

СОВРЕМЕННЫЕ РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКО ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН.

САЛАХИДДИНОВ К.З., ДЖУМАБАЕВ Э.С., АЛЕКСЕЕВ А.А.,

**Кафедра госпитальной и факультетской хирургии АГМИ, г.Андижан
Кафедра термических поражений, ран и раневых инфекций РМАПО,
г.Москва**

Даны результаты исследований 74 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу ожогов III А степени. Установлено, что применение региональной лимфатической антибиотикотерапии (РЛАТ) достоверно снижает частоту осложнений, проявляющихся снижением отека, перифокального воспаления, бактериальной обсемененности ран, сокращает сроки стационарного лечения. Сделан вывод, что применение РЛАТ в профилактике и лечении ожоговых раневых осложнений является обоснованным и может быть применен при любой степени ожога и ожоговой болезни.

Ключевые слова: Ожоги, региональная лимфатическая антибиотикотерапия, раневые осложнения

The results of research carried out involving 74 patient. were on stationary treatment of III A degree burns at the Burn Unit were analyzed. It was determined that appliance of regional lymphatic antibioticotherapy largely decreases the frequency of complications, revealed with decrease of edema, inflammation process, bacterial accumulation on wound surface, and reduces the period of stationary treatment. It was concluded that use of RLAT in preventive maintenance and treatment of burn wounded complications is proven and can be applied at any level of burn and burn disease.

Key words: burns, regional lymphatic antibioticotherapy, wound complications

III А даражадаги куйишлар билан стационарда даволанган 74 беморларни, текширув натижалари урганиб чикилди Беморларда замонавий яра копломалар ва регионал лимфотерапия куллаш билан киесий тахлил утказилди. Колланиятган методика яраинг эпителизацияси тезлигига кучли таъсир этувчи, киска муддат ичида, шиш кайтишга, яра отрофи ялигланиши, беморларнинг хаётини саклаб қолишда мухим ахамиятга эга булган омил эканлиги аникланди. Яра асоратларини профилактика ва даволашда РЛАТ кулланиш ката ахамиятга эга.

Калит сузлар: регионал лимфатик антибиотико терапийи, куйиш яра осоратлари, замонавий яра капломалари..

Несмотря на многочисленные сообщения о современных методах лечения ожоговых ран а также профилактики раневых инфекций, применение раневых покрытий остается одним из важных элементов [1,4]. В связи с этим поиск новых средств и методов комплексного подхода, создание комфортных и оптимальных условия ауторегенерации, в лечении больных пастародавших от ожогов, пути эффективной болрбы с возможными раневыми осложнениями а также прицельное воздействие на очаг патологии, является на наш взгляд весьма актуальным.

Любые ожоги, особенно обширные, независимо от их локализации, сопровождаются воспалительным процессом и выраженной наружной лимфореей с которой, организм покидают жизненно важные элементы, белки, электролиты и т.п.. [1,6]. Не нужно забывать и о часто сопровождающей раневой процесс ожоговой инфекции.

В генезе послеожоговой плазмопотери основная роль принадлежит местному нарушению целостности сосудов и капилляров, повышению их проницаемости [8.9]. При расстройствах микроциркуляции, приводящих к массивному застою крови в сосудах, увеличению межинтерстициального отека, имеет место локальное компенсаторное увеличение лимфопродукции. В этот период лимфатическое русло может явиться одним из главных дренажных звеньев интерстиции [2.3.5.7].

Важным обстоятельством лимфатической системы, является фактор накопления поврежденных клеток, микроорганизмов и токсинов с последующей нейтрализацией и выведения их естественным путем.

В качестве профилактики осложнений ожоговой болезни, в т.п. связанных с течением раневого процесса нами применялся в комплексном лечении метод региональной лимфатической антибиотикотерапии (РЛАТ).

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения региональной лимфатической терапии в лечении и профилактике раневой инфекции, ожоговых ран.

Материалы и методы.

Нами изучено 74 больных с ожогами III A ст., различной локализации. Из них 40 это больные основной группы (13 женщин и 27 мужчин), которым в комплексе лечебных мероприятий было использовано биологическое раневое покрытие «Биокол-гель» и «Биокол» а так же региональная лимфатическая антибиотикотерапия. 34 больных (7 женщин и 27 мужчин) составили контрольную группу которым использовано раневое покрытие «Гелепран». Все исследуемые больные были преимущественно с ожогами верхних или нижних конечностей.

Оценку результатов лечения проводили на основе визуального контроля за течением раневого процесса, количества и характера отделяемого, сроками снижения отека, сроков эпителизации с начала лечения, бактериологическими и цитологическими исследованиями, нагноения раны. У больных в динамике изучали изменения основных клинико-лабораторных показателей.

Методика: На очищенную раневую поверхность накладывалось биологическое раневое покрытие («Биокол гель», «Гелепран») все это фиксировалась несколькими слоями стерильной марлевой повязки. По чего тонкой иглой прокалывается кожа и в подкожную клетчатку в межпальцевой промежутке или на 5-10 см. ниже края раны, вводится раствор Гепарина 5,000 ед. в 3,0 мл. 0,25% Новокаина (иглу не вынимают), через ту же иглу

вводится раствор Фуросемида 40 мг. на 3,0 мл. 0,25% Новокаина, далее вводится по показанию разовая доза антибиотика, в нашем случае мы использовали Гентамицин в дозе 80 мг., после чего игла извлекается. Манипуляция производится 1 раз в сутки, в течении 5-6 дней.

