

НАШ ОПЫТ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ГЕПРОЦЕЛ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Юнусов О.Т.

ЧУҚУР КУЙГАН БЕМОРЛАРДА МАҲАЛЛИЙ ГЕМОСТАТИК ВОСИТА Г ЕПРОЦЕЛНИ ҚЎЛЛАШ БЎЙИЧА БИЗНИНГ МАЛАКАМИЗ

Юнусов О.Т.

OUR EXPERIENCE OF TOPICAL USE OF THE HEMOSTATIC AGENT GEPROCEL IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP BURNS

Yunusov O.T.

Самаркандский государственный медицинский институт

Мақсад: маҳаллий гемостатик восита гепроцелни сувсизланган беморларда қўллаб, эрта некрэктомия аутодермопластика билан натижаларини яхшилаш. **Материал ва усуллар:** ушбу натижаларга эришишда 35 та термик куйган беморларга (10 аёл ва 25 эркек) 15-55 ёшгача бўлганлар орасида ёрдам берилди, 2017-2018 йил орасида комбустология бўлимида олиб борилди. Ҳамма беморларга эрта некрэктомияни соғлом тўқимагача олиб борилиб то капилляр қон кетгунча қаралади ва бир вақтнинг ўзида аутодермопластика амалга оширилади. Гемостаз учун гепроцел гемостатик порошок (10 мг порошок) некрэктомия ва боғлов вақтида ишлатилди. **Натижалар:** деярли барча назоратлар ичида жароҳат сабаби аланга, қайноқ сув, контакт куйишлар сабаб бўлади. Зарарланиш умумий майдони 5-20% ташкил этади, чуқур куйишларда эса III б-IV даражали 10% гача қузатилган. Оғриқ деярли сезиларсиз. Жароҳат нуқсонини ёпиш вақтида ауто-лоскут адгезияси яхши бўлиб чўлтоқ жароҳатга текис ёпишади. гепроцел қўлланилган беморларда ауто-дермопластика билан некрэктомиядан сўнг донор майдони 7-кун тўлиқ битади ва тери ауто-трансплан-татнинг терига тўлиқ битишиб кетиши операциядан кейин 12-кун амалга ошади. **Хулосалар:** операциядан кейин 3-кун тери трансплантатининг динамикада ижобий ўзгаришлари намён бўла бошлайди. Жароҳат-дан ажралма йўқ, Донор майдонида яллиғланиш ва инфицирланиш белгилари бўлмайди.

Калит сўзлар: чуқур куйиш, аутопластика ёрдамида эрта некрэктомия, гемостатик препарат гепроцел.

Objective: To improve the results of early necrectomy with autodermoplasty in burned patients by using the local hemostatic agent Geprocel. **Material and methods:** The results of treatment of 35 victims with thermal injuries (10 women and 25 men) aged 15 to 55 years who were treated in the combustiology department of the Samarkand branch of the Russian Center for Scientific and Cardiomyopathy in 2017-2018 were analyzed. **Results:** The use of hemostatic Geprocel after necrectomy followed by autodermoplasty in all cases contributed to the complete healing of donor sites on the 7th day, complete engraftment of the skin autograft with complete restoration of the defect was achieved by the 12th day after the operation. **Conclusions:** Local single application to the wound after necrectomy of the hemostatic drug Geprocel with autodermoplasty promotes rapid adhesion of the graft, provides quick and complete engraftment of skin flaps.

Key words: deep burns, early necrectomy with autodermoplasty, hemostatic drug Geprocel.

В общей структуре травматизма термические повреждения занимают 2-3-е место. При этом высока доля глубоких ожоговых повреждений, требующих обязательного хирургического лечения.

Сущность оперативного лечения глубоких ожогов заключается в том, чтобы тем или иным способом восполнить дефект кожных покровов, образовавшихся в результате их омертвления. Наиболее распространенным методом восстановления целостности кожного покрова является свободная пластика кожи. Пластическому закрытию ожоговой раны предшествует ее подготовка, заключающаяся в очищении раны от некротических тканей и формировании ложа, благоприятного для приживления трансплантатов. Подготовка ожоговых ран к аутодермопластике (АДП) может проводиться в разные сроки различными методами, отличающимися большей или меньшей «агрессивностью». Во всех случаях заключительным этапом является закрытие раневой поверхности [2].

