Современный мультидисциплинарный подход к ведению трофических язв

Ступин В.А., Силина Е.В., Габитов Р.Б., Комаров А.Н.

Ханты-Мансийск, 13 апреля 2019 г.

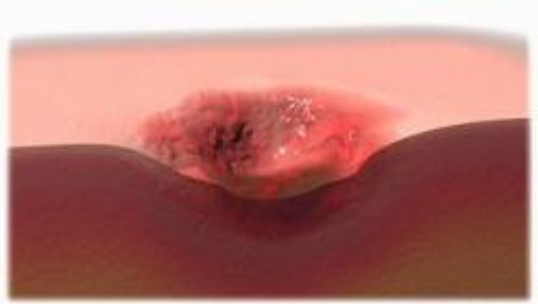
«Трофические язвы» – одно из актуальных направлений современной хирургии и реабилитологии

Причины:

- неоднозначность патогенеза трофических язв
- склонность к рецидивированию и увеличению площади
- устойчивость к консервативному лечению
- большие экономические затраты на лечение
- ухудшение качества лечения, реабилитации и качества жизни пациентов

Трофические дефекты мягких тканей

- Синдром диабетической стопы
- Пролежни (декубитальные трофические язвы)
- Трофические язвы венозной этиологии и иного происхождения



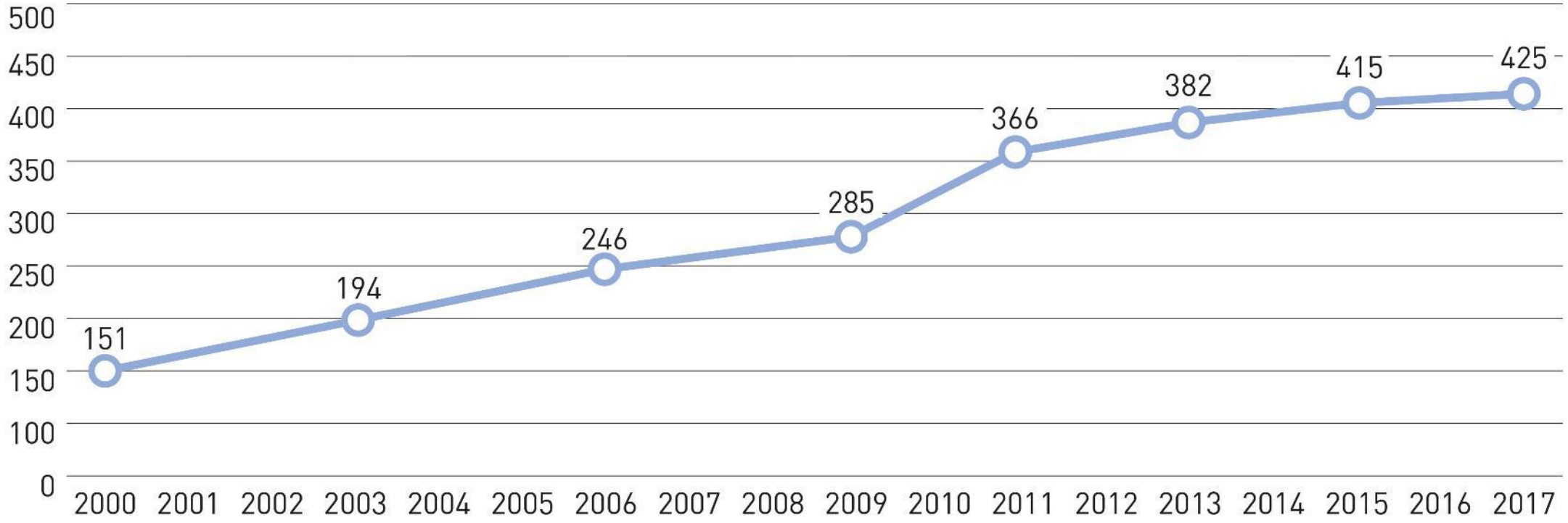
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ПАНДЕМИЯ XXI ВЕКА

В мире число больных сахарным диабетом составляет:

382 млн. человек (IDF Atlas 6th Edition, 2014)

415 млн. человек (IDF Atlas 7th Edition, 2015)

425 млн. человек (IDF Atlas 8th Edition, 2017)



Синдром диабетической стопы

- По статистике СДС развивается в 15-25% сахарного диабета
- 85% трофических язв заканчиваются ампутацией
- В России ежегодно производится около 50 000 ампутаций в год у больных СД
- Смертность после ампутаций при СД стоит на втором месте

Трофические язвы

Декубитальные трофические язвы (пролежни)

- В структуре общего травматизма число спинальных травм достигает в среднем **4,35%**
- У взрослых пациентов с патологией спинного и головного мозга частота развития пролежней, требующих хирургического вмешательства составляет >**72%**
- ~ **400 000** пациентов в год

Общий травматизм в РФ, 2014:
12 500 000 чел.

