

максимальных условий для репаративных процессов в месте оперативного вмешательства, на предупреждение и лечение осложнений в рамках индивидуализированной программы реабилитации.

**В.В. Алексеевнина, А.А. Лебедь, О.С. Олифирова, В.А. Фигурнов, А.А. Брегадзе, Е.В. Фигурнова**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕТЕРОГЕННОГО ФИБРИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИХ РАН И ЯЗВ**

*Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)*

**Цель исследования** — оценить результаты использования гетерогенного фибрина в лечении больных с длительно существующими ранами и язвами мягких тканей.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Порошок нативного фибрина, выделенный из сгустка крови домашней свиньи (патент № 201619), применяли в фазу регенерации после очищения ран и язв от некротических тканей. На раневую поверхность после обработки антисептиком наносили слой порошка гетерогенного фибрина слоем 2–3 мм, поверх которого накладывали марлевую салфетку. Перевязки выполняли через 1–2 дня.

Проведен анализ лечения 16 больных с длительно существующими ранами кожи и подкожной клетчатки в результате термического поражения (9), заболеваний вен (4) и артерий (3). Из них — 6 женщин и 10 мужчин в возрасте от 45 до 65 лет. Длительность течения раневого процесса была от 1 до 14 месяцев. В среднем площадь раневой поверхности составляла  $136,3 \pm 1,3$  см<sup>2</sup>. Результаты применения гетерогенного фибрина оценивали в основной группе из 16 больных и 10 больных из группы клинического сравнения, которым проводилось традиционное лечение (мазь Левомеколь). В качестве критериев течения раневого процесса использовали клинический, планиметрический, бактериологический, цитологический методы.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Гетерогенный фибрин использовали для самостоятельной эпителизации длительно существующих ран и язв (7); подготовки к аутодермопластике (6); лечения остаточных ран после аутодермопластики (3). После применения гетерогенного фибрина все пациенты чувствовали себя удовлетворительно. Каких-либо неприятных ощущений, связанных с использованием гетерогенного фибрина, больные основной группы не испытывали. Температура тела не повышалась. В клинических анализах крови воспалительных изменений не отмечено. Исходно микробная обсемененность длительно незаживающих ран у больных основной группы и группы клинического сравнения была примерно одинаковой и не превышала  $10^5$  м.т. на 1 см<sup>2</sup> раневой поверхности. В обеих группах монокультура составляла 47–48 % преимущественно в виде *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus vulgaris*, *P. Aeruginosa*. После использования гетерогенного фибрина у больных основной группы наблюдалась более активная краевая и островковая эпителизация ран, чем в группе клинического сравнения. К 7–9-м суткам применения гетерогенного фибрина у всех больных основной группы отмечен регенераторный тип цитограмм, что сопровождалось снижением количества нейтрофилов и ростом числа зрелых фибробластов по сравнению с группой клинического сравнения. В то время как у больных группы клинического сравнения сохранялся воспалительно-регенераторный тип цитограмм. На 12-е сутки раневая поверхность у пациентов основной группы уменьшилась на 63,4 % от исходной, а в группе клинического сравнения — только на 37,8 %. Эпителизация раневой поверхности в основной группе (7) произошла на  $17,2 \pm 2,2$  сут., а в группе клинического сравнения —  $28,7 \pm 1,7$  сут. Применение гетерогенного фибрина у 6 больных позволило сократить раневую поверхность на 31,3 % и за счет этого уменьшить размеры кожного трансплантата для аутодермопластики. У трех больных гетерогенный фибрин был использован для эпителизации остаточных ран после аутодермопластики. Сроки лечения больных основной группы уменьшились в 1,5 раза по сравнению с группой клинического сравнения.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Опыт применения гетерогенного фибрина в местном лечении длительно существующих ран и язв разного генеза в фазе регенерации показал эффективность и перспективность гетерогенного фибрина для дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику.