

вследствие ареактивности организма и в случаях глубокого расположения гнойно-воспалительного очага в проекции магистральных сосудов, местные проявления воспаления отсутствовали или были не четко выражены, что потребовало для уточнения диагноза выполнения ультразвукового исследования по предложенной нами методике (предварительный патент на изобретение № 14606). Предлагаемый способ ультразвуковой диагностики позволил производить динамическое наблюдение за состоянием тканей в паравазальной области, определение степени вовлечения в патологический процесс кровеносного сосуда, изучение величины пульсации сосудистой стенки, размеров просвета сосуда на протяжении, резистентности сосудистой стенки, скорости кровотока и гидродинамического сопротивления в сосуде, определять тактику и объем оперативного лечения в зависимости от вовлечения в патологический процесс кровеносного сосуда и состояния сосудистой стенки. Все это позволило уменьшить число послеоперационных осложнений, наиболее грозным из которых является аррозивное кровотечение из магистральных сосудов.

Т.Н. Обьеденникова, В.В. Усов, С.М. Терехов, С.В. Якушин, Е.Е. Мартыненко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток)**

Система активного хирургического лечения термических поражений (Атясов, 1972) является общепринятой и позволяет успешно лечить больных с тяжелой ожоговой травмой. Однако лечение «критических» и «сверхкритических» ожогов (свыше 40 % поверхности тела) остается нерешенной проблемой. До сих пор нет единых взглядов на выбор оптимальных сроков и способов выполнения оперативных вмешательств, направленных на удаление ожогового струпа и восстановление целостности кожных покровов. Поэтому одним из направлений улучшения результатов лечения больных с тяжелыми термическими поражениями является разработка методов временного укрытия ожоговых ран после некрэктомии.

Для оценки эффективности методов хирургического лечения термических ожогов было проведено исследование результатов лечения 196 выживших пациентов Приморского краевого ожогового отделения с 1998 по 2006 гг. с глубокими ожогами площадью более 20 % поверхности тела. Летальность в этой группе составила 8,3 % (16 больных). Соответственно хирургической тактике все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 35 пострадавших (17,9 %), которым поэтапно выполнялась хирургическая некрэктомия, а первый этап — в первые 3–5 суток после травмы. В этой группе одномоментную аутодермопластику не выполняли, так как она утяжеляла состояние больных. Укрытие раневых поверхностей осуществляли на 2–3-и сутки после стабилизации состояния. Во вторую группу вошли 20 больных (10,2 %), которым проводили некротизирующую некрэктомию с использованием 20% салициловой мази. Третью группу составили 144 человека (71,9 %), у которых струп отторгался самостоятельно на фоне консервативного лечения.

Среди всех пациентов выделяли основную группу, в которой раны, образующиеся после некрэктомии, укрывали раневыми покрытиями «Воскопран», «Парапран» и «Гелепран». В контрольную группу вошли пострадавшие, которым выполняли перевязки с использованием марли, смоченной водным раствором хлоргексидина биглюконата.

У пациентов I основной группы раневые покрытия оставались на ожоговой ране до момента окончательного их укрытия на 8–12-е сутки. На момент аутодермопластики ожоговые раны были выполнены зрелой ярко-красной грануляционной тканью. Полное приживление кожи отмечено у 88,3 %, частичный лизис — у 5,7 %, полный — у 6 %. В I контрольной группе сроки полного укрытия ран составили 12–14 суток, полное приживление трансплантатов было у 71,3 % больных.

У больных, которым проводилась химическая некрэктомия, очищение ран от гнойно-некротических тканей происходило на 9–12-е сутки. В основной и контрольной группах сроки окончательного укрытия ожоговых ран соответственно составили 12–16 и 14–19 дней, а полное приживление кожных лоскутов происходило в 79,2 % и 68,4 % случаев.

Пациентам, у которых происходила самостоятельная некрэктомия, при использовании раневых покрытий полное закрытие раневых поверхностей удалось завершить на 28–35-е сутки. Полное приживление кожи отмечено у 69,2 % больных. В группе, где применяли марлевые повязки, полное укрытие ран выполнено на 35–42-е сутки, а полное приживление аутодермотрансплантатов было у 62,1 % пострадавших.

Таким образом, применение раневых покрытий «Воскопран», «Парапран» и «Гелепран» у больных с обширными глубокими ожогами позволяет выиграть время и закрыть обширные гранулирующие раны до момента их полного укрытия аутодермотрансплантатами, улучшить результаты аутодермопластики, сократить сроки лечения.