Применяемые методы местного лечения и реабилитации при хронических раневых дефектах

- **Гидрохирургическая обработка с ультразвуковой кавитацией**
- **Этапные некрэктомии**
- **Антисептики** (пронтосан, лавасепт, хлоргексидин, мирамистин)
- **Мазевые повязки** (браунодин, офломелид, аргосульфан)
- **Интерактивные повязки** (гидроколлоидные, губчатые и др.)
- **Современные растительные регенерирующие кремы (СКИНО)**
- **Биопластический материал на основе коллагена I типа (КОЛЛОСТ)**
- **Вакуум терапия**
- **Тромбоцитарная аутоплазма**
- **Аутодермопластика**
- **Разгрузка стопы Total Contact Cast**
- **Ортезирование и подбор индивидуальной обуви**

Принципы ведения при трофических язвенных дефектах

- **Нормализация общего состояния и компенсирование основного заболевания**
- **Нутритивная поддержка**

- **Местная коррекция**

1. Хирургическая обработка раны
2. Закрытие раневого дефекта
3. Создание оптимальных условий для заживления раны

Современные методы коррекции трофических поражений применяемые в зависимости от глубины дефекта

I степень – эритема, которая не распространяется на неповрежденные участки кожи, а также повреждения, предшествующие язвообразованию

II степень – частичное уменьшение толщины кожных покровов, вследствие повреждения кожи или эпидермиса, наличие поверхностной язвы в виде ссадины, неглубокого кратера или пузыря

III степень – полная потеря толщины кожного покрова развившаяся вследствие повреждения или некроза тканей (не глубже фасции)

IV степень – полная потеря толщины кожного покрова с некрозом или разрушением тканей мышц, костей и др. опорных структур, таких как связки, сухожилия, капсулы суставов и т.д.), с возможным наличием свищей и полостей в тканях

Применение натуральных растительных регенерирующих кремов (Скино)

Имплантация биоматериала КОЛЛОСТ

Подготовка раны с биоматериалом КОЛЛОСТ с последующей аутодермопластикой

по классификации Agency for Health Care Policy and Research

Современная технология коррекции трофических язвенных дефектов (I-II степени)

1 сутки - обработка (водный раствор хлоргексидина или мирамистина. Обработка ватно-марлевым тампоном смоченным антисептиком).

Нанесение растительного регенерирующего крема **СКИНО** равномерным слоем

Наложение повязки (губчатые/ гидроколлоидные/ гидрофильм). Смена повязки: 1 раз в 3 дня с повторным нанесением крема

Современная технология коррекции трофических язвенных дефектов (II-III степени)

Хирургическая обработка раны (удаление нежизнеспособных тканей, санация раны). Вариант выбора: ультразвуковая кавитация с гидрохирургической обработкой

Наложение повязки
(в зависимости от степени экссудации: при обильной экссудации – губчатые, при умеренной и слабой экссудации – гидроколлоидные повязки)

