

ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ

¹*Безводицкая А.А.,¹Климук С.А.,²Ханцевич А.М.*
¹*«Белорусский государственный медицинский университет»,*
г. Минск, Республика Беларусь
²*5-я Городская клиническая больница*
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Заживление ран до сих пор является актуальной проблемой современной медицины. Эпителизация представляет собой сложный многоэтапный процесс, заканчивающийся полным восстановлением ткани или формированием рубца. В нем принимают участие клетки и межклеточный матрикс травмированной ткани, а также элементы крови, взаимодействие между которыми опосредуется многочисленными цитокинами. Важнейшим участником этого процесса практически на всех его этапах является гиалуроновая кислота (ГК) [3].

При введении ГК активируются процессы свободнорадикального окисления липидов и белков кожи, оказывая при этом антиоксидантный эффект. Высокомолекулярная нативная гиалуроновая кислота стимулирует процессы пролиферации фибробластов и активацию их биосинтетических функций, активирует макрофаги с экспрессией цитокинов и факторов роста [3, 4]. После внутрикожного введения низкомолекулярная ГК выводится в течение 24 часов после инъекции, но ее остаточный эффект сохраняется длительное время [3, 4].

Традиционно в хирургическом лечении обширных кожных дефектов применяется свободная кожная пластика (аутодермопластика) расщепленным лоскутом – способы Яценко - Ревердена, Тирша, Яновича - Чайнского и др. Простота исполнения снискали широкое распространение этого хирургического метода среди хирургов. Однако, несмотря на техническую простоту метода аутодермопластики раневых дефектов расщепленным кожным лоскутом, результаты его применения при гнойно-некротических процессах далеки от удовлетворительных [1,2].

Цель. Целью настоящего исследования является оценка эффективности аутодермопластики (АДП) раневых дефектов больших размеров у пациентов при применении гиалуроновой кислоты (ГК).

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 81 пациента, находившихся на лечении в 2019 году во 2 хирургическом отделении 5ГКБ г. Минска по поводу обширных раневых дефектов нижних конечностей. Причинами возникновения ран преимущественно являлись травма или вследствие деструктивных форм рожистого воспаления. Среди пациентов было 43 (53%) мужчины и 38 (47%) женщин. По возрастным категориям больные распределились следующим образом: до 40 лет – 9 (11,1%), 41- 50 лет – 24

(29,6%), 51- 60 лет – 19 пациентов (23,5%), 61-70 лет – 18 (22,2%), старше 70 лет – 11 (13,6%).

Все пациенты при поступлении в стационар были оперированы. Оперативное пособие заключалось во вскрытии и дренировании гнойников, некрэктомиях, в ряде случаев этапных, в результате чего после очищения раневых поверхностей на нижних конечностях образовались кожные дефекты от 5 см в диаметре до 15 см. Консервативная терапия была представлена анальгетиками, мочегонными, антибактериальными препаратами (карбопены, цефалоспорины, ванкомицин, нитрофураны, метронидазол), детоксикационной терапией (физиологический раствор, электролитные коктейли, реополиглюкин, раствор глюкозы, белковые препараты и др), симптоматической терапией (сердечные препараты, гипотензивные, инсулин, гептрал и др).

Результаты. Завершающим этапом в лечении пациентов с чистыми раневыми дефектами кожи на нижних конечностях было выполнение АДП расщепленным кожным лоскутом. Было сформировано 2 группы пациентов, независимо от их возраста, сопутствующей патологии, массы тела и т.д. В 1-ой группе (39 пациентов) АДП выполнялась в условиях операционной под внутривенным обезболиванием с помощью дерматома с электроприводом и вращающим дисковым ножом. Во 2-ой группе (42 пациента) перед аналогичным оперативным пособием раневой дефект был дважды обколот по краю кожного покрова 2% раствором ГК в количестве 1 мл с интервалом в двое суток по наппажной методике (множественные микроинъекции в пределах дермы).

На 7-8 сутки после операции в первой группе приживление кожного лоскута составило 40-50%. Во второй группе через этот же промежуток времени приживление кожного лоскута составило 60-70%. Все пациенты на 10-12 сутки были выписаны.

После выписки через месяц было проведено анкетирование по 19 (примерно 50%) пациентов из каждой группы с целью изучения состояния раневого дефекта и длительности амбулаторного лечения. Анкета содержала следующие вопросы:

1. Полностью ли зажили послеоперационные дефекты?
2. Если нет, то каких размеров рана сейчас?

В первой группе только у 6 (15,4%) пациентов кожные трансплантаты полностью прижились и раны эпителизировались. У оставшихся 33 человек (84,6%) сохранялись чистые раны от 2 до 5 см в наибольшем измерении. Во второй же группе полное приживление кожного лоскута с последующей эпителизацией наступило у 17 человек (40,5%), у 25 (59,5%) – раневые дефекты сохранялись, их наибольший размер составил 2-3 см.

Выводы. Местное использование препаратов ГК в сочетании с АДП расщепленным кожным лоскутом является перспективным методом лечения

кожных дефектов, образовавшихся в результате гнойно-некротических форм рожистого воспаления.

Литература:

1. Абрамов Н.А., Жидков С.А., Кузьмин Ю.В. кожная пластика в гнойной хирургии // Медицинские новости. – 2000. №6. – с.53-56.
2. Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, и соавт. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017, 20, june. 6:CD009758. [Medline].
3. Snetkov P, Zakharova K, Morozkina S et al. Hyaluronic Acid: The Influence of Molecular Weight on Structural, Physical, Physico-Chemical, and Degradable Properties of Biopolymer Polymers (Basel). 2020 Aug; 12(8): 1800. Published online 2020 Aug 11. doi: 10.3390/polym12081800 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7464276/]
4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, и соавт. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014 Jul 15. 59(2):e10-52. [Medline].