблица 2

Площадь пролежней, ПУП и СЗ в основной группе и группе сравнения

Размер пролежней, мм ²				5 дней		10 дней			15 дней		
1-й день	5-й день	10-й день	15-й день	ПУП	СЗ	ПУП	ПУП ₀	СЗ	ПУП	ПУП ₀	СЗ
Основная группа											
14400	12500	9810	7800	13,19	2,64	31,88	13,19	3,74	45,83	31,88	2,79
26100	21580	15600	12075	17,32	3,46	40,23	17,32	4,58	53,74	40,23	2,70
11250	8800	7650	6200	21,78	4,36	32,00	21,78	2,04	44,89	32,00	2,58
21700	16250	13455	9600	25,12	5,02	38,00	25,12	2,58	55,76	38,00	3,55
24215	17835	14950	12000	26,35	5,27	38,26	26,35	2,38	50,44	38,26	2,44
18165	15200	13050	9600	16,32	3,26	28,16	16,32	2,37	47,15	28,16	3,80
13730	11500	9500	7360	16,24	3,25	30,81	16,24	2,91	46,39	30,81	3,12
11680	9600	6500	4845	17,81	3,56	44,35	17,81	5,31	58,52	44,35	2,83
Группа сравнения											
12600	11360	10848	9135	9,84	1,97	13,90	9,84	0,81	27,50	13,90	2,72
12285	11000	10682	9550	10,46	2,09	13,05	10,46	0,52	22,26	13,05	1,84
14700	13000	11800	10950	11,56	2,31	19,73	11,56	1,63	25,51	19,73	1,16
15600	14250	13660	11975	8,65	1,73	12,44	8,65	0,76	23,24	12,44	2,16
11320	10350	9075	8355	8,57	1,71	19,83	8,57	2,25	26,19	19,83	1,27
15520	13500	12460	11475	13,02	2,60	19,72	13,02	1,34	26,06	19,72	1,27
7370	6900	6175	5674	6,38	1,28	16,21	6,38	1,97	23,01	16,21	1,36

Таблица 3

Динамика ПУП и СЗ пролежней в основной группе и группе сравнения

Группа	Показатель	Сроки наблюдения, дни		
		5-й	10-й	15-й
Основная	ПУП раны, %	19,3	35,5	50,3
	СЗ раны, %/сут	3,9	3,2	3,0
Сравнения	ПУП раны, %	9,8	16,4	24,8
	СЗ раны, %/сут	2,0	1,3	1,7

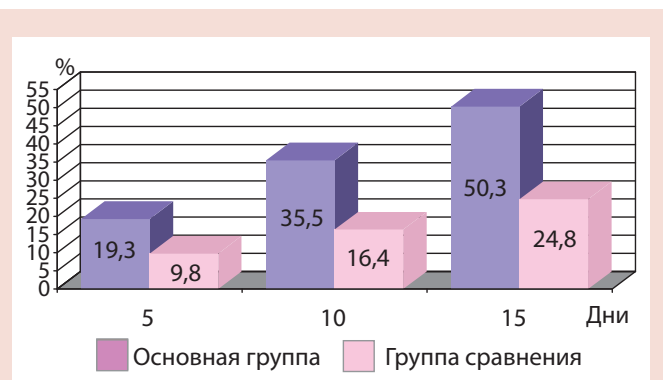


Рис. 1. Динамика ПУП в основной группе и группе сравнения

Процент уменьшения площади (ПУП) ран от исходного вычисляли по формуле:

$$ПУП = \frac{S_0 - S}{S} \cdot 100,$$

где S – средняя исходная площадь ран, мм²; S – средняя площадь ран на момент измерения, мм².

Скорость заживления (СЗ), т.е ПУП за 1 сут, вычисляли по формуле:

$$СЗ = \frac{ПУП_1 - ПУП_0}{T},$$

где $ПУП_1 - ПУП$ – ран от исходного на момент измерения; $ПУП_0 - ПУП$ – ран при предыдущем измерении; T – число дней между измерениями.

Исходное состояние пролежней у пациентов обеих групп было сопоставимым по площади (17 660–12 770 мм²). Полученные в ходе исследования данные оценки пролежневого процесса планиметрическим методом представлены в табл. 2.

Оценка эффективности применения лекарственных препаратов в обеих группах приведена в табл. 3.

Со временем во всех группах ПУП ран увеличился. Различия между основной группой и группой сравнения наблюдались в течение всего срока наблюдения. ПУП в основной группе к 5-му, 10-му и 15-му дню был в 2 раза больше, чем в группе сравнения (рис.1).