через 3-5 дней

Имплантация биоматериала **КОЛЛОСТ**

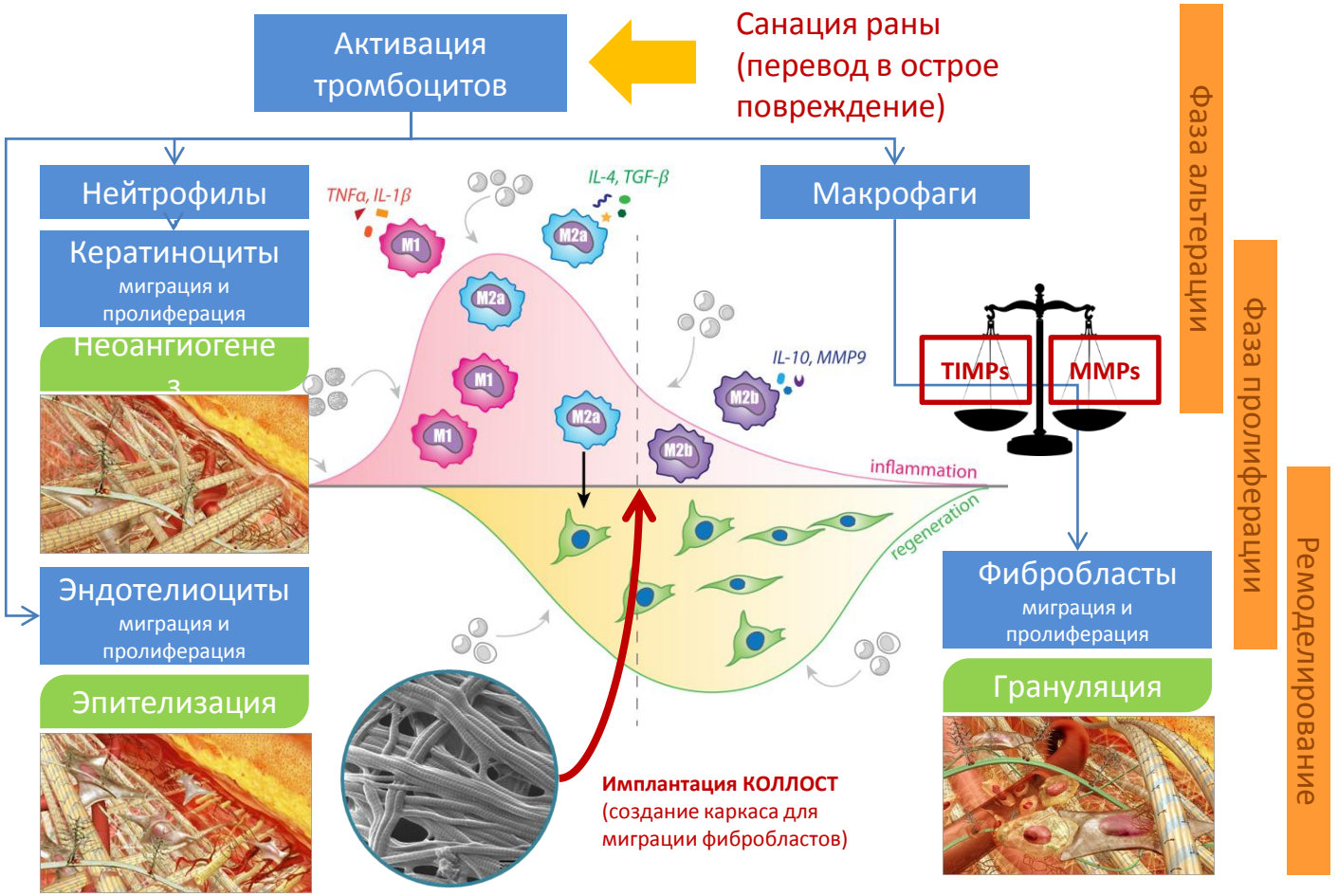
Наложение повязки
(губчатые/гидроколлоидные).
Перевязки: 1 р. в 3-5 дней

Разгрузка стопы (при СДС) , основополагающие принципы общего ухода (при пролежнях)

