

Список литературы

1. Kratz G., Back M., Arnander C. et al. Immobilised beparin accelerates the healing of human wounds in vivo // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg, 1998, V. 32, №4, p. 381–385
2. Горшевицкая Э.В. Особенности возбудителей гнойно-септической хирургической инфекции и их антибиотикорезистентность. Клини. антибиотикотерапия 1999; 1 (1): 41–43
3. Винник Ю.С., Маркелова Н.М., Тюрюмин В.С. Современные методы лечения гнойных ран // Сибирское медицинское обозрение, 2013, 1, с. 18–24
4. Кадомцева А.В. Фундаментальные аспекты разработки противоопухолевого препарата направленного действия. Всероссийский молодежный форум с международным участием «Неделя науки-2017», Ставрополь, с. 491–492

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОКОЛЛОИДНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАН ДОНОРСКОГО ПОЛЯ

КАПЛУНОВА М.Ю., БОРИСОВ В.С., ФРОЛОВ С.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
borisovvs@mail.ru

Актуальность: основным методом лечения ожогов III степени является аутодермопластика, что обуславливает необходимость лечения ран донорских участков в послеоперационном периоде. По литературным данным, сроки реэпителизации донорских участков глубиной 0,3–0,5 мм составляют от 7 до 21 дня. Длительная реэпителизация приводит к продленному постельному режиму, вынужденному позиционированию пациента, дополнительным потерям белка с раневых поверхностей донорских участков.

Цель: сравнить эффективность гидроколлоидных и атравматических сетчатых серебросодержащих раневых покрытий в лечении ран донорских участков после аутодермопластики при оперативном лечении глубоких ожогов.

Материалы и методы: в исследование было включено 40 пациентов с ожогами III степени (МКБ -10) на площади от 3 до 8% поверхности тела, возраст пациентов от 28 до 75 лет. В I группу было включено 20 пациентов, которым после выполнения аутодермопластики раны донорских участков были закрыты гидроколлоидными серебросодержащими раневыми покрытиями Optimelle AquacollAg (бактерицидная гидроколлоидная стерильная адгезивная повязка на полимерной основе с ионами серебра) размерами 20x20 см. Данное раневое покрытие обладает способностью поглощать раневой экссудат, образуя гель и обеспечивая влажную среду в ране. Прозрачная основа повязки позволяет контролировать состояние раны, наблюдать за течением раневого процесса, не снимая повязку. Во II группу было включено 20 пациентов, у которых раны донорских участков после забора аутотрансплантатов и гемостаза были закрыты рулонными атравматическими липоколлоидными неадгезивными сетчатыми серебросодержащими раневыми покрытиями Optimelle LicoTulAg в 2–3 слоя, которые фиксировались марлевым бинтом.

Между повязкой и раной донорского поля при контакте покрытия с раневым отделяемым образовывался липидоколлоидный гель, который способствовал образованию благоприятных условий для заживления раны во влажной среде. Таким образом, у пациентов обеих групп заживление проходило в условиях влажной среды.

Оценивались: сроки эпителизации, комфорт для больного (болевы ощущения пациента), местные осложнения (гематомы, нагноение), частота перевязок. Статистическую обработку результатов проводили с расчетом критерия достоверности различий по Стьюденту.

Результаты: У пациентов I группы эпителизация ран донорских участков происходила в сроки $7,1 \pm 0,2$ дня. Болевые ощущения в послеоперационном периоде оценивались пациентами по вербальной описательной (VDS) 10-балльной шкале и составили $3,4 \pm 0,4$ балла. У 4 пациентов (20%) в послеоперационном периоде выявлены гематомы и скопление раневого отделяемого под повязками, что потребовало дополнительного количества перевязок. Еще у 2-х пациентов отмечено нагноение ран донорского поля. Во II группе эпителизация ран донорских участков происходила в сроки $8,05 \pm 0,19$ суток. Различия статистически достоверны ($t = 3,44$ при $p=38$, $p<0,05$). За счет сетчатой основы липидоколлоидной повязки скоплений раневого отделяемого и гематом под повязками отмечено не было, а это наиболее частое осложнение в первые 2 суток после операции. Применение атравматической липидоколлоидной повязки на ране донорского поля исключало прилипание раневого покрытия к ране, что снижало степень болевых ощущений ($2,3 \pm 0,2$ балла по VDS). Различия статистически достоверны ($t = 2,459$ при $p=38$, $p<0,05$). Не отмечено развитие гнойных осложнений со стороны ран донорского поля. Смена повязки не проводилась до полной эпителизации ран донорского поля. Применение сетчатой липидоколлоидной атравматической повязки в виде рулона удобнее в применении, чем ограниченные по размеру гидроколлоидные повязки.

Выводы: Гидроколлоидные раневые покрытия в местной терапии ран донорских участков показали свою высокую эффективность. Однако, при использовании гидроколлоидных раневых покрытий в отличие от сетчатой липидоколлоидной атравматической повязки болевые ощущения были более выражены и чаще наблюдалось осложненное течение раневого процесса.

ОПЫТ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТАКТИКИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОП ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

КИСЛЯКОВ В.А., ЗАХАРОВ А.Н., АРТЕМЬЕВ А.А., ЛЕОНОВИЧ А.М., БОРИСОВ А.И., ВОРОБЬЕВ Г.С., КРАВЧЕНКО К.В., АГАЕВ А.К.
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, Москва
vakislakov@mail.ru

В настоящее время применяется мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с хронической артериальной недостаточностью в сочетании с синдромом