СЗ в основной группе была максимальной с 1 по 5-е сутки (3,9%), что превосходило значения

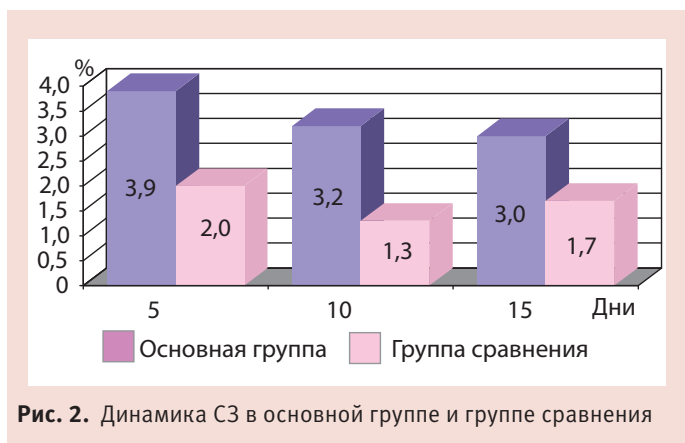


Рис. 2. Динамика СЗ в основной группе и группе сравнения

в группе сравнения (2%). Затем СЗ постепенно снижалась, что указывало на максимальную активность терапии с помощью иммобилизированных форм лекарственных препаратов в I фазе воспалительного процесса. СЗ в основной группе оставалась более выраженной, чем в группе сравнения, и на 10-й и 15-й день (рис. 2).

Таким образом, более эффективными средствами лечения пролежней оказались иммобилизированные формы лекарственных препаратов, поскольку они обеспечивают более выраженный дегидратационный, противомикробный эффект, положительно влияют на процессы заживления в течение суток и обеспечивают более быстрое очищение пролежня.

Литература

1. Бабушкина И.В. Наночастицы металлов в лечении экспериментальных гнойных ран. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; 7 (2): 530–2.
2. Климиашвили А.Д. Профилактика и лечение пролежней. Русский медицинский журнал. 2014; 12: 40–5.
3. Суковатых Ю.Б., Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Григорян А.Ю., Жилиева Л.В., Кобзарева Е.В. Лечение гнойных ран иммобилизованными формами антисептиков. Врач. 2016; 3: 16–20.
4. Чадаев А.П., Ковалев А. И. Пропедевтика хирургической патологии. М.: Медицинская книга, 2006; 640.
5. Чекмарева И.А., Блатун Л.А., Терехов Л.П. Морфофункциональные аспекты регенерации ран при лечении йодсодержащими мазями. Хирургия. 2014; 1: 54–8.
6. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. Уч. пос. 2-е изд. М., 2007; 400.

USE OF IMMOBILIZED DOSAGE FORMS TO TREAT BEDSORES

T.V. Potupchik, Cand. Med. Sci.¹; Ya.V. Korman¹; I.A. Meshchaninov²; S.I. Lomchitskaya¹

¹Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University,

1, Partisan Zheleznyak St., Krasnoyarsk 660022, Russia;

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital Two,

2, 40 Years of Victory St., Krasnoyarsk 660119, Russia

The paper presents a study showing the efficiency of using the immobilized dosage forms VoskoPran and ParaPran versus antiseptics in conventional dosage forms for the treatment of bedsores.

Key words: bedsores, hospice patients, immobilized dosage forms.

For reference: Potupchik T.V., Korman Ya.V., Meshchaninov I.A., Lomchitskaya S.I. Use of immobilized dosage forms to treat bedsores. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (8): 29–32.

<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-03-08>

ИНФОРМАЦИЯ

НОВЫЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ
СРЕДСТВА РОССИИ
Всё заживёт.

Сетчатые раневые повязки

Для лечения острых и хронических ран любой этиологии: травматических ран, ожогов, отморожений, трофических и диабетических язв, пролежней.

ВОСКОПРАН

Мазевые сетчатые повязки с натуральным пчелиным воском и лечебными мазями

- ✓ Противовоспалительная повязка **ВОСКОПРАН с мазью Левомеколь**
- ✓ Антимикробная повязка **ВОСКОПРАН с мазью Диоксидин (5%)**
- ✓ Бактерицидная повязка **ВОСКОПРАН с мазью Повидон-Йод**
- ✓ Заживляющая повязка **ВОСКОПРАН с Метилурациловой мазью (10%)**



ПАРАПРАН

Атравматические сетчатые повязки, пропитанные парафиновой композицией с лечебными веществами

- ✓ Повязка **ПАРАПРАН с хлоргексидином** – предотвращение вторичного инфицирования
- ✓ Повязка **ПАРАПРАН с лидокаином** – местное обезболивание
- ✓ Повязка **ПАРАПРАН с химотрипсином** – очищение ран от некротических тканей

ООО БИОТЕКФАРМ

Россия, 123458, Москва, ул. Твардовского, 8

+7 (495) 780-92-36

info@voscopran.ru www.voscopran.ru

интернет-магазин: www.stoprana.ru