Губчатая повязка

Гидроколлоидная повязка

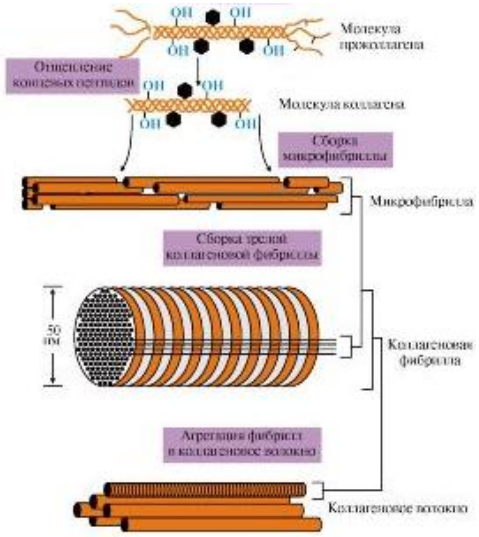
Раневой процесс и Коллост

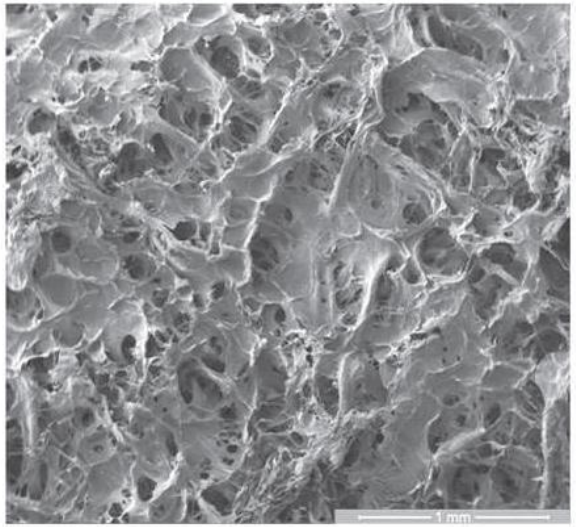


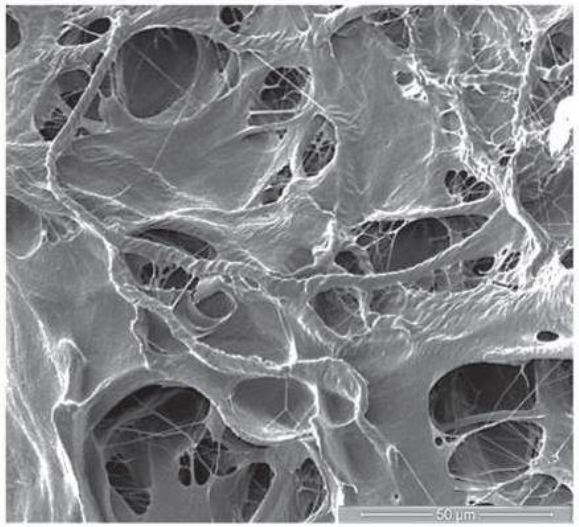
✓ **2 фаза раневого процесса**

Коллаген I типа КОЛЛОСТ

- Децеллюляризированный матрикс дермы на основе нативного бычьего коллагена I типа
- Идентичен по структуре коллагену человека
- Фундаментальная технология сохранения нативной структуры



