

Кенжекулов К.К.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕКАСАН В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Кенжекулов К.К.

ДЕКАСАН ДААРЫСЫН КОЛДОНУП ИРИҢ ЖАРАТТАРЫН ДАРЫЛООДОГУ КЛИНИКАЛЫК БАА

К.К. Kenzhekulov

CLINICAL EVALUATION OF APPLICATION OF PREPARATION DEKASAN IN TREATMENT OF THE PURULENT WOUNDS

УДК:616/74-15.1

Представлены результаты лечения гнойных ран у 62 больных, которым в комплекс лечения включены 0,02% раствор декасана и озонированные растворы. После очищения раны и появления грануляций применяли озонированное масло. Группу сравнения составили 50 больных с гнойными ранами, которым выполняли традиционное лечение. Срок стационарного лечения контрольной группы составил $14,5 \pm 1,17$, а основной – $9,3 \pm 0,27$ койко-дня

Ключевые слова: *гнойные раны, местное лечение, декасан, озонированные растворы.*

Озондоштурулган жана 0,02% декасан аралаштырмасын комплекстүү түрдө колдонуп 62 ириң жараттары менен бейтаптардын дарылоо жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Жаратты тазалап жана грануляция пайда болгондон кийин озондоштурулган май колдонулган. Ириң жараттары менен салыштырма топтогу 56 бейтапка даарылоонун элдик ыкмасы колдонулду. Стационардык жатуунун узактыгы, контролдук топто $14,5 \pm 1,17$ ни түздү, ал эми негизги топто – $9,3 \pm 0,27$ жатма күндү түздү.

Негизги сөздөр: *ириң жараттар, жергиликтүү дарылоо, декасан, озондоштурулган аралаштырма.*

The results of treatment of purulent wounds in 62 patients, to whom the complex of treatment included 0,02% solution of a dekasana and the ozonized solutions are presented. After cleaning of the wound and the appearance of granulation applied the ozonized oil. The comparison group consisted of 50 patients with purulent wounds, who underwent standard treatment. The period of hospital treatment in the control group was $14,5 \pm 1,17$, and in the main – $9,3 \pm 0,27$ per bed-day

Key words: *purulent wounds, topical treatment, dekasana, the ozonized solutions.*

Введение. Гнойная рана – сложное и многоплановое явление, поэтому в решении этой проблемы принимают участие не только хирурги, но и микробиологи, гистологи, иммунологи [1,7]. Проблема лечения гнойных ран далека от окончательного решения и остается актуальной и в современных условиях. Это обусловлено ростом числа больных раневыми осложнениями, увеличением антибиотикоустойчивой микрофлоры, наличием факторов, замедляющих регенерацию [4,5]. Возникновение гнойных осложнений является основной

причиной затяжного послеоперационного периода и существенного увеличения материальных затрат на их лечение, что приобретает большую социально-экономическую значимость

Основными направлениями в лечении гнойных ран являются: хирургическая обработка, удаление из раны всех некротизированных тканей, полноценное дренирование и создание условий для применения средств местного лечения. При этом все лечебные мероприятия местного характера должны строго соответствовать фазам раневого процесса в связи с их патогенетической разнонаправленностью [2,6].

Лечению гнойных ран посвящено много экспериментальных и клинических исследований. В лечении широко используются антибактериальные, антисептические средства, перевязочные материалы, сорбенты, ферменты и, в последние годы используются физические факторы, но, несмотря на их широту применения, многие вопросы остаются нерешенными, идут поиски новых препаратов и их сочетаний [2,3,4,8].

В лечении гнойных ран стал применяться препарат декасан, которые по данным ряда исследователей обладает бактерицидным действием, но он был использован в виде монотерапии, а какова его эффективность в сочетании с озонированными растворами остается не изученным.

Цель исследования – дать сравнительную клиническую оценку результатам применения раствора декасана в сочетании с озонированными растворами.

Материал и методики исследования. Под наблюдением находилось 112 больных с гнойными ранами различного генеза, которые получали лечение в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек.

Их распределение по полу и возрасту было следующим: мужчин было 64 (57,1%), женщин - 48 (42,9%). До 20 лет было 8, от 21 до 30 лет - 17, от 30 до 40 лет – 31, от 40 до 50 лет – 29, от 50 до 60 лет – 24 и старше 60 лет – 3. Большинство составили больные в возрасте от 21 до 50 лет (68,8%). Гнойные раны были следующего генеза (табл.1).

Таблица 1 – Причины возникновения гнойных ран

Причины	Всего		Из них			
	Абс.	%	Контрольная группа (n-50)		Основная группа (n-62)	
			Абс.	%	Абс.	%
Нагноение операционной раны	48	42,8	19	38,0	29	46,8
Постинъекционный абсцесс	16	14,3	9	18,0	7	11,3
Инфицированная травматическая рана	23	20,5	10	20,0	13	20,9
Карбункул	3	2,7	1	2,0	2	3,2
Флегмона	12	10,7	6	12,0	6	9,7
Абсцесс	7	6,3	3	6,0	4	6,5
Нагноившаяся гематома	3	2,7	2	4,0	1	1,6
ВСЕГО:	112	100,0	50	100,0	62	100,0

Обе группы по причинам гнойных ран были практически равнозначными, лишь число больных с нагноением послеоперационных ран было больше в основной группе.

