

**Красноярская клиническая больница  
ожоговое отделение**

# **ОТЧЁТ**

**ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ  
НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕН-ХИТОЗАНОВОГО КОМПЛЕКСА  
В ЛЕЧЕНИИ  
термических, химических и электро- ожогов и  
длительно незаживающих гранулирующих ран  
неожоговой этиологии**

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

<u>1 ВВЕДЕНИЕ.....</u>	<u>1</u>
<u>2 ЦЕЛЬ РАБОТЫ.....</u>	<u>2</u>
<u>3 Материалы и методы.....</u>	<u>2</u>
<u>3.1 Распределение больных по группам.....</u>	<u>3</u>
<u>3.2 Общее лечение.....</u>	<u>3</u>
<u>3.3 Местное лечение.....</u>	<u>3</u>
<u>3.4 Учитываемые параметры.....</u>	<u>4</u>
<u>3.5 Результаты.....</u>	<u>5</u>
<u>3.5.1 Результаты лечения больных опытной группы.....</u>	<u>5</u>
<u>3.6 Рекомендации.....</u>	<u>6</u>

**Красноярск – 2003**

### **1 ВВЕДЕНИЕ**

Из анализа статистики за последние 2 года видно, что 60% больных –

это больные с поверхностными ожогами, не требующие оперативного лечения.

Показаниями для госпитализации служат площадь и локализация ожогов. 95% - составляют жители города Красноярска. Больные с глубокими ожогами составляют 30,6% (из них: жители Красноярска – 63,3%, края и других территорий – 36,7%).

Всей группе больных с глубокими ожогами произведено оперативное восстановление кожных покровов, причём большинству из них выполнено 2 – 3 и более операций. При уменьшении общего количества больных по сравнению с 2001 годом на 2%, количество больных с глубокими ожогами снизилось на 16,4%. При этом соотношение количества жителей города и районов края по сравнению с 2001 годом осталось почти на прежнем уровне. Незначительно (на 3,4%) увеличилось количество больных с последствиями ожогов. Значительно увеличилось количество больных с гранулирующими ранами после травм и заболеваний – на 6,8%. Это связано с тем, что проведена работа среди хирургов края, и большее количество больных с глубокими ожогами, последствиями ожогов и гранулирующими ранами после травм и заболеваний направляется для лечения в ожоговый центр. Эта патология приводит к ограничению трудоспособности социально активных лиц, значительно снижает качество их жизни, существенно усложняет уход за людьми преклонного возраста. Большое количество больных с данной патологией, недостаточная эффективность существующих консервативных методов лечения, огромный экономический ущерб, вызванный временной потерей трудоспособности и частой инвалидизацией пациентов, заставляют обратить особое внимание на эту патологию. Широкие возможности в местном медикаментозном лечении ран открылись с появлением различных раневых покрытий, обладающих такими качествами как дегидратирующая, антимикробная активность, гемостатические свойства, стимуляция роста грануляций, эпителия.

В настоящее время известны раневые покрытия, состоящие из комплекса коллагена, производных хитозана (аскорбата или ацетата) и антимикробного препарата - метронидазола в концентрации 0,016 мг.см<sup>2</sup>, выпускаемые железногорским горнохимическим комбинатом, которые широко используются в лечении больных с длительно незаживающими ранами различной этиологии, термическими, химическими и электроожогами .

## **2 ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

**Целью** настоящей работы явилось изучение результатов лечения больных с термическими, химическими, электроожогами и длительно незаживающими ранами не ожоговой этиологии с помощью применения раневых покрытий железногорского Горно-химического комбината в сравнении с другими ранозаживляющими средствами.

## **3 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Клиническая часть работы выполнена на базе ожогового отделения ККБ.

Под нашим наблюдением находилось 20 больных с термическими, химическими, электроожогами (10 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 20 до 60 лет.

### 3.1 Распределение больных по группам

Распределение больных по группам приведено в таблице 1

Таблица 1

Патология:	ПЕРВАЯ ГРУППА (количество людей)	ВТОРАЯ ГРУППА (количество людей)
1 Термический ожог <i>IIIA</i>	5	5
2 Термический ожог <i>IIIB - IV</i> степени	2	2
3 Гранулирующая рана	3	3
<b>ВСЕГО</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Гранулирующие раны у 4 больных 1 и 2 групп явились исходом скальпированных ран бёдер и голеней, у 2-х больных гранулирующие раны с локализацией на грудной клетке лечились амбулаторно в течение 4-х и 6-и месяцев.

Термические ожоги наблюдались с момента поступления в ожоговый центр, давность травмы не превышала 1-х суток.

**В первой группе** больных (10 человек) лечение проводили традиционным методом с использованием растворов с антисептиками и мазей на полиэтиленгликолевой основе.

Оперативное лечение гранулирующих ран и ожогов *IIIB-IV* степени производили по мере готовности ран к аутодермопластике (наличие мелкозернистых грануляций малинового цвета с незначительным серозным отделяемым, микробное число не более 10 в пятой степени).