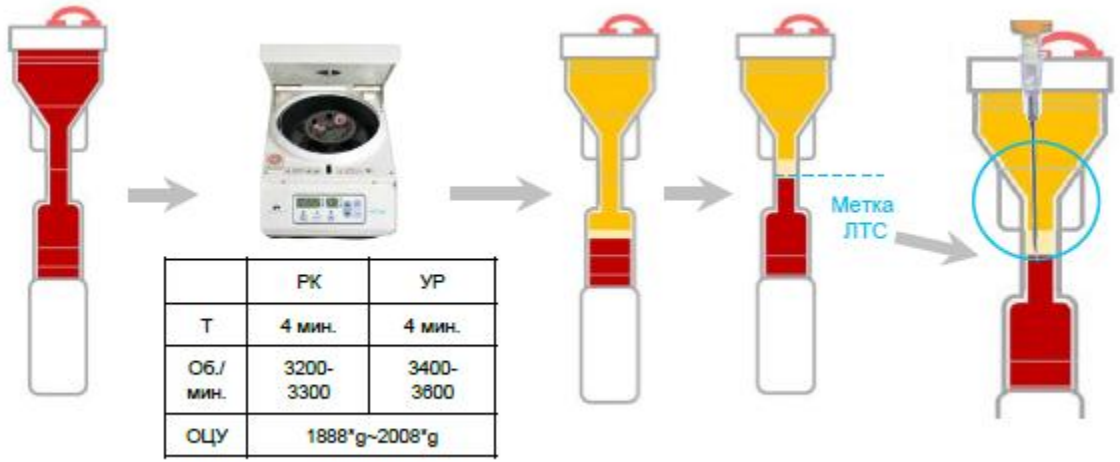




Верхняя поверхность ВКМ. Сканирующая электронная микроскопия

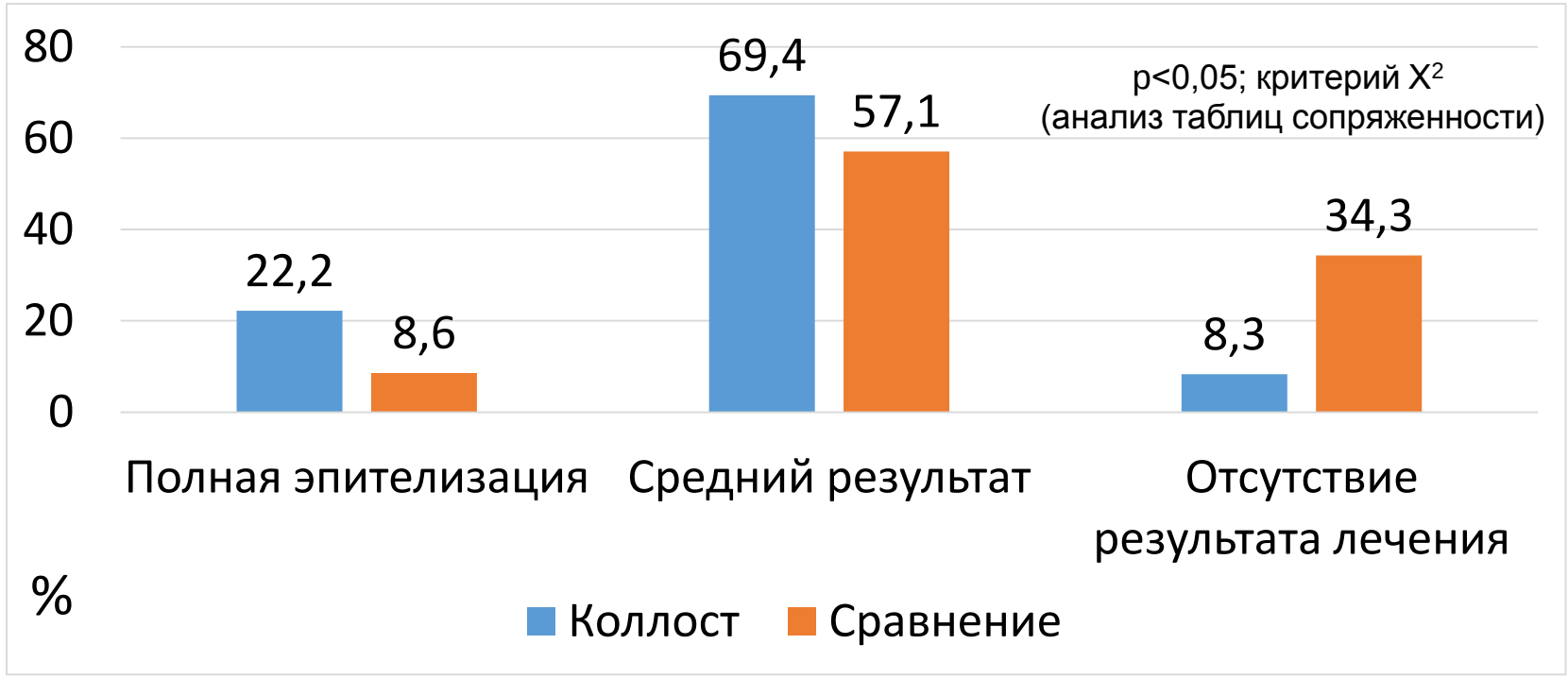
Методы местного лечения хронических раневых дефектов в комплексе с коллагеновым биоматериалом Коллост

- **Гидрохирургическая обработка с ультразвуковой кавитацией**
- Этапные некрэктомии
- **Антисептики**
- Интерактивные повязки
- **Тромбоцитарная аутоплазма (PRP)**



	РК	УР
Т	4 мин.	4 мин.
Об./мин.	3200-3300	3400-3600
ОЦУ	1888*g~2008*g	

Синдром диабетической стопы: многоцентровое сравнительное исследование на базе 6 клинических центров (Москва, МО, СПб, Казань)



Язвенные дефекты при СДС: глубина поражения Wagner II-III.

Основная группа (стандартное лечение + Коллост: гель7%, мембраны 60х50х1,5мм) – 36 пациентов;

группа сравнения (стандартное лечение: хирургическая обработка, гидроколлоидные повязки, ортопедическая разгрузка стопы, консервативная общая и диабетическая фармакотерапия) – 35 пациентов.

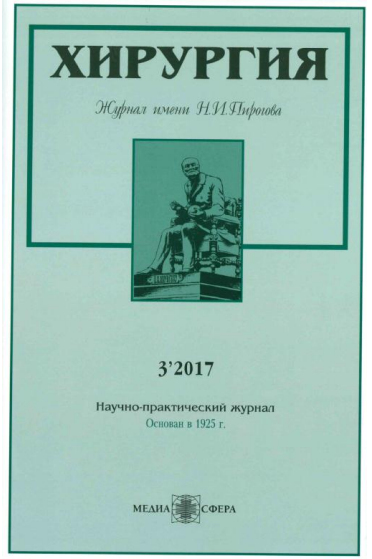
Период наблюдения – 1 месяц.

