

РАНЕВОЕ ПОКРЫТИЕ «ВОСКОПРАН» КАК СРЕДСТВО ЗАЩИТЫ И УСКОРЕНИЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ОЖОГОВОЙ РАНЫ

Марковская О.В., Саидгалин Г.З., Салистый П.В., Штукатуров А.К.

Детский ожоговый центр ДГКБ № 9 г. Екатеринбург

Обширность утраты кожного покрова при термических поражениях кожи требует эффективных способов защиты от патологических потерь и инфекции. Кроме того, болезненность при смене повязок, травматизация вновь образующихся эпидермальных элементов заставляют искать оптимальные перевязочные средства. Но последнее место в современных условиях имеет также проблема полипрагмазии в лечении ожоговых больных и рост антибиотико-резистентности госпитальных штаммов, что ограничивает местное применение синтетических антибактериальных препаратов.

В связи с вышеперечисленным, нам импонирует состав раневого покрытия «воскопран», основанного на естественных продуктах пчеловодства - воске и прополисе. Традиция применения этих веществ в лечении и консервации насчитывает многие тысячелетия. Природная формула прополиса уникальна и неповторима, что препятствует выработке у патогенных штаммов устойчивости к нему. Воск содержит микродозы прополиса, т.е. является антисептиком и асептиком, обладает гидрофобными свойствами, обеспечивая сохранение под покрытием влажной среды. Низкая адгезия покрытия дает преимущество при смене повязок, а ячеистая структура создаст условия для оттока раневого экссудата, с возможностью подведения лекарственных веществ.

Целью исследования было выявить преимущества использования раневого покрытия «воскопран» в местном лечении ожоговых ран у детей.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с ожогами кожи II степени и 18 – с ожогами III А-Б степени с площадью поражения кожи от 5 до 55% и 12 – с аутодермопластиками, находившихся на лечении в детском ожоговом центре г. Екатеринбурга в 2003-2004 г.г. В качестве контроля в те же сроки наблюдалось 30 пациентов с ожогами II степени и 16 – с ожогами III аб степени и 12 с аутодермопластиком без достоверных различий по возрасту и глубине поражения с лечением ожоговой раны под влажно-высыхающими повязками.

При местном лечении у детей основной группы использовалось раневое покрытие «воскопран» без добавок или с прополисом (на 1-3 сутки после ожога). Перевязки проводились через день, замена покрытия потребовалась в 6 случаях, при обильной экссудации. Во всех случаях нами отмечена спонтанная эпителизация к 7-12 суткам,

перевязки не требовали обезболивания. В контрольной группе накладывались влажно-высыхающие повязки с антисептиками, что потребовало в 18 случаях ежедневных перевязок, в 13 случаях отмечены признаки воспаления, в местное лечение включена мазь «левомеколь». Перевязки у 85% детей требовали дополнительного обезболивания, средние сроки эпителизации составили 10-14 суток.

При консервативном лечении ожогов у 18 детей основной группы с глубиной поражения III А-Б степени раневое покрытие «воскопран» с левомеколем использовалось в стадии очищения ран от некротических тканей с переходом на «воскопран» с метилурацилом в стадии эпителизации. Отмечен выраженный противовоспалительный эффект. Спонтанная эпителизация наступала в среднем на 2-5 суток быстрее, чем в контрольной группе, где местное лечение (16 пациентов) состояло в наложении влажно-высыхающих повязок, с использованием серебросодержащих кремов - «дермазин», «силъведерм» для очищения ран от некротических тканей. Также применяли «левомеколь» при наличии воспалительных изменений в ране.

Важным и ценным эффектом покрытия «Воскопран» явилось «бережное» отношение к сохранившимся дермальным элементам, что позволило уменьшить площадь гранулирующих ран у детей основной группы, и сократило объемы и количество отсроченных аутодермопластик.

Использование в местном лечении ожоговой раны покрытий «Воскопран» позволило значительно снизить сроки эпителизации ран как в группе пораженных с поверхностными и пограничными ожогами, так в группе с глубокими ожогами. Среди больных с ожогами II степени сроки полной эпителизации ран в основной группе составили $8,1 \pm 0,8$ суток, в контроле $10,3 \pm 0,9$ суток ($p < 0,05$), ускорение эпителизации на 21,36%. В группах пострадавших с дермальными ожогами сроки эпителизации составили: основная группа $14,3 \pm 1,1$ суток, контроль $17,8 \pm 1,3$ суток ($p < 0,05$), ускорение эпителизации 17,98%. Среди детей с субдермальными ожогами сроки эпителизации в основной группе составили $20,1 \pm 1,3$ суток, в контрольной $27,3 \pm 1,5$ суток ($p < 0,05$), ускорение эпителизации на 26,37%.

Третьим вариантом применения раневого покрытия «воскопран» стало наложение его на транспортированные расщепленные лоскуты непосредственно в операционной 12 пациентам в ходе ранних (с метилурацилом) и отсроченных (с левомеколем) аутодермопластик. В контрольной группе у 12 детей использовались влажно-высыхающие повязки с антисептиком. Применение покрытия имело несомненные преимущества в снижении травматизации и болезненности последующих перевязок. Удаление или смена

покрытия требовались лишь при сильном загрязнении, в остальных случаях покрытие оставалось на ране до полной эпителизации. Это значительно уменьшило травматизацию аутолоскутов, повысило их приживляемость.

Сроки восстановления кожного покрова в основной группе составили 10-12 суток, частичный лизис при отсроченной пластике был у одного больного. В контрольной группе частичный лизис отмечен у 3 пациентов, что в одном случае потребовало повторного вмешательства. Полное восстановление кожного покрова у этих детей закончилось к 14-20 суткам. Аллергических реакций на применение препарата не было.

Таким образом, раневое покрытие «воскопран» с различными добавками имеет возможности широкого применения в различных стадиях раневого процесса, несомненные преимущества в уменьшении кратности, травматичности и болезненности перевязок, что достоверно сокращает сроки лечения.

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Салистый П.В., Штукатуров А.К.

Городская детская клиническая больница №9

В комбустиологической практике восстановительное лечение является настолько же важной задачей, как и противошоковая терапия для реаниматолога. Ежегодно около 1000 детей становятся инвалидами после перенесенной термической травмы. Эта статистика не является точной, т.к. открывает лишь тех, кто зарегистрирован органами социальной опеки. Объективное количество детей, требующих реабилитации, неизвестно, так как система реабилитации в современной медицине развита недостаточно согласно отчетам главного комбустиолога России.

Тем не менее, понимая важность проблемы постстационарной терапии, в ЕДОЦ, на базе ДГКБ № 9 сформирована такая схема. Она далека от совершенства, но ее принимают на вооружение многие стационары. Схематично ее можно представить следующим образом:

Начало реабилитации – приемный покой, когда специалист диагностирует площадь поражения и составляет план лечения.

Основные мероприятия:

1. Устранение системной гипоксии, гиповолемии (ИВЛ, сосудистая терапия, инотропная поддержка, ИТТ).