

МЕТОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ТРУДНОЗАРАСТВАЩИ РАНИ И УЛКУСИ

Д. Етугов¹, Е. Георгиева²

¹Медицински университет – София

²Медицински колеж „Йорданка Филаретова” – София

METHODS FOR THE TREATMENT OF HARD-HEALING WOUNDS AND ULCERA

D. Etugov¹, E. Georgieva²

¹Medical University – Sofia

²Medical College “Yordanka Filaretova” – Sofia



Д. Етугов

Резюме. Модерното здравеопазване изисква иновативно поведение при лечението на труднозарастващи рани и улкуси от страна на специалистите по здравни грижи и лекарите-терапевти. Процесът е комплексен и продължителен. Участието на специалистите по здравни грижи в него изисква придобиване на специфични качества и умения като отговорност, всеотдайност и висок професионализъм. Ролята на специалистите по здравни грижи в терапевтичен и оздравителен план е водеща по отношение лечението на труднозарастващите рани. **Целта** на настоящото изложение е да опресни знанията на специалистите по здравни грижи като систематизира основните понятия и представи съвременни методи при лечението на труднозарастващи рани, както и да послужи като начало към раневия мениджмънт.

Ключови думи: професионалисти по здравни грижи, терапевти, труднозарастващи рани, методи

Abstract. Modern healthcare requires healthcare professionals' innovative behavior in the treatment of hard-healing wounds. The process is complex and continuous. The involvement of healthcare professionals in it requires the acquisition of specific qualities and skills, such as responsibility, dedication and high professionalism. **The aim** of this article was to refresh the healthcare professionals' knowledge by systematizing the basic concepts and presenting modern methods in the treatment of hard-healing wounds, as well as to serve as a starting point for wound management.

Key words: healthcare professionals, therapists, hard-healing wounds, methods

Въведение

Процесът на лечение на труднозарастващи рани и улкуси е комплексен и продължителен. Участието на специалистите по здравни грижи в него изисква специфични качества и умения

като отговорност, всеотдайност и висок професионализъм. Специалистите по здравни грижи се явяват активна страна в този лечебен процес. Мениджмънтът на целия терапевтичен и оздравителен план по лечението на труднозарастващите рани и улкуси е тяхна основна задача.

Цел

Целта на настоящото изложение е да опресни знанията на специалистите по здравни грижи като систематизира основните понятия и представи съвременни методи при лечението на труднозаставащи рани и да послужи като начало към раневия мениджмънт.

В човешката история и съпътстващите я легенди и митове се съдържа информация за голям брой исторически личности, популярни лица, страдащи от труднолечими и незаставащи рани. Това дава основание да се смята, че необходимостта от лечение на рани и улкуси е умение, датиращо от дълбока древност. През последните десетилетия, в условията на бурно развиващите се модерни технологии, медицинските иновации, касаещи раните, улкусите и тяхното лечение са обект на продължаващо изучаване и проучване.

В повечето случаи появата на рана или улкус по тялото не предизвиква особена тревога у пациента и той не смята посещението при медицински специалист за задължително. По-често българските пациенти започват самолечение. В резултат на това заздравяването на раната се протрахира, поради неправилен подход в грижата и „лечението“ ѝ. Тогава намесата на компетентни специалисти (лекари и обучени професионалисти по здравни грижи) е наложителна, а времето за долекуване отнема още повече време. Това са най-честите случаи с изкуствено създадени с труднозаставащи рани или улкуси. В практиката познаваме и класически, възникнали поради общи и локални заболявания на тъканите, труднозаставащи рани или улкуси.

За труднозаставаща се приема всяка рана или улкус, която в рамките на четири до шест седмици не променя своята цялост и не може да заздравее.

Обикновено те възникват в резултат на обездвижване, след травми или хирургични интервенции, понякога в резултат на безобидни контузии, ухапвания от животни или насекоми. Най-често при този тип хронични и труднозаставащи рани/улкуси води до дълготрайно високо хидростатично налягане, създадено от изпъкнали костни участъци и неравномерно разпределяне на телесната маса в няколко телесни точки. Това налягане нарушава нормалния тъканен метаболизъм на натоварената тъкан и нейното хранене. Труднозаставащите рани се наблюдават при пациенти с придружаващи заболявания на артериалната

система или на заболявания на венозната система, както и при пациенти с дългогодишен диабет. Дори и при видимо добро общо здравословно състояние, риск от възникване на труднозаставаща рана/язва е налице, особено при насложена бактериална инфекция, която е вследствие от условията на възникване на кожния дефект или от неправилно първоначално лечение на раната.

