

ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

С.Р. Туйсин

Башкирский государственный медицинский университет, dr.sal@mail.ru

В статье затронута актуальная проблема лечения длительно незаживающих ран путем применения комбинированных перевязочных материалов. При лечении больных основной группы с площадью длительно незаживающей раны до 30 см² применялось «Перевязочное средство для лечения обширных гнойных ран» (патент РФ №88270). У всех больных основной и контрольной группы с площадью дефекта 31–50 см² выполнена аутодермопластика расщепленным перфорированным кожным лоскутом.

Ключевые слова. Гнойные заболевания, длительно незаживающие раны, белки острой фазы воспаления, комбинированный перевязочный материал.

TREATMENT IS LONG NOT HEALING WOUNDS WITH HELP APPLICATIONS OF THE COMBINED DRESSINGS

S.R. Tuisin

The Bashkir state medical university, dr.sal@mail.ru

The article touches upon a topical subject of combination therapy of persistent wound by using compound dressing materials. It was proffered an estimation method of purulent diseases dynamics by way of determination the proteins of acute phase inflammation.

Key words: purulent diseases, persistent wound, compound dressing materials, proteins of acute phase inflammation C-reactive protein, albumin, fibrinogen.

Введение

В ходе лечения ряда травматических повреждений и гнойных заболеваний нередко образуются раневые дефекты, требующие хирургических вмешательств для восстановления целостности кожных покровов [1,2]. По данным различных авторов, доля больных с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей составляет около 20–30% от всех стационарных больных хирургического профиля. Из них в аутодермопластике нуждаются 5–10% больных с хирургической инфекцией [2,3,4].

На первичные этиологические факторы при длительном существовании раны наслаиваются другие патогенетические механизмы: развитие антибиотико-резистентной микро-

флоры, микробная и медикаментозная аллергия, изменение иммунологической резистентности, фиброзные изменения в краях и дне раны, приводящие к нарушению микроциркуляции в зоне раны, и некоторые другие факторы. Это приводит к снижению репаративных процессов, увеличивает сроки эпителизации [4,5].

Широко известен факт, что при проведении аутодермотрансплантации расщепленным кожным лоскутом большое значение имеет методика ведения раны и используемый перевязочный материал. Необходимо добиться атравматичности перевязок, без потери возможности механического, физического и медикаментозного воздействия на рану и кожный лоскут. Такие

условия более всего выполнимы, если использовать в качестве перевязочного материала гелевые повязки [6,7].

Цель

Улучшение результатов лечения больных с длительно незаживающими ранами.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения больных с длительно незаживающими ранами, находившихся на лечении в хирургическом отделении поликлиники ОБ на ст.Уфа в период с 2002 по 2008 гг.

Основную группу составили 83 больных, контрольную — 79 пациентов с длительно незаживающими ранами, которые образовались в процессе лечения гнойных заболеваний мягких тканей.

Для включения пациентов в исследование были избраны следующие критерии:

больные с длительно незаживающими ранами (отсутствие признаков эпителизации в течение 14 суток и более);

возраст пациентов 20–60 лет.

При анализе распределения больных по возрасту и полу выявлено: группы идентичны, каких-либо достоверных различий не обнаружено. Установлено, что основная масса больных в основной и контрольной группах приходится на наиболее трудоспособный возраст, т.е. 30–50 лет. В основной группе — 65 (78,3%) больных, в контрольной — 63 (79,7%) пациентов, что увеличивает социальную значимость проблемы.

В первой группе мужчин было 51 (61,4%), женщин — 32 (38,6%); во второй группе — мужчин 49 (60,9%) и 30 (39,1%) женщин.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее клинические, инструментальные и лабораторные методы исследований.

Кроме того, всем пациентам проводился развернутый анализ лейкоформулы, иммун-

ного статуса. Для определения иммунного статуса использовался комплекс наиболее информативных и доступных методов, позволяющих оценить функциональное состояние защитных сил пациентов, страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями. Производилось определение популяции лимфоцитов в периферической крови по общепринятой методике выявления Е-РОК и ЕАС-РОК, изучалась фагоцитарная активность лейкоцитов.

Клиническое течение раневого процесса оценивали на основании сроков полного очищения ран от гноя, некротических тканей, появления грануляции, начала краевой эпителизации ран, стихания явлений перифокального воспаления.

Проводилось измерение площади ран по методике, предложенной Л.Н. Поповой (1942 г.). Измерения проводили до проведения аутодермопластики. По данным различных авторов, степень уменьшения площади раневой поверхности за сутки может колебаться в пределах от 2,3% до 10,7%. Течение раневого процесса считается нормальным при уменьшении площади раневой поверхности за сутки около 4%. После выполнения аутодермопластики ее результаты при проведении планиметрических вычислений не учитывали.

Для оценки результатов свободной кожной пластики расщепленным лоскутом использовали показатель — степень приживления аутодермотрансплантата, который высчитывали по формуле:

$$P = K_1 / K_2 \times 100\%, \text{ где}$$

P — степень приживления (%); K_1 — площадь забранного лоскута (см^2); K_2 — площадь приживленного лоскута (см^2) на 8 сутки после операции.

