

*Тезисы Всероссийской конференции с международным участием:
«Коморбидность: междисциплинарный подход»,
11-12 мая 2022 года, г. Барнаул
Алтайский государственный медицинский университет*

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РАНЕВОГО ПРОЦЕССА НА ФОНЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

*Федеральный научно-клинический центр специализированных видов
медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-
биологического агентства, г. Москва*

Черепанин А.И., Павлова О.В.

PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC WOUND PROCESS AGAINST THE BACKGROUND OF POST- WOUND SYNDROME

*Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Medical Care and Medical
Technologies of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow*

Cherepanin A.I., Pavlova O.V.

Актуальность. Лечение хронических ран это проблема, не имеющая однозначного решения для пациентов с коморбидной патологией. Это связано как с мультиморбидным фоном, оказывающим влияние на течение раневого процесса, так и с ограничением доступности систематического лечения в амбулаторных условиях. В последнее время ситуация еще более усугубилась как в связи с организационными проблемами на фоне пандемии SARS-CoV-2, так и ковид-ассоциированными нарушениями течения раневого процесса. У пациентов, перенесших SARS-CoV-2, разной степени тяжести, в той или иной степени развивается постковидный синдром, который в среднем длится около 12 недель.

Цель: исследовать особенности диагностики и лечения хронического раневого процесса на фоне постковидных нарушений.

Материалы и методы

За 2019- 2021г проведено лечение 16 пациентов с постковидным синдромом и хроническими ранами длительностью более 30 дней. Возраст пациентов 65-92г., 12 женщин и 4 мужчин. Фоновые заболевания: сахарный диабет 2типа-10; варикозное расширение вен нижних конечностей СЕАР 6-6 пациентов. Протокол обследования: анамнез; планиметрия; УЗИ раневой поверхности и перифокальных зон с оценкой кровотока; УЗДС сосудов нижних конечностей; рентгенография стоп; посев раневого содержимого и чувствительность к антибиотикам и бактериофагам, цитологическое исследование и рН метрия раны. В фазе воспаления: использовался ферментативный дебридмент с гелем-моделируемыми повязками, а также соответствующими бактериофагами. Переход к фазе пролиферации документировали посевом содержимого из раны, УЗИ области раневого дефекта, рН- метрией, цитологическим исследованием. В фазе пролиферации: использовалась нативная обогащённая тромбоцитами аутоплазма для формирования и регуляции межклеточных и клеточно-матриксных взаимодействий в области раневого дефекта, затем аппликации в сухом виде в домашних условиях.

Результаты

Полного закрытия раневого дефекта в срок до 14 недель удалось достичь у 30 % наблюдаемых пациентов, у 60 % в срок до 16-недель в зависимости от площади длительно незаживающей раны, в ранах превышающих 6см² длительно сохранялись несколько фаз раневого процесса.

Обсуждение

Пролонгированные некротические изменения в области дна ран относят за счет системных ковид-ассоциированных изменений: микротромбоза с периваскулярным склерозом, кожного васкулита и ливедо-васкулита, гипоксии тканей в результате венозного застоя и развития комплементарной микротромбоангиопатии в результате отложения C5b-9 и C4d в стенке сосудов.

Выводы

В условиях пандемии с учетом правил изоляции возможно обеспечить качественное персонифицированное амбулаторное лечение с учетом патогенеза и патофизиологии постковидного синдрома, используя комплексный подход в диагностике и лечении хронических ран. Необходимо дифференцированно использовать принципы таргетного воздействия на раневой процесс: в 1 фазе – щадящий ферментативный дебридмент, во 2 фазе – стимуляцию репарации использованием обогащённой тромбоцитами аутоплазмы.

Как цитировать:

Черепанин А.И., Павлова О.В. (2022). Принципы диагностики и лечения хронического раневого процесса на фоне постковидного синдрома. Тезисы Всероссийской конференции с международным участием: «Коморбидность: междисциплинарный подход», 11-12 мая 2022 г., г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 21 (3), 44-46.
