

**Опубликовано в:** **Российский научно-практический журнал «Скорая медицинская помощь». – 2006. – Том 7 №3. – С. 133-134.**

**Автор(ы):** **Харитонов С.А., Королев В.А., Тараканов А.В.**  
МЛПУГБСМП 2, Ожоговый центр, Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

**Название статьи:** **Современные методы лечения ожоговых ран**

**Ключевые слова:** СКЭНАР-терапия, ожоги

**Аннотация:** В статье описываются современные методы лечения ожоговых ран. Отмечается перспективность методов активации саногенеза на всех этапах лечения, и достижения современных технологий на основе биотехнической обратной связи, которые позволили создать приборы с реальным отсутствием адаптация организма к раздражению, что вызывает ответные реакции, направленные на ускорение выздоровления. По мнению автора, наиболее универсальным и доступным в настоящих условиях является метод СКЭНАР-терапии, который позволяет использовать для лечения кожные покровы и слизистые, не затронутые ожоговой травмой.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН**

Лечение ожогов является одним из наиболее сложных, трудоемких и дорогостоящих процессов в практической медицине и требует владения теоретическими знаниями и практическими навыками по многим разделам хирургии, реаниматологии, травматологии, терапии, микробиологии, биохимии. Особо это касается глубоких ожогов ШБ-IV ст., которые лечатся только в стационаре, поскольку для восстановления целостности кожного покрова необходимо проведение кожной пластики. Для ускорения очищения ран от некротических тканей проводят хирургические и химические некрэктомии с одномоментной или отсроченной кожной пластикой.

В разные стадии раневого процесса местное лечение ожогов имеет разные цели. В первой стадии воспаления, нагноения и отторжения ожогового струпа местное лечение направлено на борьбу с инфекцией и ускорение отторжения некротизированных тканей. Для формирования сухого струпа применяют влажно-высыхающие повязки с растворами йодофоров, которые активны в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов, простейших, оказывают подсушивающее действие. Традиционно применяются влажно-высыхающие повязки с растворами других антисептиков – хлоргексидина, диоксида, фурацилина, мирамистина и др.

Для подсушивания используют методы физического воздействия – флюидизирующие кровати, инфракрасное облучение, управляемую абактериальную среду, палаты с ламинарным потоком воздуха и др. Для подавления гнойно-воспалительного процесса применяют мази, эффективно действующие на микрофлору ран. Широкое распространение у нас в стране получили многокомпонентные мази на водорастворимой (гидрофильной) основе, серебросодержащие мази. Во второй стадии раневого процесса – регенерации, после отторжения струпа, местное консервативное лечение должно быть направлено на создание благоприятных условий для созревания грануляций и подготовки ран к кожной пластике. В настоящее время имеются сведения более чем о 300 раневых покрытиях, находящихся на разных стадиях разработки. Вместе с тем до сих пор не существует универсального препарата, подходящего для использования во всех фазах раневого процесса при ожогах различной глубины.

Для стимуляции роста грануляций и эпителия были предложены препараты, содержащие натуральные полимеры – коллаген, полисахариды, целлюлозу и др. Широкое

распространение для закрытия ожоговых ран получили синтетические пленки с микропорами или без них, из полиуретана, полипропилена, полиэтилена, поливинилхлорида и др.

Восстановление кожного покрова путем кожной пластики проводится после иссечения ожоговых ран до жизнеспособных тканей или подготовки грануляционной ткани. Подготовка к пластическому закрытию ран при ожоговой болезни, помимо удаления некротизированных тканей и снижения микробной обсеменности ран, должна включать коррекцию общего состояния организма. В противном случае можно ожидать ухудшения течения репаративных процессов в ране, что отрицательно отражается на результатах кожной пластики.

Одной из основных проблем лечения больных с обширными ожогами более 15-20% является невозможность одномоментного закрытия ожоговых ран при помощи аутодермопластики из-за возникающего дефицита донорских ресурсов. Решением проблемы дефицита может быть использование современных биотехнологических методов – трансплантации культивированных клеток кожи человека (фибробластов, кератиноцитов), живого эквивалента кожи, культивированных заменителей кожи. Аллокожа берется от трупов людей, погибших от случайных травм, от мертворожденных детей, «утильная» кожа после ампутаций и т. п. При аллопластике на адекватно подготовленную раневую ложе, трансплантаты обычно васкуляризируются к 3-5 дню и «приживаются». Затем в среднем через 2-3 недели происходит отторжение аллокожи.

С учетом юридических и других трудностей заготовки и применения аллокожи, наиболее удачным вариантом временного биологического покрытия считаем перфорированную свиную ксенокожу. Вместе с тем, по-видимому, для закрытия обширных раневых поверхностей перспективным научно-практическим направлением является разработка и применение культивированных клеток кожи человека и культивированных заменителей кожи.

Перспективными на всех этапах лечения ожоговых ран должны быть методы активации саногенеза. Современные технологии на основе биотехнической обратной связи позволили создать приборы с реальным отсутствием адаптации организма к раздражению, что вызывает ответные реакции, направленные на ускорение выздоровления. Наиболее универсальным, доступным в настоящих условиях является метод СКЭНАР-терапии. Он позволяет использовать для лечения кожные покровы и слизистые, не затронутые ожоговой травмой.