Почти до 90% от труднозаставащите рани, при ХВН 5-6 степен, т.н. варикозни язви, обикновено се проявяват при пациенти от 50-та до 80-та възрастова декада, в резултат на неправилен двигателен режим, неправилна компресивна терапия, „висящи крака“, залежаване, имобилизации, фенотипна предиспозиция – подбедрица тип „бутилка от шампанско“ и др. Невъзможността за движение след травми обикновено, може да доведе до труднозаставащи рани/улкуси и при млади хора. Те са следствие от хронична венозна или лимфна стаза.

Варикозните язви са класически пример за тъканна некроза, при пациенти със застой във венозната система. Това нарушава притока на свежа артериална кръв, липса на добра оксигенация и трофика, както и недостиг на клетъчен и хуморален имунитет, в хиперфузираните участъци.

При пациенти, страдащи от ХАНК (хронична артериална недостатъчност на крайниците) дори и дребната травма от неудобна обувка, одраскване, порязване, ухапване могат да предизвикат поява на труднозаставащи рани по крайниците. Те изискват комплексен подход: системно лечение с вазодилататори, антиагреганти и простагландини, както и адекватна локална терапия.

В диференциално-диагностично отношение различаването на венозен от артериален улкус, в условията на амбулаторен преглед и невъзможност за образно изследване, може да се направи грубо по анамнестичните и клинични белези. Артериалните улкуси са силно болезнени. Когато крайникът се повдигне, болката се засилва. Тези пациенти в по-напредналите стадии живеят с „висящи крака“, което довежда до усложнения, като тежък лимфен застой и труднозаставащия улкус придобива характеристика на смесен. При артериалните улкуси локализацията на язвите е по акрите (крайните участъци на пръстите), крайникът е студен и липсва тенденция за спонтанно оздравяване. Бързо прогресират и дълбаят до фасции и сухожилия. Силно болезнени са и си налага обезболяване с морфиноподобни средства.

Венозните улкуси са с по-добра прогноза. Те възникват след четвърта степен на ХВН, най-чест-

то след прекаран тромбофлебит, т.н. SPT – синдром на посттромбофлебитикум. Запушеният от тромб съд реканализира и венозния ток се възстановява, но с недостатъчен дебит. Локализацията на венозните язви е в долната трета на подбедрицата, по предно-вътрешната повърхност, най-често парамалеоларно. Кожата има характерните клинични белези: *dermitis ocre* – кафяво към черно оцветяване на кожата, *atrophie blanche* – бели порцеланови поленца с фибротична тъкъв, *lipodermatosclerosis* – плътна и индурирана кожа и невъзможност да се защити кожна гънка. Болката се облекчава, след повдигане на крайника и се засилва в края на деня, когато тежестта на отока е увеличен. Подбедрицата, глезенът и гърбът на ходилото са силно оточни.

Труднозаставащите язви при диабетноболни пациенти са клинично сходни с артериалните, в резултат от увредата на малките кръвоносни съдове – състояние, известно като диабетна ангиопатия (медиосклероза). Ангиопатията нарушава напрегатостта на локалния имунитет и предразполага към лесна инфекция на кожата, която преминава в дълбочина. Едно от тежките усложнения и терапевтично предизвикателство е диабетното стъпало.

При тежкоболни и неподвижни пациенти, при които не се съблюдават профилактичните мерки и грижи (антидекубитален ринг, дюшек или пневматична подложка) или са допуснати грешки в локалната терапия, се стига до появата на декубитални рани, а впоследствие и декубитални язви.

Тук е мястото да се дефинира разликата от рана (*vulnus*) и язва (*ulcus*). Улкусът е тъканен дефект, при който липсва тенденция за спонтанно заздравяване. При улкусите има промяна в патофизиологията на засегнатата тъкъв – невропатия или по-често съдова генеза.

Лечението на труднозаставащи рани и улкуси изисква комплексен подход – както локални грижи, така и системно лечение. Основната движеща посока при терапевтичното поведение на труднозаставащите рани е установяване на причината за появата им и прилагане на лечебни мерки.

Лечението на труднозаставащи рани и улкуси включва няколко задължителни етапа, като за всеки стадий се използва конкретна локална терапия, включваща медикаменти, превръзки, подкрепени с диагностични процедури и физикална терапия.