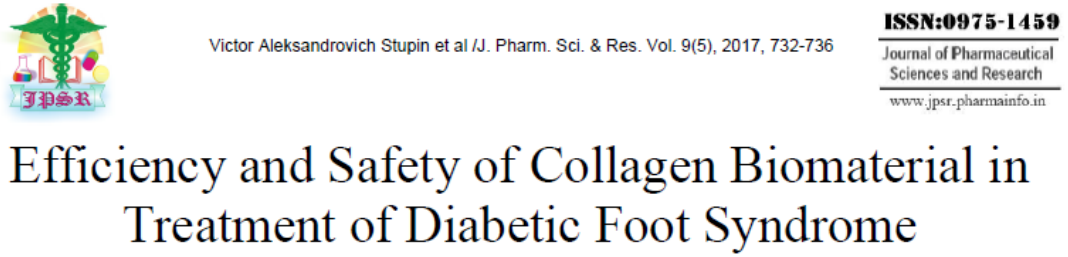
Вывод: использование биоматериала Коллост является эффективным и безопасным для лечения синдрома диабетической стопы. Добавление к стандартным методам лечения пациентов с СДС биоматериала Коллост **ускоряет заживление раневых поверхностей в 1,7 раза.**

Публикации: многоцентровое сравнительное исследование по СДС на базе 5 клинических центров (Москва, МО, СПб, Казань)

По результатам исследования опубликованы статьи **(журналы ВАК, Scopus, 2017):**

1. Ступин В. А., Силина Е. В., Горюнов С. В., Горский В. А., Корейба К.А., Комаров А.Н. и соавт. Оценка динамики площади раны и частоты случаев полной эпителизации при лечении синдрома диабетической стопы (результаты многоцентрового исследования). Хирургия. Журнал им. Пирогова 3, 2017. С. 55-60.
2. Ступин В. А., Горюнов С. В., Жидких С. Ю., Корейба К.А., Горский В. А., Сивков А. С. и соавт. Биопластический коллагеновый материал коллост в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы (результаты многоцентрового исследования). Хирургическая практика, № 1, 2017. С. 5-11.
3. Stupin V.A., Silina E.V., Zhidkih S.Y., Gabitov R.B., Bogdanov E.A. et al. Efficiency and Safety of Collagen Biomaterial in Treatment of Diabetic Foot Syndrome. Journal of Pharmaceutical Sciences & Research. Vol. 9(5), 2017, 732-736





Исследование по ведению пролежней в условиях нейрореабилитации

- Декубитальные трофические язвы (пролежни) II-III ст.
- Основная группа (стандартное лечение + Коллост: гель7%, мембраны 60х50х1,5мм, повязки) – 37 пациентов, группа сравнения (стандартное лечение, повязки) – 63 пациента.
- Период наблюдения: 28 дней.
- Выводы: более эффективное и быстрое заживление раны в группе Коллост, что выражается в опережающем контрольную группу ($p<0,05$):
- **сокращении сроков эпителизации (на 30%),**
- **уменьшении площади тканевого дефекта (в 1,5 раза).**

