

# ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ II-IIIАБ-IV СТЕПЕНИ С ПОМОЩЬЮ МАЗЕЙ СТЕЛЛАНИН®-ПЭГ И СТЕЛЛАНИН®

Королёв В.А., Гапич А.В., Бородина Е.Ю., Домбаев А.А., Новиков М.Д.,  
Межтерриториальный ожоговый центр МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г.Ростова-на-Дону»

Ожоговый травматизм является важной медицинской и социальной проблемой. В настоящее время частота ожогов в развитых странах достигает 1:1000 населения в год, а летальность при ожогах колеблется от 1,5 до 5,9% [1]. Около 70% больных получают ограниченные по площади и поверхностные ожоги. Помощь им оказывается в амбулаторных условиях. Из числа госпитализируемых в стационары обожжённых у 60-80% больных также имеются ожоги II-IIIА степени, не требующие оперативного лечения [2]. 1960 году А.А. Вишневецкий, Г.Д. Вилявин и М.И. Шрайбер предложили для клинической практики 4-х степенную классификацию ожогов. В этой классификации ожоги I-II-IIIА степени относятся к поверхностным, а ожоги IIIБ-IV степени – к глубоким. Ожоги IIIА степени трактуются, как промежуточные, и могут быть охарактеризованы термином “пограничные ожоги”, что позволяет наиболее адекватно разрабатывать методику их лечения [3].

Наиболее частой причиной смерти обожжённых является инфекция, на долю которой, по данным отдельных авторов, приходится более 76% летальных исходов среди пострадавших от ожогов [4].

При нерациональном местном лечении в связи с развитием бурного нагноения на фоне инфекционного процесса ожоги II-IIIА степени могут углубляться. Происходит увеличение раневой поверхности, требующей аутопластического замещения. Кроме того, при сочетании пограничных ожогов IIIА степени с глубокими ожогами IIIБ - IV степени заживление пограничных ожогов на фоне тяжёлой ожоговой болезни часто задерживается. Повышается риск генерализации инфекции, значительно ухудшается прогноз и результаты лечения термической травмы [5].

Длительное существование инфекции приводит к задержке процесса заживления ожоговых ран и способствует избыточному рубцеванию, которое продолжается в результате хронической стимуляции воспалительных клеток [6].

В этой связи рациональная антибактериальная терапия с применением соответствующих средств местного применения – одно из важных компонентов лечения гнойно-некротических процессов, развивающихся на фоне ожоговой болезни.

В настоящее время созданы и зарегистрированы новые лекарственные препараты, предназначенные для лечения гнойно-некротических поражений. Одним из представителей указанной группы препаратов является 1,3-диэтилбензимидазолия трийодид – Стелланин®. К настоящему времени разработаны две мазевые лекарственные формы Стелланина®: Стелланин®-ПЭГ мазь для наружного применения 3% и Стелланин® мазь для наружного применения 3%. Мази отличаются составом вспомогательных

веществ. Мазь Стелланин®-ПЭГ имеет в качестве основы гидрофильный полиэтиленоксид (полиэтиленгликоль) и применяется в I-ой фазе раневого процесса (фазе экссудации). Клинически показана высокая антибактериальная, противовоспалительная и осмотическая активность препарата Стелланин®-ПЭГ. Мазь Стелланин® имеет гидрофобную вазелиновую основу и применяется во III-ей фазе раневого процесса (фазе регенерации). Опыт применения мази Стелланин® свидетельствует о ее высокой антибактериальной, противовоспалительной и регенерационной активности.

В этой связи, перспективным представляется применение мазей Стелланин®-ПЭГ и Стелланин® для лечения поверхностных ожогов II-IIIА степеней в качестве средств местного медикаментозного лечения.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения мазей «Стелланин®-ПЭГ 3%» и «Стелланин® 3%» у больных с ожоговыми ранами II-IIIАБ-IV степени.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего было обследовано 22 больных с ожоговыми ранами II-IIIАБ-IV степени. Пациенты были распределены по двум группам в зависимости от степени ожога.

Больные с ожогами II-IIIА степени. В исследуемую группу входило 13 больных (8 женщин, 5 мужчин) в возрасте от 19 до 76 лет (средний возраст – 47,2 лет) с общей площадью ожогового поражения от 1 до 45 % поверхности тела.

