

Апликации крема продолжались во все фазы раневого процесса, включая формирование рубцовой ткани. При закрытом методе лечения крем наносился на салфетки в комбинациях с другими препаратами при выраженном зуде, необходимости «осаждения» грануляций. После эпителизации ран апликации крема продолжались на участки угрожаемые по формированию рубцов. Апликации производились один раз в сутки во второй половине дня в комбинации с апликациями противорубцового геля «Контрактубекс». За период с июня по ноябрь 2004 года «Афлодерм» использован у 30 детей с ожогами различной глубины и площади. Все дети взяты на диспансерный учет.

Эффективность наружного применения крема «Афлодерм» в профилактике рубцовых изменений кожи после ожогов отмечена у всех пролеченных детей.

В острый период мы отметили:

- снижение отеков при локализации ожогов на лице на 2-3 сутки после начала применения;

- минимизацию воспалительных явлений;
- значительное снижение выраженности зуда.

В диспансерной группе детей:

- ускорение купирования воспаления в зоне формирующегося рубца (купирование болевых реакций, быстрое купирование гиперемии, снижение зуда);
- ускорение созревания рубца.

Вывод: первый опыт использования крема «Афлодерм» для профилактики рубцовых изменений кожи после ожогов показал эффективность и перспективность данного препарата.

ПРИОРИТЕТЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

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

Детский ожоговый центр ГДКБ №9. Екатеринбург. Россия.

Гипоксия обожженных тканей в зоне паранекроза является основным пусковым фактором вторичной, индуцированной первичным поражением альтерации. Локальная гипоксия многофакторна и является следствием целого каскада процессов:

- нарушение кровоснабжения в зоне паранекроза – циркуляторный компонент,
- разрушение значительной части эритроцитов и возникающая в последствии анемия – гемический компонент
- снижение дыхательного объема – легочный компонент
- снижение ударного объема сердца – сердечный компонент.

Нарушение периферического кровообращения является неотъемлемым спутником тяжелого ожогового повреждения. Оценка состояния регионарного кровообращения позволяет прогнозировать степень нарушения трофики тканей в пораженном сегменте.

Ограничение гипоксии тканей в зоне паранекроза является основной задачей местного лечения термической травмы в первую фазу раневого процесса. Достичь этого можно, оказывая влияние на все компоненты патологического процесса. Антикоагулянтные препараты, применяемые местно, в комплексе с паранетерально вводимыми дезагрегантами и спазмолитиками, позволяют корректировать нарушения кровообращения в ожоговой ране.

Материалы и методы:

Сформированы две группы пострадавших детей с ожогами II-IIIа степени площадью от 10 до 40%. В основную группу вошло 50 детей, в контрольную группу 49 детей. Общая площадь поражения в основной группе составила $23,6 \pm 2,1$, в контрольной $26,74 \pm 1,74$. Площадь глубокого ожога в основной группе составила $17,04 \pm 1,38$, в контрольной группе $15,54 \pm 1,98\%$. Индекс тяжести поражения в основной группе составил $55,04 \pm 4,8$, в контрольной $52,44 \pm 4,9$. Термоингаляционная травма зафиксирована у 5-ти пострадавших основной группы, и у 4-х в контрольной. Таким образом, группы сопоставимы по общей площади поражения, площади дермального и субдермального ожогов, а также по индексу тяжести поражения.

В основной группе местное лечение в первую фазу раневого процесса выполнялось с нанесением на рану антикоагулянтных препаратов (комплекс гепарина и тиноля, или гепариновая мазь). В контрольной группе местное лечение проводилось традиционным методом с помощью влажно-высыхающих повязок.

Определение периферического кровообращения производилось методом реовазографии. Параметры регионарного кровотока определялись при локализации поражения на нижних конечностях. Снятие параметров производилось до перевязки и через 2 часа после перевязки с нанесением на рану и неповрежденную вокруг кожу препаратов с антикоагулянтами. Параметры снимались с голени и стопы. Исследование выполнялось на вторые и пятые сутки с момента травмы.

Результаты:

На вторые сутки в обеих группах до перевязки кровенаполнение было значительно снижено: нг. 54,6% в опытной группе и 51,4% в контрольной. После перевязки

кровенеполнение в основной группе больных достоверно улучшалось и составляло 78,3% от нормы, в контрольной группе определялось незначительное улучшение регионарного кровотока до 59,2% от нормы.

На пятые сутки также в обеих группах кровенеполнение оставалось ниже нормы: в основной до 73,8% от должествующего объема, в контрольной группе до 62,3%. После перевязки улучшение регионарного кровотока в основной группе отмечено до 93,3%, в контрольной группе кровенеполнение оставалось на низком уровне и составляло 73,1% от нормы.

Развитие отска, гемокоцентрация и другие патологические факторы значительно затрудняют кровообращение в пораженных сегментах. Это подтверждается показателями реовазографии, снятыми с пораженных нижних конечностей. Регионарное кровообращение на вторые сутки практически наполовину снижено у всех обожженных. Применяемая нами методика позволяет улучшить регионарный кровоток на 23,7% на вторые сутки от момента травмы. Ежедневное нанесение на раны антикоагулянтов позволяет добиться увеличения регионарного кровотока к пятым суткам до 93,3%, по сравнению с восстановлением кровотока до 73,1% в контрольной группе.

Восстановление регионарного кровотока положительно сказалось на сроках эпителизации. Так, в основной группе эпидермальные ожоги эпителизировались, в среднем, на 2-4 суток быстрее, чем в контрольной. Еще большая разница отмечена в группе дермальных ожогов: в основной группе средний срок эпителизации составил $16,5 \pm 1,4$ суток, в то время как в контрольной – $24,3 \pm 1,3$ суток ($p < 0,05$). У пациентов с глубокими ожогами эпителизация в ячейках трансплантатов после аутодермопластики наступала в основной группе на 3 суток быстрее, средний срок полной эпителизации ран составил $22,1 \pm 1,2$ суток, в контрольной – $28,3 \pm 1,4$ суток ($p < 0,05$).

Выводы:

Включение в схему лечения ожогов местной антикоагулянтной терапии позволило добиться увеличения регионарного кровотока на 20-25%, сроки эпителизации дермальных ожогов сокращались на 29%, эпителизация глубоких ожогов после аутодермопластики наступала в 1,3-1,5 раза быстрее.