

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН

Винник Ю.С., Тепляков Е.Ю., Якимов С.В.  
*Кафедра общей хирургии, Красноярск*

Консервативное лечение длительно незаживающих ран и трофических язв остается актуальной проблемой. Венозные трофические язвы встречаются у 1–2% населения индустриально развитых стран и занимают лидирующее место в общей структуре язв нижних конечностей.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексного лечения трофических язв и длительно незаживающих ран с применением средств местной озонотерапии и раневого покрытия «Коллахит», представляющего собой биологически активное биodeградируемое перевязочное средство на основе коллагена и хитозана с включением антисептика фурагина и анестетика местного действия анилокаина.

Под нашим наблюдением находились 36 больных (22 женщины и 14 мужчин) с венозными трофическими язвами и длительно незаживающими ранами различной этиологии в возрасте от 20 до 72 лет. Площадь ран составляла от 5 до 40 см<sup>2</sup>. Основную группу составили 20 больных, в комплексном лечении которых применялась аэрация пораженной конечности озон-кислородной газовой смесью в пластиковом изоляторе, струйная обработка язвы или раны пульсирующей струей охлажденного физиологического раствора. После очищения поверхности язв и появления единичных грануляций у больных основной группы использовали раневые покрытия «Коллахит». Перевязки выполняли через 2-4 суток в зависимости от скорости лизиса покрытия. В контрольной группе (16 больных) проводилась общепринятая фазовая местная терапия.

У всех больных при поступлении в стационар бактериологическое исследование биоптатов ран выявляло наличие аэробной условно-патогенной флоры в количестве 10<sup>7</sup>-10<sup>8</sup> КОЕ/г. При цитологическом исследовании в ранах преобладали некротический и дегенеративно-воспалительный типы цитогрaмм. Полное очищение ран и язв происходило на 2-3 сутки от начала местной озонотерапии в основной группе и на 4-5 сутки в контрольной группе (P<0,05). К окончанию фазы воспаления уровень микробной контаминации составлял 10<sup>2</sup>-10<sup>3</sup> КОЕ/г ткани, выявлялся воспалительно-регенераторный тип цитогрaммы.

Фаза регенерации под воздействием раневых покрытий «Коллахит» у больных основной группы характеризовалась более активным разрастанием грануляций. Отмечалось значительное уменьшение болевых ощущений, так как повязка не прилипала к ране, а входящий в состав покрытий местный анестетик анилокаин обеспечивал безболезненное течение раневого процесса. Применение биodeградируемых коллаген-хитозановых покрытий не требовало ежедневных перевязок и их замены, что в свою очередь предохраняло новообразованный эпителий от травматизации.

Полное заживление наблюдалось у 13 (65%) больных основной группы и у 6 (37,5%) пациентов

группы сравнения (P<0,05). Среди незаживших ран в случае применения коллаген-хитозановых покрытий площадь раневых дефектов уменьшилась в среднем на 54%, а в группе сравнения — на 31% (P<0,05). Продолжительность подготовки к закрытию ран оперативным путем у пациентов основной группы сократилась в среднем на 3,06 суток. Полное приживление кожных лоскутов после аутодермопластики достигнуто у 85,7% больных основной и 40% больных контрольной группы (P<0,05).

Таким образом, включение в комплексное лечение трофических язв и длительно незаживающих ран средств местной озонотерапии и биodeградируемых раневых покрытий на основе коллаген-хитозанового комплекса ускоряет эпителизацию ран, позволяет в ранние сроки подготовить больных к оперативному лечению и улучшает результаты аутодермопластики.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИМЕРОВ

Воробьева В.М., Турецкова В.Ф.

*ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ», Барнаул*

Ассортимент полимеров как природного, так и синтетического происхождения постоянно расширяется, но лишь немногие находят применение в фармацевтическом производстве и медицинской практике. Вместе с тем, преимуществом большинства полимеров является наличие не только формообразующих, но и биологически активных свойств, пролонгирующее действие на высвобождение лекарственных веществ, увеличение биодоступности мало и трудно растворимых соединений, удлинение сроков годности лекарственных препаратов. Все вышеизложенное обуславливает возможность и перспективность разработки лекарственных препаратов на основе полимеров различной природы и структуры с целью применения при различных патологиях и на разных стадиях развития патологического процесса.

Основной причиной недостаточно эффективного внедрения полимеров в фармацевтическое производство является отсутствие комплексной программы разработки лекарственных препаратов на основе полимеров и, как следствие, не согласованность проведения экспериментальных исследований учеными различных специальностей. Выделением и синтезом полимеров, как правило, занимаются ученые химических специальностей, которые не владеют методами фармакологических и биофармацевтических исследований. Вместе с тем, для применения полимера в качестве вспомогательного вещества в фармацевтической практике требуется получение разрешения Фармакологического и Фармакопейного комитетов Минсоцздрава РФ, чему должны предшествовать комплексные исследования, включающие не только изучение химических и физико-химических свойств полимера, но и определение его специфической активности, острой и хронической токсичности. При включении полимера в состав лекарственного препарата должны быть учтены и реализованы в процессе раз-