

АЦЕРБИН - НОВОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

К.М.Крылов, Д.В.Немченко, В.А.Ильина, Н.А.Григорьева, Л.Н.Попикова

НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Значительный удельный вес термических поражений среди травм мирного времени, вечные проблемы, связанные с местным лечением ожоговых ран, побуждают разработку все новых, более эффективных и недорогих препаратов. Именно это, объективно обоснованное стремление, приводит к созданию новых препаратов, сочетающих в себе различные свойства, необходимые для лечения ран отличающихся между собой по глубине поражения, по фазе развития раневого процесса. В НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в последние годы проведено комплексное изучение Ацербина - нового комбинированного препарата местного лечения ран. Ацербин содержит салициловую, бензойную, DL-яблочную кислоты на гидрофильной основе пропиленгликоля и пропиленгликольмономалата. Эффективность препарата оценивалась клинически на основании визуального контроля ран в процессе лечения, цитологических исследований с использованием метода отпечатков по Покровской и Макарову, бактериологических данных качественного и количественного состава микрофлоры в 1г ткани.

Ацербин применен в практике лечения 27 больных, возраст которых составил 27-75 лет, женщин в группе было 9 (одна треть). Общая площадь поражения у пострадавших анализируемого контингента составляла от 5% до 20% поверхности тела, площадь глубоких ожогов - 1% - 7%. У 21 больного Ацербин применялся с момента травмы и до завершения лечения, у 6 больных использование препарата начато в поздние сроки в связи с отсроченным поступлением. В клинике пострадавшим проводилось типовое общее лечение; по показаниям выполнялись ранние некрэктомии с непосредственной или отсроченной аутопластикой, либо раны готовились к кожной пластике с помощью некролитиков или после самостоятельного отторжения струпов. Ацербин распылялся на раны после туалета во время смены повязок через день. У каждого пострадавшего анализируемой группы лечение части ран (обычно половины площади) проводилось с использованием применяемых в отделении антисептиков (1% растворы повидона или иодпирона). Во время перевязок делали раневые отпечатки, брали ткани на бактериологический контроль.

Клинические наблюдения показали, что местное применение Ацербина хорошо переносится больными, не вызывает побочных явлений и осложнений, хотя и вызывает у большинства пациентов в момент нанесения препарата на рану кратковременные, умеренно выраженные болевые ощущения.

Использование Ацербина при поверхностных и дермальных ожогах (II - IIIA ст.) стимулировало процессы

отторжения некротических масс, что способствовало быстрому очищению ран, стиханию проявлений местного воспаления и ускоренной эпителизации ран. При глубоких ожогах Ацербин оказался полезным после химической некрэктомии с использованием 40% мази салициловой кислоты. Образующиеся после удаления струпа гнойные раны, обработанные после их туалета Ацерином на 3-4 дня быстрее переходили во вторую фазу раневого процесса и были готовы к свободной аутодермопластике. Препарат вызывал активный рост яркокрасных, мелкозернистых грануляций. У больных с длительно существующими гнойными ранами, вялыми, местами избыточными грануляциями (позднее поступление) применение Ацербина стимулировало образование стекловидных гипергрануляций, что потребовало в последующем их удаления.

Оказалось полезным применение Ацербина после тангенциального иссечения некротических тканей (без непосредственной аутодермопластики). Послеоперационные раны быстрее очищались от оставшихся незамеченными на операции участков нежизнеспособных тканей, по сравнению с контролем грануляции не имели островков некроза, вследствие чего происходила быстрая подготовка ран к следующему этапу оперативного лечения; либо, при оставленных в достаточном количестве в ране эпителиальных элементах, возможно за счет стимуляции краевой эпителизации, самостоятельно завершался процесс восстановления кожного покрова.

При цитологическом исследовании мазков-отпечатков установлено, что динамика заживления контрольных ран отставала на 2-3 дня по сравнению с ранами, лечеными Ацерином за счет сокращения воспалительной фазы течения раневого процесса (цитологически: дегенеративно-воспалительный и воспалительный тип ран) и ускорения его перевода во вторую фазу (воспалительно-регенераторный и регенераторный тип цитогрaмм), что проявилось уменьшением количества сохранных нейтрофилов до 40-70%, увеличением тканевых недифференцированных полифибробластов, фибробластов, лимфоцитов до 20-35%, увеличением числа макрофагов до 5-10%. Бактериологические данные свидетельствовали об уменьшении количества микрофлоры и снижении на 2 - 3 порядка числа КОЕ в ранах, леченных Ацерином уже через две перевязки.

Таким образом, применение Ацербина способствовало сокращению сроков лечения дермальных ожогов и ускорению подготовки гранулирующих ран к свободной аутодермопластике. Представляется целесообразным рекомендовать использование препарата по приведенной схеме для аналогичных типов ран.