

Шкода М.В.1, Чур Н.Н.2, Кондратенко Г.Г.2

ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹- УЗ 10 ГКБ, ² - УО „Белорусский государственный медицинский университет”, Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема лечения длительно незаживающих язвенных дефектов при СДС постоянно привлекала к себе внимание врачей-хирургов. Как правило, в ранах и язвах одновременно присутствуют все фазы раневого процесса: на дне располагаются пленки с фибрином и грануляциями с небольшими участками некроза и гноя. Грануляционная ткань имеет патологический вид – вялые и бледные, с уплотненными краями вокруг. В большинстве случаев имеется краевая эпителизация. Понимание этих особенностей создает фундаментальные предпосылки для разработки перспективных методов лечения.

В последние годы был предложен новый подход к лечению длительно незаживающих трофических язв (ТЯ), основанный на использовании эпидермального фактора роста – препарата „Эберпрот-П”, в дополнение к стандартным методам лечения СДС.

Цель. Определить эффективность лечения раневых поверхностей и трофических язв при СДС лекарственным средством „Эберпрот-П”.

Материалы и методы. Начиная с 2014 г. в центре „Диабетическая стопа” на базе гнойно-септического отделения 10-й ГКБ г. Минска проводились испытания лекарственного средства „Эберпрот-П, производства Республика Куба. По завершению клинического испытания средство было включено в протокол лечения.

В исследовании участвовало 60 добровольцев, рандомизированных на 2 равные по количеству и составу группы. В 1-й группе пациенты получали стандартное лечение, а во 2-ой к стандартному лечению добавлялись местные инъекции препарата 3 раза в неделю. Группы были сравнимы по исходному размеру и глубине язвенного дефекта 2-3 стадии классификации Wagner (р составило 0,222 и 0,884, соответственно). В исследовании учитывались следующие критерии: образование грануляций, покрывающих $\geq 75\%$ язвенного дефекта к концу курса терапии; полное очищение и полная эпителизация всей поверхности язвенного дефекта; полное очищение и полное заполнение язвенного дефекта грануляционной тканью с сохранением неэпителизированной части площадью менее 1 см^2 ; наличие грануляций, покрывающих $\geq 50\%$ язвенного дефекта ко 2-й неделе терапии, возникновение необходимости высокой ампутации конечности в ходе испытания; характер, частота и выраженность нежелательных явлений при

применении лекарственного средства „Эберпрот-П”; возникновение рецидивов и новых язвенных дефектов.

Результаты и обсуждение. Из всего количества, начавших лечение, 20 пациентов полностью завершили испытание (получали лечение в течение 12 недель), а 40 выбыли из исследования до наступления последнего визита в течение 8 недель. При этом 18 пациентов или 60% основной группы, не нуждались в продолжении терапии, так как для полного заживления ТЯ не требовалось лечения в течение 8 недель. Анализ частоты образования грануляций, покрывающих $\geq 75\%$ язвенного дефекта к концу терапии у пациентов обеих групп с помощью точного двухстороннего критерия Фишера) показал отсутствие различий между основной и контрольной группами по данному показателю ($p = 0,7306$). Количество случаев полной эпителизации язвы к концу терапии (8-я неделя либо ранее) в основной группе было больше, чем в группе стандартной терапии. Различие имело статистическую значимость ($p = 0,00001$).

Различие между группами по показателю полная грануляция с сохранением неэпителизированной части язвенного дефекта размером менее 1 см^2 к 8 неделе не имело статистической разницы. Это объяснялось фактом, что большая часть пациентов основной группы (18) и ряд пациентов контрольной группы (3) окончили лечение ранее 8 недель.

Лекарственное средство в сочетании со стандартной терапией СДС значительно лучше способствовало эпителизации язвенного дефекта стопы. Полная эпителизация язвы к концу терапии (8 неделя) в основной группе была получена у 19 (63,3%) пациентов в сравнении с 2-мя (6,7%) пациентами контрольной группы. Данный результат является статистически значимым ($p=0,00001$).

Выводы. Эффективность препарата „Эберпрот-П” обусловлена: 1) прогрессивной и непрерывной стимуляцией развития грануляций и заживления ТЯ; 2) снижением количества процедур санации раны и хирургических вмешательств; 3) уменьшением времени заживления и, следовательно, сокращения количества сопутствующих осложнений (гангрена, инфекция или суперинфекция), развивающихся при углублении раны и требующие некрэктомии все увеличивающегося количества тканей, или даже ампутации конечности в целом; 4) снижением расходов на госпитализацию; и наконец, 5) улучшением качества жизни и функционального восстановления пациентов.