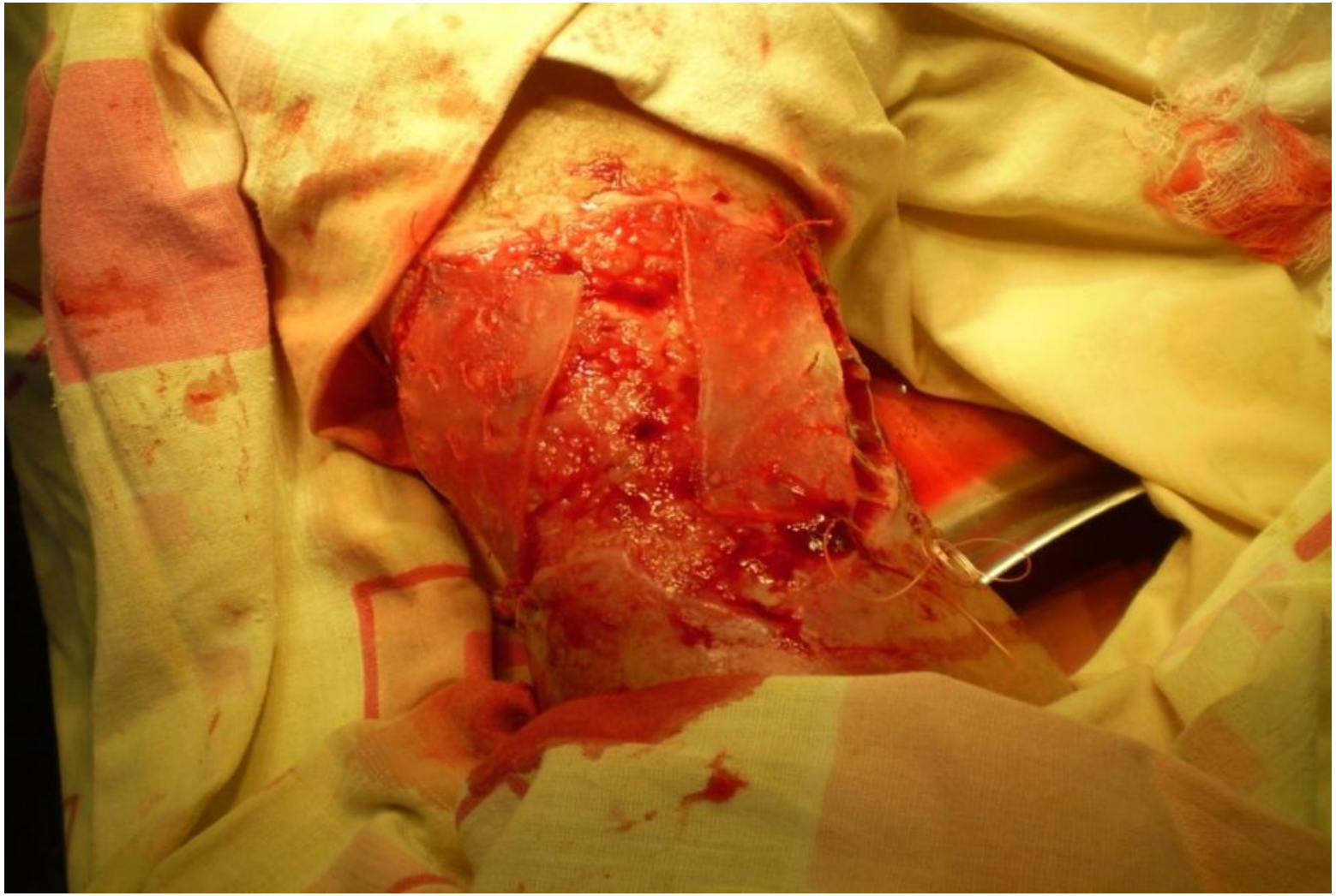
Комаров А.Н., Кезина Л.П., Силина Е.В., Габитов Р.Б., Орлова А.С., Корейба К.А. Клиническая эффективность биопластического материала на основе нативного коллагена I типа в лечении пролежней у пациентов в нейрореабилитации: рандомизированное сравнительное исследование. Вестник восстановительной медицины №2, 2017. С.74-83.

Вид трофической язвы правой голени с элементами кожных трансплантатов. ХВН. СД 2 типа

