

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных 1 группы болевой синдром был выражен, беспокоил длительное время из-за чего больные плохо спали на протяжении 3 — 4 суток. Во 2 группе после кратковременного снижения интенсивности боли вновь усилились, вследствие чего в первые сутки больные не могли уснуть. Через сутки интенсивность боли постепенно стала стихать. У пациентов 3 группы, которым ожоговые раны были обработаны гелем «Апполо-Пак», боли стихли сразу после его нанесения. Больные также отмечали его успокаивающее охлаждающее действие.

При динамическом изучении состояния ожоговых ран увеличения площади поражения не отмечалось, но у 18 (39,1 %) больных 1 группы отмечалось углубление ран до IIIA степени, что существенно удлиняло сроки их лечения. Нагноение ожоговых ран, которое также способствовало увеличению сроков лечения и затрат медикаментов, развилось у 38 (82,6 %) больных. Развитие осложнений объясняется тем, что перевязки были травматичными и болезненными, нередко происходила десквамация эпидермиса, что и ухудшало состояние ран.

Во 2 группе ухудшение состояния ожоговой раны отмечалось у 24 (46,2 %) пациентов, из них в 14 (26,9 %) случаях раны углубились до IIIA степени. Пена аэрозоля закрывала раны, что затрудняло проведение ежедневного контроля состояния ран, вследствие этого у 6 больных развившиеся осложнения были обнаружены с запозданием на 3 — 5 суток.

У больных 3 группы случаев увеличения глубины и площади поражения, развития нагноения ран не отмечалось.

Средние сроки заживления ожоговых ран составили в 1 группе 21,3 дня, во 2 группе — 17,5, в 3 группе — 12,2 дня.

ВЫВОДЫ

1. Первая медицинская помощь при ожогах должна быть патогенетичной и направленной, в первую очередь, на охлаждение и обезболивание места поражения.

2. Своевременное охлаждение и обезболивание места поражения при ожогах позволяет локализовать воспаление тканей и предупредить прогрессирование деструкции в них.

3. Наиболее подходящим для оказания первой медицинской помощи при ожогах являются гелевые лекарственные препараты с охлаждающим и обезболивающим эффектом.

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев, В.Д. Цыреторов

ОТКРЫТЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН, ИНФИЦИРОВАННЫХ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангипова» (Улан-Удэ)

Цель: изучить эффективность лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, открытым методом с применением ксероформа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдались 87 больных с ожоговыми ранами на площади 20 — 30 % поверхности тела, инфицированными синегнойной палочкой, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и ожогов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 1995 г. по 2004 г.

По примененным методам местного лечения ожоговых ран больные были разделены на 2 группы. Группу клинического сравнения составили 46 больных, им лечение синегнойной инфекции проводилось общепринятыми методами.

В исследуемую группу включили 41 больного. Применен метод открытого ведения ран с применением ксероформа. Выбор ксероформа обусловлен его антисептическим, вяжущим и подсушивающим действием, что создает неблагоприятное условие для жизнедеятельности синегнойной палочки. Больным этой группы первоначально производилась расширенная перевязка под наркозом, затем раны присыпались ксероформом и, в дальнейшем, лечение проводилось открытым методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных, которым лечение ожоговых ран инфицированных синегнойной палочкой проводилось открытым методом, уже на вторые сутки уменьшались явления токсемии и местные проявления инфекционного процесса, заметно улучшалось самочувствие.

Применение предложенного метода лечения позволило подавить развитие синегнойной инфекции уже на 3 — 4 сутки начала лечения, о чем свидетельствуют отрицательные результаты бактериологиче-

ских посевов из ожоговых ран. В группе же клинического сравнения этого удавалось добиться только на 10 – 12 сутки после начала лечения.

Метод открытого лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, позволил подготовить ожоговые раны к аутодермопластике у больных в исследуемой группе в среднем на $5,6 \pm 0,3$ дня раньше, чем у больных группы клинического сравнения.