Больные с ожогами IIIБ-IV степени при подготовке ран к аутодермопластике. В исследуемую группу входило 9 больных (6 женщин, 3 мужчин) в возрасте от 30 до 82 лет (в среднем 56,8 лет) с общей площадью ожогового поражения от 0,5 до 40% поверхности тела. При этом площадь глубокого ожога составляла от 0,5 до 5% поверхности тела.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование мази Стелланин®-ПЭГ при лечении ожогов IIIА степени приводило к быстрой эвакуации из раны гнойного отделяемого, что обусловлено высоким осмотическим потенциалом препарата (Страдомский и др., 2009). Применение мази Стелланин®-ПЭГ также способствовало уменьшению отека, купированию перифокального воспаления и началу активной краевой и островковой эпителизации.

После перехода ожоговой раны в третью фазу раневого процесса: при отсутствии гнойного отделяемого, значительном снижении количества серозного отделяемого

и появлению активной эпителизации производили смену препарата Стелланин®-ПЭГ на Стелланин®.

В ходе лечения больных препаратами Стелланин® было отмечено значительное сокращение сроков эпителизации ожогов IIIA степени. Самостоятельное восстановление целостности кожного покрова у пострадавших, лечение которых включало мази Стелланин®-ПЭГ и Стелланин®, происходило на 14,5 суток, т.е. полная эпителизация происходила в среднем более чем на 4 суток быстрее, чем при применении традиционно используемых препаратов местного действия.



При лечении ожогов IIIA степени препаратами Стелланин® в 15 % случаев раны вяло очищались от фибринозного налета, что препятствовало процессу заживления ран. В этих случаях использовали другие мази на водорастворимой основе и растворы антисептиков.

Оценка клинических результатов применения препарата Стелланин®-ПЭГ при подготовке глубоких ожогов IIIБ-IV степени к операции по аутодермопластике показала, что очищение ран происходит в те же сроки, что и при использовании других препаратов для местного лечения ожогов.

В то же время, применение препарата Стелланин® в ходе подготовки пациента к аутодермопластике при мозаично расположенных ожогах IIIБ степени площадью 0,5% привело к быстрому уменьшению ран в размерах, их очищению и активной эпителизации до полного заживления раны.



Необходимо также отметить, что препараты Стелланин® показали высокую терапевтическую эффективность при таком отягчающем лечении сопутствующем заболевании, как сахарный диабет.

## ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Препараты Стелланин®-ПЭГ мазь 3% и Стелланин® мазь 3% наиболее эффективны при лечении ожогов II-IIIА степени и локальных ожогов IIIБ степени при мозаичном расположении ран.



Использование мази Стелланин®-ПЭГ целесообразно в первую фазу раневого процесса, т.к., препарат обладает значительным противовоспалительным эффектом и способствует эвакуации гнойного отделяемого из раны за счет очень высокого осмотического потенциала.

Назначение препарата Стелланин® на гидрофобной основе целесообразно при переходе раневого процесса в фазу активной регенерации.

При применении Стелланина®, по сравнению с другими препаратами, более чем на 4 дня быстрее происходила полная эпителизация ожоговой раны.

При ожогах IIIБ степени площадью 0,5% у двух больных целостность кожного покрова была восстановлена без оперативного лечения.

### Литература:

1. Алексеев А. А. Ожоговый сепсис: диагностика, профилактика, лечение. Автореферат дис. доктора мед. наук. – М., 1993. 36 с.
2. Алексеев А. А., Яшин А. Ю. Комбинированная аутодермопластика с трансплантацией культивированных аллофибробластов при обширных глубоких ожогах: клинические результаты и перспективы. // Новые методы лечения ожогов с использованием культивированных клеток кожи. Международный симпозиум. Тула, 1996. с.1.
3. Вихриев Б. С., Бурмистрова В. М. Ожоги. Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1986.
4. Юденич В.В. Лечение ожогов и их последствий. – М.: Медицина, 1980. 191 с.
5. Hunt TK. J. 1979. Trauma. 19(11), p. 890-893.
6. McManus WF. 1989. Arch. Surg.124(6). p. 718-720.

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Королев Виктор Александрович** – главный комбустиолог Ростовской области, заведующий ожоговым отделением, руководитель Межтерриториального ожогового центра МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону».

**Домбаев Арутюн Акопович** – врач-хирург ожогового отделения высшей категории, ГБСМП г.Ростов-на-Дону.

**Гапич Александр Викторович** – врач-хирург ожогового отделения высшей категории, ГБСМП г.Ростов-на-Дону.

**Новиков Максим Дмитриевич** – врач-хирург ожогового отделения высшей категории, ГБСМП г.Ростов-на-Дону.

**Бородина Елена Юрьевна** – врач-хирург ожогового отделения высшей категории, ГБСМП г.Ростов-на-Дону.

Контактный электронный адрес: vikt-korolev@yandex.ru