Для оценки эффективности лечения мы выделили две группы: первая группа (50 чел.) получала традиционное лечение и вторая (62 чел.), местное лечение, включавшее раствор декасана (0,02%) и озонированные растворы с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и повязки с озонированным маслом. Результаты лечения оценивали по клиническим показателям: сроки нормализации температуры, исчезновения отека и гиперемии, болевого синдрома, сроки очищения раны, появления грануляций, эпителизации и продолжительность стационарного лечения. Кроме того определяли площадь раны по методу Л.Н. Поповой (цит. по М.И. Кузину, [6]) по формуле $S = \frac{S_n - S_{n-1}}{t}$, где S – площадь раны (мм²) при предшествующем измерении; S_n – площадь раны в данный момент; t – количество дней между измерениями. На рану накладывали стерильную пленку из полиэтилена и наносили контуры раны, а затем рисунок переносили на миллиметровую бумагу и вычисляли площадь.

Методика лечения: в обеих группах больных выполняли общую терапию, которая включала антибактериальные препараты, обезболивающие – при необходимости и обязательно инфузионную терапию. Первым этапом у всех выполняли хирургическую обработку – удаляли некротические ткани и создавали условия для дренирования и местного лечения ран.

В группе больных с традиционным лечением в первые сутки после хирургической обработки рану обильно орошали 3% раствором перекиси водорода, накладывали повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия или левомеколем до полного

очищения раны, а затем использовали мазевые повязки: мазь Вишневского, облепиховое масло и др.

В основной группе после хирургической обработки рану обильно орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с экспозицией не менее 5 минут, затем рану осушали и накладывали повязку с этим же раствором на протяжении 2-х суток, а затем после орошения озоном повязки делали с 0,02%-ым раствором декасана и так до появления грануляций, а в последующие сроки после орошения озонированным раствором и раствором декасана – повязки с озонированным маслом.

Результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (δ) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ течения раневого процесса при традиционном методе и методе, предложенном нами, показал существенные различия в клиническом течении (табл. 2).

Таблица 2 – Клинические показатели раневого процесса у больных контрольной и основной групп

Показатели	Контрольная группа M ₁ ±m ₁	Основная группа M ₂ ±m ₂	P – степень достоверности M ₁ - M ₂
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,1±0,16	2,3±0,13	< 0,05
Нормализация температуры, сутки	2,9±0,22	2,4±0,09	> 0,05
Уменьшение отека и гиперемии, сутки	3,9±0,27	2,8±0,11	> 0,05
Очищение раны, сутки	3,8±0,19	2,1±0,13	< 0,01
Появление грануляций, сутки	4,2±0,13	3,2±0,07	< 0,05
Появление эпителизации, сутки	6,8±0,32	4,2±0,13	< 0,01
Длительность стационарного лечения, сутки	14,5±1,17	9,1±0,37	< 0,001

При сравнении клинических показателей лишь сроки нормализации температуры были равнозначными в обеих группах, а при сопоставлении других показателей выявлены достоверные различия, которые более существенно отличались в сроках появления эпителизации и длительности лечения в стационарных условиях.

В процессе лечения мы проследили за динамикой площади ран при традиционном лечении

и при использовании озонированных растворов и раствора декасана (табл.3).

Таблица 3 – Динамика площади ран (мм²) у больных контрольной и основной групп

Группа	До лечения (мм ²)	После начала лечения	
		На 5 сутки	На 10 сутки
Контрольная	1328,5±49,1	792,5±27,8	601,8±24,9
Основная	1347,4±37,9	507,7±21,9	304,9±16,5

До начала лечения, то есть исходные размеры ран достоверно не отличались. На пятые сутки площадь раны в контрольной группе уменьшилась в 1,6 раз в сравнении с исходной, в то время как в основной площадь уменьшилась в 2,4 раза. На 10-е сутки размер раны в контрольной группе в сравнении с 5-ми сутками уменьшился в 1,3 раза, а в основной в 1,8 раза, что подтверждает эффективность избранного нами метода лечения гнойных ран.

Таким образом, наши наблюдения показали эффективность применения озонированных растворов с раствором декасана и озонированным маслом, которые оказывают потенцированное действие в лечении гнойных ран.

Литература:

1. Абаев Ю.К. Влияние антисептиков на процесс раневого заживления [Текст] / Ю.К. Абаев // Актуальные вопросы хирургии: мат. XXV Пленума правления Ассоциации белорусских хирургов и Республиканской науч. практ. конф. – Борисов, 2008. – С.136-137.
2. Григорьев А.Г. Бактерицидный эффект применения криокислородного метода при лечении гнойно-деструктивной раны [Текст] / А.Г. Григорьев, О.Н. Шеваншаева, М.И. Заславская // Медицинский альманах. – 2014. – №5. – С.182-184.
3. Измайлов С.Г. Полуоткрытый способ лечения гнойных ран мягких тканей [Текст] / С.Г. Измайлов, А.А. Ботяков, А.Г. Ботяков // Клиническая медицина. – 2010. – №1. – С.56-59.
4. Исаев Р.М. Лечение гнойных ран при местной озонотерапии на фоне низкочастотных магнитных полей [Текст] / Р.М. Исаев // Вестник новых медицинских технологий. –2009. - №1. - С.111-113.
5. Кузнецов Я.О. Совершенствование методов лечения гнойных раневых поверхностей [Текст] / Я.О. Кузнецов, Г.Я. Холуп // Новости медицины Белоруссии. – 2009. – №4. - С.55-62.
6. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция [Текст] / М.И. Кузин Б.М. Костюченко. – М.: Медицина, 1990.– 592 с.
7. Лебедь А.А. Новые возможности в лечении гнойных ран [Текст]/А.А. Лебедь, В.В. Алеекеевнина, О.С. Олиферов // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. 2011. – №4. - С.63.
8. Wood G.R. Sequential effects of an oral enzyme combination with rutosid in different in vitro and in vivo models of inflammation [Text] / G.R. Wood // Int. immunotherapy. – 2007. - №3-4. – P.139-145.

Рецензент: к.м.н. Имашев У.Д.