Результаты исследований:

Сопоставляя клинические и лабораторные данные сравниваемых групп мы получили следующее: на фоне комплексного лечения РЛАТ у 24 (60 %) больных уже к началу 2-х суток было отмечено значительное а местами и полное снижение отека и перифокального воспаления, в контрольной же группе эти показатели проявились в более поздние сроки на 3-4 сутки.

Из ожоговых ран до начала лечения контрольной и основной групп высевались в 40 % штаммы *P.aeruginosa* 20 % *S.aureus*, в остальных случаях *S.epideridis*.

Через 2-е суток после начала лечения у больных контрольной группы микрофлора была таковой как до лечения, микробная обсемененность не изменилась, а даже в некоторых случаях увеличилась. В основной группе с применением РЛАТ микробная обсемененность снизилась с 105,4 до 103,6 КОЕ на 1 см² раневой поверхности, уменьшилась высеваемость *P. aeruginasa* и *S. aureus*. На фоне лечения РЛАТ к 5-м суткам микроорганизмы выделялись только у 2 больных, из них у 1 -*P. Aeruginasa*, 1 *Acinetobacter spp*.

Отмечалось снижение уровня микробной обсемененности ожоговых ран на фоне комплексного лечения с 103,6 до 101,2 КОЕ на 1 см² раневой поверхности. В группе сравнения в 2 случаях на фоне традиционного лечения к 5-м суткам отмечено выделение микроорганизмов из ожоговых ран. В 3 случаях получена двухкомпонентная ассоциация (*S. aureus* с *P. aeruginasa*). Микробная обсемененность ожоговых ран на фоне традиционного лечения снижалась с 105,5 до 103,4 КОЕ на 1 см² раневой поверхности.

У всех больных основной и контрольной групп до начала лечения, цитологическая картина была следующей: преобладали воспалительный

(75%) и воспалительно-регенераторный (25%) типы цитограмм. На фоне лечения на 5 сутки в контроле, тип цитограммы у 26 больных сменился на воспалительно-регенераторный, оставаясь воспалительным у 6 (17,6 %) и регенераторный у 2 (5,8 %) пациентов. При этом в группе сравнения на фоне РЛАТ воспалительно-регенераторно тип цитограммы отмечен у 17 (42,5%) больного, у 4 (10%) воспалительный и у 19 (47,5%) регенераторный с аутоиммунным компонентом.

На 5 сутки у 25 (62,5%) больных получивших региональную лимфатическую антибиотико-терапию отмечалась выраженная активная эпителизация напротив 18 (42.8%) контроля.

Нагноение раны отмечено у 2 (5 %) основной и 4 (11,7 %) контрольной групп.

Заключение

Применение региональной лимфатической антибиотико терапии в комплексном лечении ожоговых ран, существенно влияет на течение и исход воспалительного процесса в ране, бактериальную обсемененность, снижает частоту осложнений. В результате применения РЛАТ в более ранние сроки отмечается снижение отека, перефокального воспаления, способствует выраженной эпителизации. Методика проведения РЛАТ дает возможность более прицельного введения лекарственных средств к очагу поражения (достижение высокой местной концентрации антибиотиков), легок и экономичен в применении.

Литература

- 1.Алексеев А.А. В кн.: // VII Всероссийская научно-практическая конференция по проблеме термических поражений. Тезисы докладов. Челябинск,1999; 6–8.
- 2.Бородин Ю.И., Сапин М.Р., Этинген Л.Е. и др.// Общая анатомия лимфатической системы. Новосибирск.:Наука Сиб.отд.1990, 243 стр.

3. Джумабаев С.У., Хакимов В.А., Джумабаев Э.С., Саидхождаева Д.Г., и соавт. // Справочник по клинической лимфологии, Ибн Сино, 1999, 325 стр.
4. Куринова М.А., Гальбрайт Л.С.// XLVIII-XLIX Международной научно-практической конференции «Современная медицина: актуальные вопросы» Россия, г. Новосибирск, 2015 г.
5. Нечепеленко Г.В.// Сегментарная теория лимфатической системы М.:Химия, 1990, 160 стр.
6. Сиденов О.И., Рыбдалов Д.Д. Конгресс "Комбустиология на рубеже веков". Тезисы докладов. М., 2000; 129.
7. Сапин М.Р., Борзяк Э.И.// Внеорганные пути транспорта лимфы М.:Медицина,1982, 264 стр.
8. Евсеев В.А., Ковешникова Т.М., Макарова Н.Н. В кн.: Международная конференция, посвященная 70- летию НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе и 55-летию ожогового центра "Актуальные проблемы термической травмы". Тезисы докладов. СПб.: 2002; 264–5.
9. Bell E., Sher S., Hull B et al. /J. Invest.Dermatol.-1983.-Vol.81.-N 1.-P.2-10.