Етапите или стadiите, през които преминава терапевтичният процес са:

1. Етап на почистване. В този стадий физиологично травмираната тъкъв отделя ексудат и затова

се нарича стadiи на **ЕКСУДАЦИЯ**. Първоначално раната трябва механично да се изчисти от попадналите от околната среда нечистотии, включително бактерии, прахови частици и др. При белези на инфекция с микроорганизми/неприятен фетор, гноевидан налеп, зачервени и затоплени ръбове/, се препоръчва микробиологични проби за аероби и за нанероби, при затворена травма или пробождане. Така ще се изолира конкретният патоген и с направената антибиотрама ще се проведе специфично антибиотично лечение. Локалната терапия в този стadiи изисква превръзки с антисептични продукти – йодни препарати, локални средства на базата на нано сребро, локални антибиотици, които не се прилагат като системна антибиотична терапия. Такива са Фусидинова киселина, Мупероцин и др.

2. Вторият етап на лечебния процес е известен като стимулация на **ГРАНУЛАЦИЯ**. През този стadiи трябва да се отстранят нежеланите налепи и да се стимулира функцията на фибробластите – за да се възстанови дермата и кератиноцитите – за да се регенерира епидермиса. В тази фаза се потенцира неоваскуларизацията и инервацията на раневата зона. В тази фаза специалистът по здравни грижи, както и терапевтът, трябва да приложат правилен алгоритъм на поведение. При наличие на некротична тъкъв, трябва да се направи дебридман (отстраняване на некротичната материя). При напреднала некроза и видимо отделяне от здравата тъкъв, некротичната може да се отстрани инструментално – чрез ножичка, скалпел или кюрета. При улкусите със съдова генеза насилственият дебридман води до разширяване на раната/улкуса и инструменталната процедура не се препоръчва. Средства на избор е медикаментозният дебридман. Прилагат се медикамент с фибринолитични ензими, магот терапия (с ларви), както и силно хидратиращи превръзки, показани при суха некроза, по типа на есхара. След дебридман и наличие на чисто дъно и ръбове, трябва да променим лечението, с продукти стимулиращи грануляцията. Грануляцията е процес на поява на грануляционна тъкъв, която клинично изглежда като малки зрънца, по дъното на улкуса, добра васкуларизирани и леснокървящи при допир. Това са новообразувани острови от разрастваща се папиларна дерма, богата на съдове. Достигането на този етап е благоприятстваш достигането до следващата фаза.

3. Третият етап е **ЕПИТЕЛИЗАЦИЯ** – период на заздравяване и пълно възстановяване на тъканния дефект. Показаните медикаменти в тази фаза

са: гел форми, съдържащи необходимите аминокиселини, хиалеронова киселина, протеогликани и др, необходими за изграждането на новосинтезирани тъкани. При подкопани ръбове или ръбове с калозен вид трябва да се витализира периферията на язвата. Прави се скарификация (нарязване) на ръбовете или кюретаж. Тук са показани всички трансплантационни методи, но те са обект на дерматологията или пластично-реконструктивната хирургия.

По време на лечението във всички стадии трябва да се спазват правилата за септика и асептика, като се препоръчват еднократни набори за обработка на рани и улкуси.

Технологично-медицинският прогрес предложи на специалистите терапевти, богатата гама медикаменти, превръзки и методици, помагачи бързото заздравяване на раните и улкусите. При антисептичните препарати, за съжаление синтезът нови молекули е в застои. Прилагат се добре доказаните стари медикаменти на базата на йод, хлорхексидин, багрила и локални антибиотици. Новото при тях е наличието на нови лекарствени форми за по-добра, лесна и бърза апликация. Наслоени на мрежести носители – Хексограс, Бактиграс, Брауновидон на мрежа и др. – те осигуряват по-добра бионаличност на продукта, регулират ексудацията и не залепват. Познати са много спрей форми, които бързо се нанасят и с тях могат да се обработят големи повърхности. Превръзките с активно наносребро са добра алтернатива във фазата на изчистване от патогенна флора. Те могат да са под формата на спрей, мрежа или превръзка – тип пластир. В тази фаза не бива да създаваме оклузия. Последната създава добра бактериална среда и риск от суперинфектиране от условно патогенни или транзиторни микроорганизми.

Във фазата на гранулация, освен геловите, за които вече стана дума, средство на избор са хидроколоидните превръзки, алгинатните, пенестите и други. Те създават физиологични условия на тъканите, близки до естествените и регенерацията настъпва по-бързо.