### 3.2 Общее лечение

Общее лечение включало применение дезинтоксикационную, инфузионную и антибактериальную терапию, согласно антибиотикограмме, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, стимулирующих регенеративные процессы. Большое внимание уделялось лечению сопутствующих заболеваний.

### 3.3 Местное лечение

**Местное лечение** проводили согласно фазам раневого процесса.

**При поверхностных ожогах** в фазу гидратации применяли влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков. В фазе пролиферации применяли мази на водорастворимой основе (левомеколь, левосин, диоксидиновая мазь).

**При глубоких ожогах** в фазу гидратации применяли влажно-высы-

хающие повязки с растворами антисептиков до формирования сухого струпа, после чего применяли некролитические мази (40% салициловая мазь). В фазе пролиферации - водорастворимые мази на основе полиэтиленгликоля.

**При гранулирующих ранах** применяли мази на основе полиэтиленгликоля.

**У 5 больных второй группы** с поверхностными ожогами, после первичного туалета ран наносили раневые покрытия, сверху наложенные губчатые пластины покрывали марлевой салфеткой и фиксировали с помощью марлевого бинта.

**Переязки у больных первой группы** проводили ежедневно, у больных второй группы, в зависимости от состояния раны, - через 2-3 суток. Промокшие участки покрытия удаляли с раневой поверхности, заменяя их новыми, а прилипшие части оставляли в ране до полной эпителизации.

**У 5 больных второй группы** с гранулирующими ранами и глубокими ожогами раневые покрытия наносили на рану с момента поступления до готовности раны к аутодермопластике, смену повязок производили по мере увлажнения эксудатом 2-3 раза в сутки.

Оценка эффективности

### **3.4 Учитываемые параметры**

При оценке результатов лечения учитывали изменение следующих параметров:

- ✓ степени бактериальной обсемененности;
- ✓ сроков эпителизации ран;
- ✓ результатов аутодермопластики.

Больные второй группы были разделены на 4 подгруппы:

- А.** использующие раневые покрытия (коллаген + аскорбат хитозан + метронидазол) **3 человека.**
- Б.** использующие раневые покрытия (коллаген + ацетат хитозан + метронидазол) **3 человека.**
- С.** использующие раневые покрытия «ЛитА-ЦвеТ» (коллаген + гентамицин) **2 человека.**
- Д.** использующие салфетки «КОЛЛАХИТ» (на коллагеновой основе) **2 человека.**

Определение бактериальной обсемененности ран производили по методу Gould в модификации Рябинского-Родомана.

Количество микроорганизмов 10<sup>5</sup> КОЕ/мл и выше свидетельствует об этиологической роли выделенного микроорганизма.

### 3.5 Результаты

У всех больных при поступлении в стационар бактериальная обсемененность превышала  $10^5$  КОЕ/мл и составляла в среднем  $10^7 - 10^8$  КОЕ/мл.

У **больных второй группы** применяли вышеуказанные раневые покрытия, тогда как **больные первой группы** получали стандартную терапию.

При лечении ожогов III-A степени раневые покрытия типа «Коллахит» проявили ярко выраженное стимулирующее действие на регенераторные процессы в ране, стимулировали краевую и островковую эпителизацию. Полная эпителизация ран происходила в сроки от 7 до 19 дней. Привлекала простота применения покрытия.

У **больных второй группы** с глубокими ожогами и гранулирующими ранами сокращались сроки подготовки ран к аутодермопластике, результат операций значительно лучше (повысился процент приживления трансплантатов).

#### 3.5.1 Результаты лечения больных опытной группы

Таблица 2 Результаты лечения больных опытной (второй) группы

Погруппа	А	Б	С	Д
Кол-во КОЕ на 1гр. ткани к концу фазы гидратации	$10^1$	$10^1$	$10^2$	$10^2$

Микробиологические исследования показали уменьшение высеваемости большей части грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Снижение уровня обсемененности язв ниже критического зафиксировано к 8-9 суткам у больных групп «А» и «Б» и к 10-14 суткам у больных групп «С» и «Д».

В первой группе предоперационный койкодень составил 7-8, приживление трансплантатов 85-87%, а во второй группе предоперационный койкодень составил 6, приживление трансплантатов 95%.

Лечение хорошо переносилось больными: в основной группе осложнений не отмечено, в контрольной группе у 2 больных (20%) были отмечены аллергические реакции на антибактериальные препараты в виде зуда и крапивницы, что потребовало смены антибиотика и назначения антигистаминных препаратов.

### 3.6 Рекомендации

Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать раневые покрытия «Коллахит» на основе коллаген-хитозанового комплекса к широкому применению в лечении ожогов и длительно незаживающих ран различной этиологии.

Зав. ожоговым центром ККБ,  
доктор медицинских наук



Волошенко Е.В.

Зав. ожоговым отделением ККБ



Хлебников А.Б.

Врач-ординатор



Шшонков А.В.