ской болезнью / Г.П. Котельников, С.А. Сухобрус // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н.Пирогова.- 2003.- № 2.- С. 45.
5. Магомедов М.А. Антиоксидантная терапия в лечении послеоперационного пареза кишечника // Хирургия.– 2004.- № 11.– С. 43.

УДК 616.5-001.4-089.43-032:[611.77:615.366]
© А.Х. Турьянов, Р.А. Нуруллин, Т. Р.Мавлютов

А.Х. Турьянов, Р.А. Нуруллин, Т. Р.Мавлютов

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ПОВЯЗОК И СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЖИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Изучали непосредственные результаты применения в поликлинических условиях разработанного авторами комплексного метода лечения дефектов кожи различной этиологии. Основа метода – использование ксенотрансплантанта до аутодермопластики, селективная деконтаминация кишечника. Метод использован у 135 больных. При сравнении разработанного авторами метода с традиционными подходами к лечению дефектов кожи различной этиологии у 50 сопоставимых больных, показано, что разработанный комплексный метод лечения дефектов кожи на 30% ускоряет положительную динамику планиметрии раны, на 30% сокращает период нагноения раны, почти на половину сокращает время полной эпителизации раны.
Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, хирургия, дефекты кожи, ксенотрансплантат, человек, взрослые.

A.H. Turyanov, R.A. Nurullin, T.R. Mavlutov

RESULTS OF THE COMPLEX TREATMENT OF SKIN DEFECTS IN AMBULANT CLINIC WITH THE USE OF BIO-ACTIVE DRESSINGS AND DIGESTIVE TRACT SELECTIVE DECONTAMINATION

Results of the complex treatment of various aetiology skin defects in ambulant clinic developed by authors have been studied. The method is based on application of xenotransplants and selective decontamination of intestines. The method were used in 135 patients In comparison with conditional approaches in 50 patients. The suggested methods have shown to improve the results and reduce up to 30% the period of wound healing.
Key words: ambulantory care, surgery, skin defects, xenotransplant, human, adult.

При открытой, лишенной кожи ране для заживления патогенетически значимым является потеря адекватной защиты от возбудителей гнойной инфекции. По С.И. Воздвиженскому (1999) у таких больных существует реальная возможность генерализации инфекции и развития сепсиса.

В этой связи особое значение приобретает проблема создания комплекса лечебных мероприятий, способствующих компенсации естественных барьерных функций кожи через раннее закрытие дефектов кожных покровов, предупреждению и лечению микробного загрязнения.

Методом выбора для профилактики инфицирования раневой поверхности при утрате кожного покрова является ранняя некроэктомия. Однако ее осуществление ограничивается недостатком специального оборудования и опыта ведения таких больных специалистами первичного звена здравоохранения. Существенна и проблема дефицита донорских ресурсов кожи.

В этой связи важное значение приобретает разработка способов временного закрытия ран новыми материалами. Для субъектов РФ, оказавшихся в техногенных чрезвычайных ситуациях, актуально наличие запаса покровных материалов для обеспечения служб медицины катастроф при массовых поступлениях пострадавших.

Материал и методы

Настоящее исследование проводилось в два этапа. На первом этапе нами было проведено экспериментальное испытание токсикологических и аллергенных свойств разработанного и предложенного нами нового материала «Ксенотрансплантат» на лабораторных животных в ЦНИЛ БГМУ. Как показали исследования, ксеноматериал не оказывает токсического влияния на клетки дермы. Более того, его применение стимулировало регенеративные процессы. По результатам испытаний ксеноматериал был рекомендован к применению в клинической практике.

На втором этапе (1999-2006 гг.), после утверждения фармкомитетом (Приказ № 3 от 23.02.89 г. Госкомитета по новой науке и технике МЗ СССР) трансплантат в качестве биологически активной повязки (БАП), изготов-

ленный по разработанной нами методике, был использован для лечения больных. Данное исследование проводилось в соответствии с принципами GCP (Good Clinical Practice), включая этические нормы, определенные Хельсинской декларацией 2001 г. на основе информированного согласия больных. Трансплантат применялся в поликлиниках № 1, 33 и травмпункте ожогового центра РБ. Нами учитывался и регламент приказа МЗ РФ № 266 от 19.06.2003 г. «Об утверждении правил клинической практики в Российской Федерации».

Разработанный материал был использован для закрытия ран у 135 больных с дефектами кожи вследствие травм и заболеваний как до некроэктомии, так и после нее, а также использовался для закрытия донорских мест. В качестве критериев эффективности лечения использовали динамику удельного веса высеваемых возбудителей гнойной инфекции и стандартные клинические признаки заживления ран [1].

