

inflammatory drugs : updated clinical considerations / R. Pellicano // Minerva Gastroenterol Dietol. – 2014. – № 60 (4). – P. 255-261.

10. Rainsford K. D. Ibuprofen : Pharmacology, Therapeutics and Side Effects : monograph / K. D. Rainsford. – Heidelberg : Springer Basel, 2012 – 259 p.

11. Бухтіарова Т. А. Шляхи корекції побічної дії нестероїдних протизапальних засобів / Т. А. Бухтіарова, З. П. Омеляненко, О. Є. Ядловський // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 38-44.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛАГЕНСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЗАИЧНЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Глуткин А.В., Колбик В.Г., Трифонова Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В Беларуси ожоговую травму получают более 6000-7000 тысяч детей, из них наиболее частая возрастная группа, подтвержденная воздействием агрессивных факторов – дети в возрасте до 3-х лет. Среди пострадавших от ожогов преобладают пациенты с поверхностными поражениями, лечение которых в большинстве случаев проводится консервативно. Так, как у детей наиболее часто ожоговые раны имеют мозаичную структуру, и при их традиционном консервативном лечении, при условии отсутствия инфицирования в ране и общей воспалительной реакции, самостоятельная эпителизация ожоговых ран II степени наступает в течение 7 – 12 дней после их получения, а самостоятельная эпителизация за счет дериватов кожи ожоговых ран IIIA степени – в течение 3 и более недель после получения ожога, поэтому разработка новых методов консервативной терапии мозаичных ожогов является востребованным в настоящее время [1].

При всем многообразии способов и средств местного лечения ожоговой раны основной задачей является создание оптимальной среды заживления поверхностных ожогов и сокращение сроков подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию. Известно, что заживление ожоговых ран нередко происходит с неудовлетворительным эстетическим и функциональным результатом. Одной из ведущих задач комбустиологии является разработка оптимальных методов заживления кожного покрова и под-

лежащих тканей [3].

Развитие биотехнологий в последние годы привело к созданию нового направления в решении проблем заживления ран. Коллагенсодержащие препараты используются в различных областях медицины как самостоятельный фактор стимуляции регенерации тканей. Коллаген является одним из наиболее перспективных биоматериалов, широко применяемых в мировой медицинской практике. Коллаген I типа, полученный из кожи крупного рогатого скота, по своему составу и структуре максимально приближен к человеческому коллагену. Признано, что бычий коллаген является наиболее безопасным и биосовместимым материалом [6]. Таким препаратом является КОЛЛОСТ®.

Цель. Оценить клиническую эффективность биоматериала КОЛЛОСТ® в лечении локальных термических ожогов кожи у детей раннего возраста.

Методы исследования. В клинике детской хирургии на базе учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» было проведено обследование 12 пациентов с ожоговыми ранами общей площадью от 3% до 12%, из них остаточные раны S до 18 см^2 мозаичного характера (ожоги 2 степени с элементами 3 степени по МКБ 10). Были сформированы 2 группы пациентов: 1-я группа (контроль), для лечения использовали влажно-высыхающие или мазовые повязки, при начинающемся формировании грануляционной ткани выполняли обработку раны Ваготилом (Польша), и далее проводили лечение мазевыми повязками. 2-я группа пациентов – дети, раны у которых лечились с использованием биоматериалов КОЛЛОСТ®. После очистки ожоговой раны от некротических масс производили обработку всей ожоговой поверхности 7% гелем КОЛЛОСТ® и укладывали на гель мембрану КОЛЛОСТ® толщиной 0,3 мм. После этих манипуляций поверхность закрывали перевязочным материалом с использованием 1% крема сульфадиазина серебра или 2% крема сульфатиазола серебра. Обработанную поверхность с наложенным препаратом не беспокоили 3-4 дня, через данный период проводили смену мазевых повязок. В обе группы вошли пациенты, родители которых отказались от оперативного лечения. Клиническую эффективность оценивали по частоте перевязок и по срокам эпителизации ран. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программ-

ного обеспечения «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. При использовании биопластического материала у детей раннего возраста с локальными термическими ожогами кожи, было отмечено уменьшение частоты перевязок во 2-ой группе на 45,5% по отношению к группе контроля. Так же отмечено во 2-ой группе на 25% более сокращения сроков эпителизации ран, по отношению к 1-ой группе, соответственно.

В таблице 1 продемонстрированы результаты лечения мозаичных ожогов кожи при применении препарата КОЛЛОСТ®.

Известен способ лечения пролежней у детей с нарушенной нейрорегуляцией с использованием препарата КОЛЛОСТ®. Лечение проведено у 24 детей в возрасте 7-16 лет с нарушением центральной нейрорегуляцией различного генеза. Пролежневый очаги и трофические язвы площадью от 6 до 64 см² глубиной от 0,5 см до 10 см. Методика заключалась в заполнении пролежня мембраной «КОЛЛОСТ®» и обкалывание по краям дефекта гелем КОЛЛОСТ®. [5].

Таблица 1. Результаты лечения мозаичных ожогов кожи при применении препарата КОЛЛОСТ®, Ме (25; 75%)

Группы	Частота перевязок (от момента очистки раны)	Сроки эпителизации
1-я группа (контроль, n=6)	5,5 (5,0; 6,0)	20,0 (19,0; 21,0)
2-я группа (n=6)	3,0 (3,0; 4,0) *	15,0 (14,0; 15,0) *

Примечания: * - статистически достоверные изменения по сравнению с контролем ($p \leq 0,05$).

