

пола с послеоперационными гранулирующими ранами и ожогами до 10% п.т.

Все больные с послеоперационными и травматическими ранами были разделены на 3 группы: 1, контрольную. Составили 5 человек, которым специфической профилактики не проводилось и больные получали традиционное лечение: во II группе больные получали комплексное физиотерапевтическое лечение: магнитотерапию от аппарата «Полус 01» с 3-4 дня лечения, ультразвуковое воздействие на область ран спустя 12 часов от момента травмы, электрофорез лидазы из раствора 64 ЕД начиная с тридцати суток длительностью в десять процедур. Большинство физиопроцедур проводилось в условиях поликлиник. Повтор курса проводился через 3 месяца.

В III группе, состоящей из 10 пациентов, проводилась первичная профилактика патологического рубцеобразования на ранних этапах - с 3 дня после травмы при отсутствии противопоказаний проводились внутримышечные инъекции Лонгидазы по 3 т.е. 1 раз в 3 дня курсом 10 инъекций, начиная с 8-12 суток на эпителизирующиеся раны наносился гель Контратубекс, представляющий собой трехкомпонентный препарат. Обладающий выраженной антигиперпролиферативной активностью, наносимый тонким слоем 2 раза в день и 10 процедур ультрафонофореза с гелем Контратубекс ежедневно при наступлении полной эпителизации ран, т.е. при наличии возможности соприкосновения головки аппарата с поверхностью кожи. Так как контратубекс состоит из алантоина, Гепарина и экстракта лука, противопоказаний в виде гиперсенсibilизации к парабенам выявлено не было, так же как и побочных эффектов от применения препарата. Применение геля Контратубекс продолжалось самостоятельно пациентами после выписки 3 раза в день в течение от 3 до 6 месяцев. У больных с ожогами лица и шеи гель Контратубекс заменялся на гель Медерма, т.к. в течение длительного времени применения была доказана его большая эффективность на данных участках тела.

Результат отслеживался в каждом случае в течение не менее 6 месяцев врачами поликлиник. Полученные данные распределились следующим образом: В группе контроля у 3 больных развились гипертрофические рубцы, требующие коррекции, у 1 пациента патологические рубцы беспокоили с косметической точки зрения, у 1 больного раны зажили с формированием нормотрофического рубца.

Во II группе при наблюдении в течение 6 месяцев отмечено формирование гипертрофических рубцов у 3 пациентов, так как в третьей группе рубцовые деформации отмечены только у 2 больных. При этом 3 человек из 2 группы отмечали дискомфорт в области формирующихся рубцов, в 3 группе подобные жалобы выявлены у 1 больного. Косметический дефект беспокоил во второй группе 4 человек, в третьей 3. Функциональные нарушения связанные с развитием рубцов и натяжением тканей развились во 2 группе у 4 пациентов, а в 3 группе 2 больных.

Во второй группе при наблюдении в течение 6 месяцев отмечено формирование гипертрофических рубцов у 3 пациентов, тогда как в 3 группе рубцовые деформации отмечены только у 2 больных. При этом 4 человек из 2 группы отмечали дискомфорт в области формирующихся рубцов, а в 3 группе подобные жалобы выявлены у 2 больных. Косметический дефект беспокоил во 2 группе 3 человек, а в третьей-2. Функциональные нарушения связанные с развитием рубцов и натяжением тканей развились во 2 группе у 3 пациентов, а в 3 группе - у 2 больных.

Таким образом, показана наибольшая эффективность комплексной терапии на ранних этапах формирования рубцовой ткани с применением энзимотерапии Лонгидазой и геля Контратубекс местно в виде аппликаций и в фонофорезе, а также использование геля Медерма на лице и шее в том же комплексе. Применение подобной схемы значительно уменьшает необходимость хирургических вмешательств, достигается хороший косметический эффект и устраняется в значительной степени нежелательные последствия развития рубцов, как зуд, чувство стяжения, нарушение полноценной функции конечности. Позволяет значительно улучшить исходы лечения хирургических больных, уменьшить сроки полного выздоровления и повысить качество жизни пациентов.

Литература:

1. Ожоги: (Руководство для врачей) / Под редакцией Б.С. Вихряева и В.М. Бурмирова.-Л.: Медицина, 1981.
2. «Современные проблемы гипертрофических рубцов в реконструктивно-пластической хирургии» Ростов-на-Дону, ЦЭПХ «Пластика» 2008г.
3. «Гипертрофические и келоидные рубцы» Ю.Л.Галаямова, З.З. Кардашова

УДК 616-001.17-08

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АРГОСУЛЬФАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН

К. Р. Беделманов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

Күйік жарада аргосульфанды қолдану

Сонымен, препарат Аргосульфан жақсы антибактериальды әсерімен күйік жараның эпителизациясына жағдайлар жасайды және күйік жараларда әсерлі зат деп саналады. Оптимальды аргосульфан кремды окклюзивлеуші пленкамен қосып қолдану. Сондай әдіс экономды, препарат шығынын азайтады, күніне 1 рет байлау жасалады, ал инфидирленбеген болса 2 күнде 1 рет байлау қажет.

Summary

The using of argosulphan in treatment of burning wound

Thus, argosulphan has good antibacterial effect for epithelization of wound. It is effective medicine for local treatment of burning wound. The optimal is using crème argosulphan with occluding membranes. This method is economic, decreases quantity of crème, 1 bandage per a day, at clear wound 1 bandage per a 2 days.