Более ранние сроки аутодермопластики улучшили результаты лечения и позволили сократить сроки лечения в исследуемой группе на $8,4 \pm 0,3$ койко-дня, по сравнению с группой клинического сравнения.

Если до начала применения ксероформа внутрибольничное инфицирование ожоговых ран синегнойной палочкой отмечалось у 35 % ожоговых больных, то в настоящее время наблюдаются только единичные случаи ее возникновения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод открытого лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, с применением ксероформа удобен в исполнении и весьма эффективен, вследствие создания неблагоприятных условий для микроорганизма.

Д.Д. Рыбдылов, Э.З. Гомбожапов, Ю.Д. Доржиев

МОНИТОРИНГ МИКРОФЛОРЫ ОЖОГОВЫХ РАН

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

Наиболее частым осложнением течения раневого процесса при ожогах является его инфицирование, которое существенно отягощает состояние пораженного, усиливая эндотоксемию, и способствует генерализации общей гнойной инфекции. Поэтому одним из важных направлений в лечении тяжелой термической травмы является исследование микробного пейзажа ожоговых ран, выявление их антибиотикорезистентности с целью проведения рациональной антибактериальной терапии.

Цель: изучить спектр микрофлоры ожоговых ран у больных с тяжелой термической травмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов микробиологических исследований ожоговых ран у 112 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Городской больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 2003 г. по 2008 г. Возраст пострадавших колебался от 29 до 45 лет, площадь поражения от 15 до 40 %. Микробиологические исследования раневого отделяемого проводились на 3, 6, 10-е сутки после получения травмы из мест повреждения тканей IIIA-B степени. При выявлении смешанных культур предпочтение отдавалось микроорганизмам, выделенным в большей концентрации и обладающими потенциально более высокой вирулентностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результатах микробиологических анализов, взятых на 3-и сутки после травмы определялся достаточно широкий спектр микрофлоры. В 46 (41,1 %) случаях возбудителем раневой инфекции явился *S. aureus*, 38 (33,9 %) – *Acinetobacter sp.*, *S. epidermidis* обнаружен в 21 (18,7 %) исследованиях и в 7 (6,3 %) – *Enterobacter sp.* В 36 (32,1 %) случаях имели место ассоциации микроорганизмов.

Заметные изменения состава микрофлоры отмечаются в ранах на 6 сутки. Ассоциация из 2 – 3-х микроорганизмов выявлено уже в 63 (56,3 %) случаях. В 58 (51,8 %) исследованиях преимущественное положение занимал *S. aureus*. У 31 (27,7 %) выявлен *Ps. aeruginosa*. Остальные микроорганизмы, *Enterobacter sp.*, *Acinetobacter sp.*, *S. epidermidis*, высеяны у 9 (8,0 %), 8 (7,1 %) и 6 (5,4 %) пациентов соответственно.

Изменения состава микрофлоры в ожоговых ранах, вследствие контакта с госпитальной инфекцией произошли и на 10-е сутки. *S. aureus* преимущественно обнаружен у 92 (82,1 %) больных, *Ps. aeruginosa* – у 8 (7,1 %). И по 6 (5,4 %) случаев положительных высевок *Enterobacter sp.*, *Acinetobacter sp.* Ассоциация микроорганизмов имело место только у 5 (4,6 %) больных.

У *S. aureus* отмечена наибольшая устойчивость к антибиотикам пенициллинового ряда. Высокая чувствительность определялась к цефалоспорином III поколения, фторхинолонам, ванкомицину.

Ps. aeruginosa отличалась высокой резистентностью к пенициллинам и гентамицину. Наиболее активными по отношению к нему явились амикацин, цефалоспорины III поколения, левофлоксацин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Микробиологический мониторинг ожоговых ран позволяет сформировать реальное представление о преимущественном наличии штаммов возбудителей в ней, а также об эпидемиологическом состоянии в отделении и позволяет разработать критерии антибактериальной терапии.