Вид раны после хирургической обработки

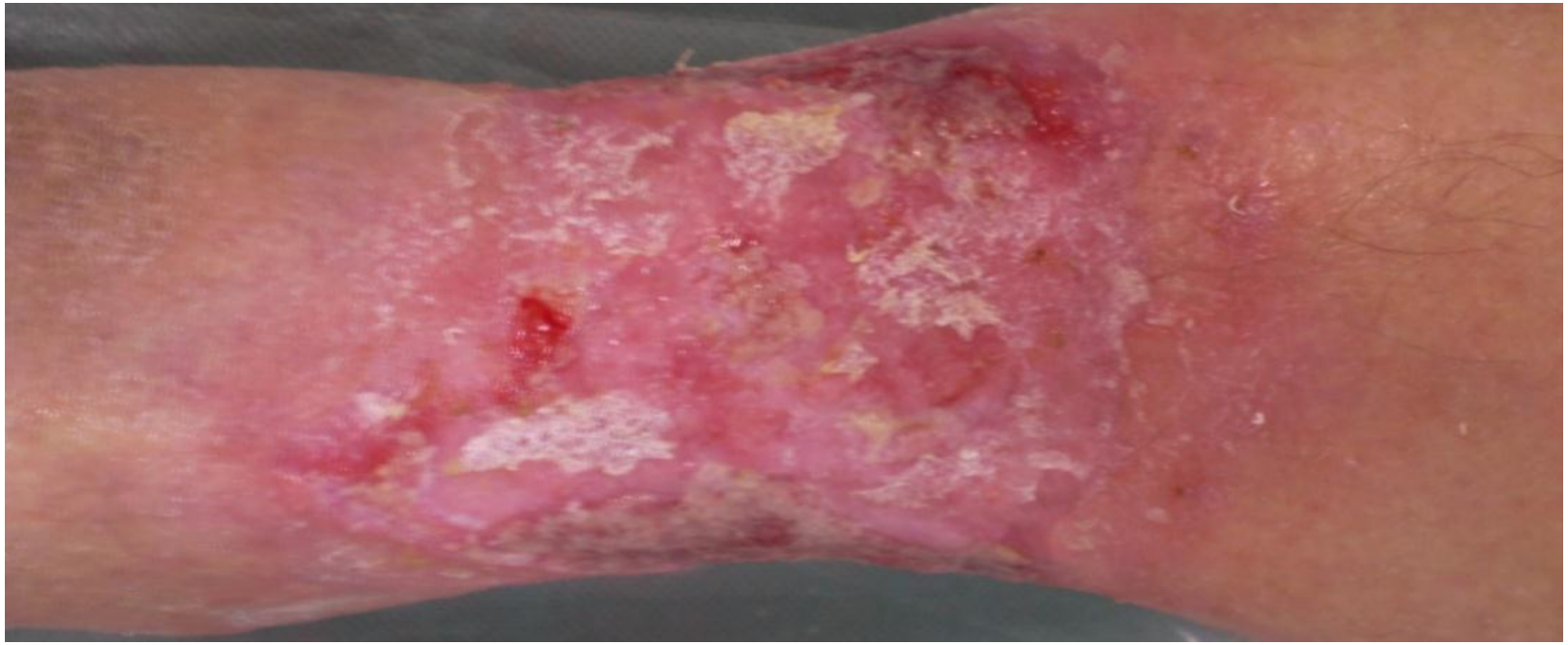
Введение геля КОЛЛОСТ

Имплантация мембран КОЛЛОСТ



Вид области дефекта на 28 день

Область раневого дефекта на 42 день



КОЛЛОСТ: данные ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

28 дней

Внешний вид стопы после проведенной хирургической обработки. S раны - 10,6 см^2, глубина – 0,3 см.

Внешний вид стопы на момент окончания лечения. S раны – 1,4 см^2, глубина – 0,1 см.

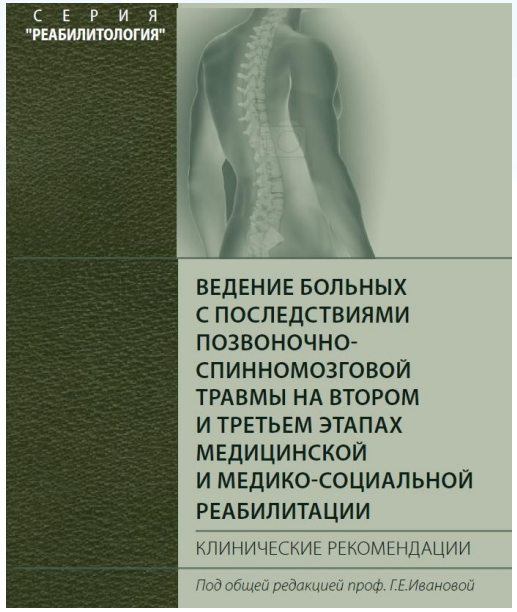
Национальные клинические рекомендации

Новая технология ведения пролежней включена в **Национальные клинические рекомендации «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации».**

Профильные ассоциации:

- **Союз реабилитологов России**
- **Ассоциация нейрохирургов России**
- **Всероссийское общество неврологов**
- **Ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов**
- **Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям**
- **Российское общество урологов**

Председатель – проф. Иванова Г.Е.



Новая технология ведения трофических язв

- ✓ Позволяет сократить период заживления раневого дефекта до 2 раз
- ✓ Возможность перехода к ранним реабилитационным мероприятиям, а также проведение реабилитации по основному заболеванию в процессе коррекция трофических дефектов мягких тканей
- ✓ Возможность применения на стационарном, амбулаторном этапе, на дому
- ✓ Экономически обоснованный подход

Технология лечения трофических нарушений кожных покровов