Существует способ лечения пациентов с локальными ожоговыми ранами IV степени стоп с сопутствующей патологией сахарного диабета [4]. После формирования струпа производились этапные некрэктомии с применением 40% салициловой мази. После некрэктомии в течение 2-х дней производились перевязки с антисептиками (5% р-р борной кислоты). Затем стерильный биоматериал КОЛЛОСТ® в форме мембран измельчался для закрытия всей площади дефекта. После промывания раны раствором антисептика, измельченный КОЛЛОСТ® засыпался в рану. Сверху для поддержания влажной среды и создания оптимальных условий для «работы» КОЛЛОСТ®, рана закрывалась неадгезив-

ной гидрогелевой повязкой Фиброгель Ag. И в последующем рана велась до полной эпителизации во влажной среде. Перевязки производились один раз в 3-4 дня, и заключались в контроле течения раневого процесса и смене гидрогелевой повязки Фиброгель Ag.

У всех пациентов 2-ой группы, по результатам осмотра отмечалась умеренная гиперемия в месте эпителизировавшегося ожога, возвышения, уплотнения и болезненности не отмечалось. В данном случае применение биоматериалов КОЛЛОСТ® способствовало не только эпителизации раны, но и отсутствию формирования грубых патологических рубцов, оценку которых осуществляли с учетом всех диагностических методов обследования пациента на наличие патологических рубцов [2].

Выводы. Таким образом, применение биопластического коллагенового материала КОЛЛОСТ® позволяет сократить сроки эпителизации раны, а также избежать формирования грубой рубцовой ткани. Отмечено родителями на протяжении применения данных форм материала отсутствие беспокойства, зуда, аллергических реакций. Данная методика может быть использована как в стационаре, так и амбулаторно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афаунова, О.Н. Использование раневых покрытий при раннем хирургическом лечении ожогов II и IIIА степени у детей / О.Н.Афаунова, С.Б.Богданов, А.А.Завражнов // Комбустиология [Электронный ресурс]. – 2014. – № 52-53. – Режим доступа : – <http://combustiology.ru/journal/glava-4-mestnoe-medikamentoznoe-lechenie-ran-ozhogov-i-ih-posledstvij/> – Дата доступа : 22.12.2015.
2. Глуткин, А.В. Ферментативная терапия послеожоговых рубцов кожи у детей раннего возраста / А.В. Глуткин // Хирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 3. – С.114-119.
3. Карякин, Н.Н. Технологии лечения ожогов в условиях влажной среды / Н.Н. Карякин, И.А. Клеменова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 9. – С.495-499.
4. Копылов, И.М. Опыт применения биопластического коллагенового материала Коллост в комплексном лечении локальных ожогов стоп IV степени на фоне сахарного диабета / И.М. Копылов // Комбустиология [Электронный ресурс]. – 2014. – № 52-53. – Режим доступа : – <http://combustiology.ru/journal/glava-4-mestnoe-medikamentoznoe-lechenie-ran-ozhogov-i-ih-posledstvij/> – Дата доступа : 22.12.2015.
5. Мамлин, Д.А. Использование препарата «Коллост» в лечении пролежней у детей с нарушенной нейрорегуляцией / Д.А. Мамлин, А.В.

Ильин, А.В. Виноградов // «Актуальные проблемы педиатрии»: сб. материалов X Конгресса педиатров России.- Москва, 2006. – С.401-402

6. Fagien S. Facial soft-tissue augmentation with injectable autologous and allogeneic human tissue collagen matrix (autologen and dermalogen) // Plast. Reconstr Surg. 2000. Vol. 105 (1). P. 362–373.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ЗАКРЫТОГО ТИПА МЕТОДИКОЙ ТИМПАНОМЕТРИИ.

Головач Е.Н., Тытуш Н.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Отохирурги отмечают, что хорошие или высокие результаты, полученные сразу после операции на ухе и в раннем послеоперационном периоде, нередко ухудшаются в отдаленные сроки наблюдения [1-5, 7, 8].

Так, например, D. Beutner, K. Huttenbrink, проведя ретроспективный анализ анатомического и функционального результатов 39 случаев хрящевой тимпаноластики через 6 лет после операции, отметили наличие стойкой ретракции лоскута в 48%, а в 3% была выявлена повторная перфорация [6].

Можно выделить основные причины, которые вызывают ухудшение результатов в послеоперационном периоде: а) нарушение функции слуховой трубы (О. К. Пятакина, М. Б. Крук, А. В. Завадский, О. Г. Хоров), б) изменение состояния слизистой оболочки (В. Ars, П. В. Азаров), в) неадекватный выбор объема реконструкции (Ю. А. Сушко, Т. Palva).

Вышеизложенное позволяет говорить о том, что существует проблема достижения и сохранения результата, полученного во время операции. Решение ее частично заключается в технике выполнения операции. Создание подобия нормальных костных стенок полости и вентиляция последней позволяет надеяться не только на достижение высокого клинко-морфологического результата, но и на его сохранение в отдаленном периоде наблюдения.

Обеспечение адекватной вентиляции структур среднего уха – актуальная проблема современной отологии. Оценка функционального результата стандартно проводится методикой аудиометрии (изменение КВИ). Применения методики тимпанометрии