Всем пациентам основной группы проводили селективную деконтаминацию (СД) с применением антибиотиков в зависимости от чувствительности микрофлоры и корригирующих дисбактериоз нистатина, лактобактерина, бификола в общепринятых дозировках. В среднем СД проводили 10-14 дней.

Группа сравнения была представлена 50 больными обоего пола с идентичными дефектами кожных покровов. В этой группе терапевтическая тактика заключалась в первичной хирургической обработке (ПХО), применении перевязочных материалов, растворов антисептиков (йодопирон), мазей (5% диоксидиновая и 1% йодопироновая, сульфамилон, дермазин), сетки “Воскопран” и стимуляторов заживления (солкосерил).

Применяемая нами БАП выпускается в виде полос 5 х 10 и 10 х 30 см для лечения ран площадью до 50 см^2, а также небольших гранулирующих и трофических ран. БАП выпускается в стеклянных упаковках с консервантом. Наложение БАП не требует специальных навыков и заключается в извлечении материала из упаковки, промывании его в стерильном физрастворе или воде (при необходимости в раствор можно добавить антибиотик) в условиях перевязочной амбулатории или офисе врача общей практики, хирурга. В последующем материал накладывается на рану и фиксируется простой повязкой. По мере нарастания собственного эпидермиса поверхность трансплантата подсыхает. В случае возникновения необходимости снятия трансплантата на одни сутки накладывается крем или мазь. Препараты наносятся поверх «прижившей» БАП. Для контроля микробного загрязнения ран использовали микроскопию мазков, окрашенных по Граму и Цилю-Нильсену. Для выделения возбудителей использовали стандартные среды (Эндо, Плоскирева, агар Сабуро). Антибиотикочувствительность определяли методом бумажных дисков по Кирби и Бауэру [6].

В исследование были включены лица обоего пола в возрасте от 18 до 68 лет, обратившиеся за медицинской помощью, с площадью поражения до 50 см^2. Из исследования исключались больные с ожогами 3-4-й степени, с дефектами кожи онкологической, туберкулезной, венерической, паразитарной этиологии и системными заболеваниями соединительной ткани.

Таблица 1

Классификация и распределение дефектов кожных покровов у больных основной и контрольной групп

Характер дефекта	Исследуемые группы			
	основная (n=135)		контрольная (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Ожоги термические	32	23,7*	11	22,0*
Ожоги химические	23	17*	9	18,0*
Отморожения	29	21,4*	11	22,0*
Электротравма кожи	8	5,9	-	-
Трофические язвы голени	21	15,5*	9	18,0*
Скальпированная рана	22	16,5*	10	20,0*
Всего	135	100	0	00

* Разница статистически недостоверна.

При анализе происхождения дефектов кожных покровов пациентов основной группы (135 человек) оказалось, что у 53,5% пациентов травмы кожи имели бытовой характер, у 21 (15,5%) - трофические язвы голени развились в связи с общими заболеваниями, у 16,2% - связаны с дорожно-транспортными происшествиями (скальпированные раны). Производственный характер повреждения кожи (химические ожоги и элетротравма) отмечен у 20 человек (14,8%). Определенное значение для «косметических» последствий имеет локализация дефектов кожи.

В нашем исследовании у мужчин и женщин термическим ожогам чаще подвергались кисти рук и стопы (35,5-44,4%), затем область живота (до 22%). Отморожения у обоих полов чаще всего наблюдали на лице (до 38,5%), у мужчин отморожениям чаще подвергались кисти рук (27,6%).

Динамика микробного пейзажа под влиянием лечения у больных с наиболее часто отмечаемой в нашем исследовании ожоговой травмой представлена в табл. 2.

Таблица 2

Динамика удельного веса отдельных возбудителей гноеродной инфекции при термических ожогах в результате применения дифференцированных лечебных комплексов

Возбудители гнойных инфекций	Основная группа (n=135)		Контрольная группа (n=40)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Удельный вес обсемененных ран, %	100	18,2*	100	32*
В том числе:				
Staphylococcus aureus, %	48	5*	45	10*
Pseudomonas aeruginosa, %	32*	12*	31,7	19*
Aspergillius, Candida, %	20	1,2*	23,3	3*

* Разница статистически достоверна.

Данные табл. 2 позволяют предложить комплексное лечение с помощью ксенотрансплантата в сочетании с селективной деконтаминацией в качестве метода выбора для решения актуальной проблемы раневой инфекции кожных дефектов. В основной группе удельный вес высеваемых возбудителей уменьшился почти в 5 раз, а в контрольной группе – менее чем в 3 раза.

В табл. 3 приведены показатели динамики важнейших клинических показателей под влиянием лечения.