При силно ексудиралите рани може да се използват вакуум-аспирационните методи с постоянно отрицателно налягане, което подобрява тъканна перфузия. Показан е при улкуси със съдова генеза. Използват се и абсорбиращи пенести пре-

връзки, които поемат ексудата и предпазват лезията от мацерация.

По време на епителизиращата фаза се прилагат средства, стимулиращи епидермалното възстановяване. Това са локални средства базирани на хиалууронова киселина, богати на растежни фактори биотехнологични средства, както и синтетични превръзки с оклузивен ефект.

Неразделна част от лечебния алгоритъм е промиването на раните и улкусите. През ексудативната фаза се започва с разтвори на антисептици или с кислородна вода 3%. В следващите фази за промивка се използва физиологичен разтвор, който не нарушава естествена флора и микробиом на кожата. Не се използват агресивни разтвори, поради риска от цитотоксичност и риск от забавяне на тъканната репарация.

Важно е да не се допуска засушаване на раната/улкуса и образуване на корсти. Дъното и ръбовете трябва да бъдат винаги свободни от налеп и влажни. Старите средства, като сулфонамидни и антибиотични пудри и мехлеми тип “Вишневски” са строго противопоказани в лечението на рани и улкуси. Те могат да образуват плътни корсти, под които често се развива инфекция, влошава лечебния процес. А прилагането на катрани за локално лечение е стриктно регулирано и абсолютно забранено върху “отворена рана”. Боровият катран, използван в мехлема на “Вишневск”, е силно алергизиращ и с потенциален канцерогенен ефект.

Изискванията към пациенти с трудно зарастващи рани изисква стриктно спазване на правилата за дезинфекция, асептика и лична хигиена, правилен хранителен и двигателен режим, подходяща рехабилитация и физикална терапия, включващи лазери и други енергийно базирани източници.

Протрахиалното лечение на трудно зарастващите рани и улкуси е сериозен проблем и генерира сериозни социални последици, както финансови така и социо-икономически. В световен мащаб около 2% от населението страда от хронични или трудно зарастващи рани и язви. По статистически данни за 2018 г. в България от такива рани и язви страдат над 90 000 пациенти. Това налага познаване на проблема и прилагането на правилен лечебен подход, съобразен със съвременните постижения на медицинската наука.

Използвана литература

1. Бруникарди Ф. Чарлз – Принципи на лечение на Шварц – част I, изд. на МУ – Варна, девето издание.
2. Етугов Д. Дисертационен труд „Мястото на обогатената на тромбоцити плазма в съвременното лечение на венозни улкуси на подбедрицата”.
3. Кръстев З. Наръчник за фармацевти по вътрешна медицина и свързаните заболявания на кожата и лигавиците, 2013 г.
4. Колектив – Дерматология и венерология, изд. Медицина и физкултура, 2001 г.

Адрес за кореспонденция:

**Д-р Дончо Етугов, гл. ас.
в Катедра “Дерматология и венерология”
Медицински факултет
Медицински университет – София
ул. “Георги Софийски” № 1
1431 София
e-mail: etugov@abv.bg**

КАК ДА СЕ АБОНИРАТЕ ЗА СПИСАНИЕ “ЗДРАВНИ ГРИЖИ”

Уважаеми професионалисти по здравни грижи,
Годишната абонаментна кампания за 2019 г. се извършва, както следва:

**Фирма “ДОБИ ПРЕС” ЕООД
Целогодишно (за справка – тел. 02 963 30 82)**

**“БЪЛГАРСКИ ПОЩИ” ЕАД
От първо до 15-то число на текущия месец (краен срок 15 март 2019)
Каталожният номер на сп. “Здравни грижи” е 1332.**

От тази година има възможност да се абонирате за електронен вариант на списанието.
Всеки брой ще се качва в платформата за дистанционно обучение на сайта на БАПЗГ.
Таксата за абонамента трябва да се преведе на банковата сметка на БАПЗГ
като се посочи основанието за превеждане сумата (онлайн абонамент за сп. "Здравни грижи").
Повече подробности можете да видите на www.nursing-bg.com,
раздел "Издания на БАПЗГ", Сп. "Здравни грижи"

**Годишен абонамент за печатния вариант – 18.00 лв.
Годишен абонамент за електронния вариант – 10.00 лв.
Абонаментът за сп. "Здравни грижи" носи 15 кредитни точки.**

Внимание:

**Съхранявайте документа, удостоверяващ Вашия личен абонамент.
Представете негово копие в съответната Регионална колегия на БАПЗГ,
за да бъдат регистрирани кредитните точки в Националния регистър на БАПЗГ.**