Для исключения костной патологии всем больным гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей проводили рентгенологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение

83 больных основной и 79 больных контрольной группы были с длительно незаживающими ранами, которые образовались в процессе лечения гнойных заболеваний мягких тканей.

Среди 83 пациентов основной группы у 41 площадь кожного дефекта составляла до 30 см² и у 42 больных — 31–50 см². В контрольной группе распределение было следующим: у 38 пациентов площадь раны была до 30 см² и у 41 — 31–50 см².

При лечении больных основной группы с площадью длительно незаживающей раны до 30 см² применялось «Перевязочное средство для лечения обширных гнойных ран» (патент РФ №88270).

У пациентов контрольной группы проводилось традиционное лечение с использованием комбинированного перевязочного материала «Активтекс».

Сроки заживления ран в основной группе составили 16,4±1,7 дня, в то время как в контрольной 20,7±2,1 дня (P<0,05).

Проведенные исследования показывают, что применение перевязочного материала «Перевязочное средство для лечения обширных гнойных ран» уменьшает сроки заживления раны за счет иммуномодулирующих, противовоспалительных, регенерирующих, репаративных свойств.

У всех больных основной и контрольной группы с площадью дефекта 31–50 см² выпол-

нена аутодермопластика расщепленным перфорированным кожным лоскутом. В основной группе перевязки осуществлялись «Перевязочным средством для лечения обширных гнойных ран», в контрольной группе — атрауматической повязкой «Активтекс».

Отмечаем более удачные результаты кожной пластики больных, в местном лечении которых использовалось «Перевязочное средство для лечения обширных гнойных ран». Данное обстоятельство связано с высокой антимикробной активностью содержащихся в геле повязки компонентов, физическими свойствами материала, позволяющими атрауматично производить перевязки, не смещая лоскута.

В основной группе степень приживления аутоотрансплантата составила 68,7%, в то время как в контрольной — 54,5%.

В ходе исследований не было отмечено пирогенных, антигенных и токсических осложнений, связанных с применением «Перевязочного средства для лечения обширных гнойных ран».

Развернутый анализ лейкоформулы показал, что у больных с длительно незаживающими ранами общее число лейкоцитов составляет 3,8±0,2х10⁹ г/л, содержание Т-лимфоцитов — 54,6±5,4%; В-лимфоцитов — 12,8±3,6%.

Изучение фагоцитарной активности лейкоцитов показывает, что преобладает картина незавершенного, извращенного фагоцитоза (таблица). Фагоцитоз составляет 22,3±2,7%, фагоцитарное число — 2,1.

Цитограммы раневых отпечатков у больных с длительно незаживающими ранами

Клеточные элементы	до операции	3-й день п/о	5-й день п/о
число лейкоц. в п/зр.	115	47	5
деструкция лейкоц., %	84	45	37
Активность фагоцитоза:			
завершенный	-	+	+
незавершенный	+	+	-
извращенный	+	+	-
внеклеточное расположение	+	-	-

Выводы

У пациентов с длительно незаживающими ранами с площадью дефекта до 30 см² возможно консервативное лечение с использованием комбинированных перевязочных материалов на гелевой основе; при размерах дефекта 31–50 см² необходимо проведение аутодермопластики: расщепленным перфорированным кожным лоскутом.

Комплексное лечение больных с длительно незаживающими ранами с использованием «Перевязочного средства для лечения обширных гнойных ран» позволяет в более ранние сроки улучшить состояние больных, ускорить сроки заживления ран.

Использование «Перевязочного средства для лечения обширных гнойных ран» при аутодермопластике увеличивает сроки и частоту приживления лоскута и улучшает результаты лечения.

Список литературы

1. Алексеев А.А., Пальцын А.А., Крутиков М.Г., Кузнецов В.А., Гришина И.А., Бобровников А.Э., Васильева Т.С. Лечение ожоговых ран с применением раневых покрытий «Активтекс»: учеб. пособие для врачей. — М.: РМАПО, 2000. — С. 13.

2. Баширов А.Б., Исмаилов Ж.К., Мамалинов Г.К., Морозов Е.С., Мельдеев А.К., Рамазанов Е.Ш. Комплексное лечение трофических язв и длительно незаживающих ран конечностей // Международная конфе-

ренция, посвященная 25-летию отделения ран и раневой инфекции института хирургии им. А.В.Вишневского РАМН «Раны и раневая инфекция», Москва, 11–13 ноября 1998 г. — С. 46–47.

3. Васильева Т.С. Биологически активные текстильные перевязочные материалы «Активтекс»// Материалы 4 Международной конференции «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантантов», Москва, 27–28 ноября 2001 г. — С.105–106.

4. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия. — М.: Медицина, 1996. — С. 395–403.

5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990, 361 с.

6. Федоров Д.Н. Межклеточные и клеточно — матричные взаимодействия при репарации длительно незаживающих ран: дис. канд. мед. наук. — М., 2002 г. — С. 107.

7. Хрупкин В.И., Писаренко Л.В, Ивашкин А.Н., Терских В.В., Васильев А.В., Киселев И.В., Кузин А.Н., Федоров Д.Н. Аллогенная кожа в лечении раневых дефектов мягких тканей: проблемы и перспективы // Военно-медицинский журнал. — 2001. — №6. — С. 29–37.