Исторически сложилось два основных направления хирургического лечения обожженных [5]: 1) ау-

тодермопластика гранулирующих послеожоговых ран после спонтанного отторжения некротических тканей или химической некрэктомии; 2) ранняя хирургическая некрэктомия до развития воспаления в ране с последующей аутодермопластикой.

Самостоятельное отторжение омертвевших тканей при глубоких ожогах приводит к полному очищению раневой поверхности через 4-6 недель. Длительное существование ожогового струпа препятствует осуществлению аутодермопластики, способствует развитию в ожоговой ране гноеродной микрофлоры и выделению токсических веществ.

В связи с этим понятно желание врачей добиться ускоренного отторжения некротических тканей, подавления гнойной инфекции в ране и сокращения сроков предоперационной подготовки к кожной пластике.

Благодаря раннему хирургическому лечению (удаление ожогового струпа в первые 3-7 дней после травмы с одновременной или отсроченной аутодермопластикой) появляются возможности для изме-

нения хода ожоговой болезни и прерывания ее течения. Сокращаются сроки подготовки ожоговых ран к аутодермопластике, время восстановления целостности кожных покровов, длительность стационарного лечения и число инфекционных осложнений.

Но ранняя хирургическая некрэктомия – довольно травматичная операция, которая может сопровождаться обильной кровопотерей. По данным Ю.И. Тюрникова, А.А. Евтеева [4], кровопотеря с раневой поверхности в 10% составляет не менее 250-300 мл. Согласно результатам других исследований [3], раннее иссечение омертвевших тканей на площади 100 см² ведет к потере 76 мл крови, а при удалении грауляций на такой же площади теряется 64 мл.

Необходимо также иметь в виду, что операция аутодермопластики предусматривает образование обширных «донорских» раневых поверхностей, нередко равных по площади ожоговым. Учитывая операционный риск, связанный с кровопотерей и болевой импульсацией, увеличение площади утраченной кожи ставит этот вид операции на особое место.

Поэтому в настоящее время при лечении глубоких ожогов в условиях кровопотери перед комбустиологом возникает задача минимизировать интраоперационную кровопотерю при подготовке ран к аутодермопластике (АДП) и в процессе оперативно-восстановления утраченного кожного покрова.

Цель исследования

Улучшение результатов ранней некрэктомии с аутодермопластикой у обожженных путем использования местного гемостатического средства гепроцел.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов лечения 35 пострадавших с термическими поражениями (10 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 15 до 55 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2017-2018 гг. В большинстве наблюдений причиной травмы являлось пламя (23 пострадавших), наблюдались также ожоги кипятком (9) и контактные ожоги (3).

Общая площадь поражения у пациентов составляла от 5 до 20% поверхности тела, а глубокого ожога IIIБ-IV степени – до 10%.

Всем пациентам выполняли раннюю некрэктомию до здоровых тканей с появлением капиллярного кровотечения одновременно с АДП. Гемостаз осуществляли гемостатическим порошком гепроцел (10 мг порошка) [1] во время некрэктомии и перевязок.

Результаты

Клиническую эффективность оценивали по таким критериям, как количество и характер отделяемого; кровоточивость ран; сроки эпителизации донорских участков, пересаженных аутодермотрансплантатов; полнота эпителизации; выраженность раневой боли.

Оперативное вмешательство у 35 пациентам с глубокими ожогами заключалось в применении гемостатического препарата гепроцел для остановки кровотечения после иссечения некротизированной кожи и подкожных структур.

Наши исследования показали, что ранняя хирургическая некрэктомия и взятие расщепленных ауто-трансплантатов с донорских участков сопровождается кровопотерей (6-10 мл крови на площади 100 см²), а сразу после применения гемостатического порошка гепроцел кровотечение полностью прекращается, и раневая поверхность становится блестящей из-за адгезированной к ней пленки. Болевые ощущения были незначительными. При закрытии раневого дефекта донорским аутолоскутом отмечается хорошая адгезия кожного лоскута к подлежащей ране.