Клиническое течение ожоговых ран и развивающиеся в них физико-химические и биологические явления определяются, прежде всего, характером и глубиной поражения. При ожогах I-II степени реактивно-воспалительные процессы, протекающие по типу серозного очага, обычно не сопровождаются нагноением, и после ликвидации острого воспаления закономерно наступают регенерация эпителиальных элементов и заживление.

Для ожогов IIIa, IIIb и IV степени характерна иная эволюция раневого процесса, протекающего в такой последовательности: омертвление тканей в момент ожога-реактивный травматический отек-гноинное демаркационное воспаление-фаза регенерации. В результате гноинно-демаркационного воспаления ожоговая рана очищается от омертвевших тканей. Во время регенеративной фазы происходит образование грануляций, эпителизация и рубцевание. При ожогах IIIa степени эпителиальной покров восстанавливается за счет сохранившихся в глубоких слоях придатков кожи. При ожогах IIIb-IV степени регенерация оказывается незавершенной из-за гибели придатков кожи. Заживление таких ран может наступить лишь путем рубцового стяжения и эпителизации с краем.

Широкое распространение при лечении обожженных получили кремы на основе сульфодиазина серебра, которые выпускаются под различными названиями. Нами была исследована эффективность использования препарата Агросульфан (2,5 крем сульфатаиозола серебра) («Ельфа», Польша) для лечения обожженных. Препарат применяли для местного лечения 20 обожженных - 15 мужчин и 5 женщин, из которых 10 были с ожогами II - III A степени от 5% до 20% п.т., 5 с мозаичными ожогами III AB степени от 0,5% до 3% п.т., 5 обожженных с ожогами IIIb степени от 10 до 15% п.т., поступивших в отделение спустя 2-4 месяца после травмы с клиникой ожогового истощения и рыхлыми легко кровоточащими грануляциями.

Агросульфан применяли у 11 больных с ожогами II - IIIa степени на марлевых салфетках, фиксируемых бинтом, перевязки осуществляли ежедневно. У 5 обожженных с локализацией ожогов II и III степени на лице или шее крем наносили на пораженную поверхность слоем в 2-3 мм 2 раза в день. У 4 обожженных с ожогами II и III степени, у 3 больных с мозаичными ожогами IIIAB степени, 6 больных с остаточными ранами и у 2 больных с ожогами IIIb степени Агросульфан наносили на ожоговую рану шпателем также слоем 2-3 мм и закрывали пленочными покрытиями. Не содержащих никаких лекарственных препаратов. Повязки меняли ежедневно.

Применение препарата Агросульфан позволило достичь эпителизации ожогов II степени на 5-8 сутки после травмы, а ожогов IIIa степени к 15-18 суткам. При этом применение препарата у больных с неинфицированными ожогами полностью предотвращало развитие инфекции. Применение препарата у больных с инфицированными ожогами позволяло к 4-6 суткам лечения полностью купировать инфекцию. Нередко

больные с ожогами лица и шеи II - IIIa степени поступали в отделение с инфицированными корками, состоящими из высохшего раневого экссудата и фибрина. После нанесения на такие корки крема Агросульфан они в течение 1-2 суток размягчались и легко удалялись с раневой поверхности марлевыми салфетками, что способствовало существенному ускорению эпителизации. Особенно эффективным было применение крема Агросульфан в сочетании с окклюзирующими пленочными покрытиями. Такое применение предотвращало высыхание крема, позволяло растворить в течение 18-20 часов засохший экссудат и полностью очистить раневую поверхность. При этом перевязки были практически безболезненными. В то же время применение крема Агросульфан на марлевых салфетках приводило к высыханию крема в течение суток, алгезии повязки и болезненности при ее удалении.

Высокоэффективным было применение препарата Агросульфан в сочетании с пленочными покрытиями при лечении пограничных ожогов III AB степени у всех 5 обожженных. У всех обожженных через 1-2 суток после очищения ран от участков струпа, корок и фибрина наблюдали активную эпителизацию, в том числе и участков ожогов IIIb степени, которые заживали в образовавшейся за счет смещения крема Агросульфан с раневым экссудатом влажной среде посредством образования тонкого однослойного эпителия. Сроки эпителизации составили 21-27 суток.

Высокоэффективным было также применение крема в сочетании с пленочными покрытиями 4 больных с ожогами IIIb степени и клиникой истощения. При этом грануляции уплотнились, и исчезла кровоточивость. Что позволило подготовить раны этих больных к АДП.

Уже через сутки после начала лечения больных с остаточными ранами кремом Агросульфан в сочетании с пленочными покрытиями ранки очищались от корочек и наложений фибрина, дно их поднималось и выравнивалось. У 7 больных через 2-4 перевязки раны эпителизовались, у 5 больных потребовалось лечение с применением различных марлевых покрытий.

Таким образом, препарат Агросульфан, обладая хорошим антибактериальным действием, создает благоприятные условия для эпителизации ожоговых ран и является эффективным средством для местного лечения поверхностных, пограничных ожогов, остаточных ран, а в ряде случаев и глубоких ожогов. Оптимальной считаю методику применения крема Агросульфан в сочетании с окклюзирующими пленочными покрытиями. Такое применение экономично, так как снижает расход препарата, трудозатраты медицинского персонала, не требует повторных перевязок в один день, а при неинфицированных ожогах позволяет проводить перевязки 1 раз в 2 суток.

Литература:

1. «Ожоги» (Руководство для врачей). Под редакцией Б.С. Вихриева и В.М. Бурмистрова. 1981 г.
2. Воленко А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран// Хирургия.-1998.-№9.-С.65-69