Таблица 3

Динамика показателей состояния раны в результате лечения

Критерии заживления раны	Группы больных	
	основная (n=135)	контрольная (n=50)
Прекращение кровоточивости, день (M±m)	2 ± 0,06*	3,5 ± 0,1*
Замедленная грануляция, нагноения, %	7*	12*
Случаи положительной планиметрии ран на 5-й день, %	25*	12*
Отсутствие гнойного отделяемого, день (M±m)	6,7 ± 0,16*	9,3 ± 0,1*
Полная эпителизация раны, день (M±m)	18 ± 0,74*	25 ± 0,80*

* Степень достоверности различия составляет 95%.

Показатели, приведенные в табл. 3, свидетельствуют о достаточно высокой эффективности предложенного нами лечебного комплекса по сравнению с действующими стандартами терапии дефектов кожных поверхностей. В этой связи нам представляется целесообразным обсудить их и предложить соответствующим органам управления и финансирования учреждений здравоохранения и утвердить их в качестве новых медико-экономических стандартов лечения дефектов кожных покровов как в амбулаторных, так и больничных условиях.

Сопоставление результатов лечения с использованием предложенных методов и материалов с общепринятыми позволяет сделать следующие выводы:

1. По нашим данным среди пациентов с дефектами кожных покровов до 69,7% составляют лица в возрасте 30-40 лет.

2. Основной причиной (62,1% случаев) развития дефектов кожных покровов являлись температурный (ожог, отморожения) и химические факторы.

3. В структуре повреждений кожных покровов 55,3% случаев имели характер бытовой травмы, 15,5% связаны с общими заболеваниями, 16,2% - с дорожно-транспортными происшествиями, 14,8% связаны с воздействием производственных факторов.

4. Наиболее часто лишённые кожи раны были обсеменены стафилококком (55%). Граммотрицательную флору, превышающую критический количественный уровень, обнаруживали в 30% случаев. При обширных ранах в 5% случаев выявляли грибковую суперинфекцию.

5. В результате включения в комплекс лечения селективной деконтаминации удельный вес высеваемых с поверхности ран гноеродных возбудителей уменьшился ≈ в 5 раз, в группе сравнения – менее чем в 3 раза.

6. В результате применения разработанного нами лечебно-диагностического комплекса полная эпителизация раны развивалась за 18±0,74 дня, а в группе сравнения за 25±0,8 дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Раневое заживление в хирургии.- Минск: БДМУ, 2003.
2. Воздвиженский С.И. Организация этапной медицинской помощи детям раннего возраста с термической травмой в условиях чрезвычайной ситуации и катастроф / С.И. Воздвиженский, Л.В. Шурова, Л.И. Будкевич // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции по проблеме термических поражений.- Челябинск, 1999.- С. 1415.
3. Временное биопротезирование кожных покровов при ожогах // Т.Р. Мавлютов, Р.И. Еникеев, Д.А. Байков, В.В. Смольников, С.И. Олейников, Р.И. Гиматдинов // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: материалы научной конференции, в рамках международного форума «Человек и травма».- Нижний Новгород, 2001.- С. 172-174.
4. Егоров А.Л. Интенсивная терапия тяжелых ожогов у детей в условиях отделения общей реанимации многопрофильной детской больницы / А.Л. Егоров, А.Г. Баиндурашвили, А.И. Григорьев // Комбустиология на рубеже веков: международный конгресс.- М., 2000.- С. 138.

5. Мавлютов Т.Р. Клинико-экспериментальное обоснование дифференцированного подхода к профилактике и комплексному лечению гнойной инфекции при термической травме у детей: Автореф. дис. … д-ра мед. наук.- Уфа, 2005.
6. Покровский В.И. Медицинская микробиология / В.И. Покровский, О.К. Поздеев.- М.,1999.- С. 113-136.
7. Приказ от 23.02.89 г. №3 Госкомитета по новой науке и технике МЗ СССР.
8. Приказ 19.06.2003 г. № 266 «Об утверждении правил клинической практики в Российской Федерации».
9. Прямая и опосредованная защита ожоговой раны / Т.Р. Мавлютов, В.В. Никитин, Г.А. Гинодман, А.Н. Зимницкий, В.В. Смольников // Материалы VII Всероссийской конференции по проблеме термических поражений.- Челябинск, 1999.- С. 187-189.
10. Рудовский В. Теория и практика лечения ожогов / В. Рудовский, В. Назимовский, В.К. Зиткевич.- М., 1980.- С. 56, 121, 376.
11. Современные технологии в интенсивной терапии тяжелой ожоговой травмы у детей / А.Л. Егоров, А.Г. Баиндурашвили, А.И. Григорьев, В.Е. Мальих, Т.Э. Федоров // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: материалы научной конференции, проводимой в рамках международного форума «Человек и травма».- Нижний Новгород, 2001.- С. 40-41.