При осмотре на следующие сутки признаков некроза кожного трансплантата не выявлено. Донорская рана также чистая, признаков инфицирования и болевых ощущений нет.

На 3-и сутки после операции у больных наблюдалась положительная динамика заживления кожного трансплантата. Отделяемого из раны нет. На донорском участке признаков воспаления и инфицирования раны не было.

На 7-е сутки после АДП происходило практически полное приживление трансплантата кожи, линия шва в виде четкой тонкой линии, без признаков покраснения или инфильтрации. Трансплантат кожи мягкий, эластичный, бледно-розового цвета. Признаков инфицирования нет. Донорский участок полностью эпителизировался, остался тонкий эластичный рубец без признаков гипертрофии и воспаления, безболезненный.

На 11-е сутки наступило полное приживление ауто-трансплантата кожи с полным восстановлением дефекта с незначительной контракцией области дефекта.

Таблица

Клинические результаты применения гемостатического порошка гепроцел

Результат	Гепроцел, n=35	Традиционный метод, n=30
Кровопотеря из ран и донорских участков	15-20 мл	130-150 мл
Выраженность раневой боли	Незначительная	Болезненная
Состояние кожных трансплантатов	Некроза нет	Признаки краевого некроза
Характер раневого отделяемого	Раневого отделяемого нет	Сукровичное отделяемое
Сроки эпителизации донорских участков, сут	6,5±1,0	8,0±1,0
Полное приживление трансплантата кожи, сут	11,0±1,0	12,5±2,0

Таким образом, применение гемостатика гепроцел после некрэктомии с последующей аутодермопластикой во всех случаях способствовало полному заживлению донорских участков на 7-е сутки и полному приживлению ауто-трансплантата кожи с полным восстановлением дефекта к 12-м суткам после операции.

Выводы

1. Применение препарата гепроцел во время аутодермопластики после ранней некрэктомии обе-

спечивает полный гемостаз и снижение выраженности раневой боли.

2. Местное однократное нанесение на рану после некрэктомии гемостатического препарата гепроцел при аутодермопластике способствует быстрой адгезии трансплантата, обеспечивает скорое и полное приживление кожных лоскутов.

Литература

1. Исмаилов Б.А., Садыков Р.А. Эффективность гемостатического импланта Гепроцел при паренхиматозном кровотечении из печени в эксперименте // Хирургия Узбекистана. – 2018. – №3 (79). – С. 13-14.
2. Колесников И.С., Вихриев Б.С. Оперативное лечение глубоких термических поражений. – М., 1962. – 177 с.
3. Пахомов С.П. Хирургия ожогов у детей. – М., 1997. – 207 с.
4. Тюрников Ю.И., Евтеев А.А. Методы активной хирургической подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию // Пластическая хирургия при ожогах и ранах: Материалы междунар. конф. – М., 1994. – С. 62-64.
5. Худяков В.В., Крутиков М.Г. Сравнительная оценка эффективности различных методов подготовки ожоговых ран к аутодермопластике // Комбустиология: электронный журн. – 2003. – №16-17.

НАШ ОПЫТ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ГЕПРОЦЕЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Юнусов О.Т.

Цель: улучшение результатов ранней некрэктомии с аутодермопластикой у обожженных

путем использования местного гемостатического средства гепроцел. **Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 35 пострадавших с термическими поражениями (10 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 15 до 55 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2017-2018 гг. **Результаты:** применение гемостатика гепроцел после некрэктомии с последующей аутодермопластикой во всех случаях способствовало полному заживлению донорских участков на 7-е сутки, полное приживление аутодермопластата кожи с полным восстановлением дефекта достигнуто к 12-м суткам после операции. **Выводы:** местное однократное нанесение на рану после некрэктомии гемостатического препарата гепроцел при аутодермопластике способствует быстрой адгезии трансплантата, обеспечивает скорое и полное приживление кожных лоскутов.

Ключевые слова: глубокие ожоги, ранняя некрэктомия с аутодермопластикой, гемостатический препарат гепроцел.

