

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-4-25-29  
УДК 616-001.4-089.4

## Использование повязки Воскопран для островковой кожной пластики (клиническое наблюдение)

А. М. Садкеев

КГБУЗ «Городская больница № 7» министерства здравоохранения Хабаровского края, Комсомольск-на-Амуре, Россия

## Using Voskopran bandage for island plasty (a clinical case)

A. M. Sadkeyev

City Hospital No. 7 of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Komsomolsk-on-Amur, Russia

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

А. М. Садкеев – ORCID:0000-0001-7509-9277; e-mail: cizio.97@mail.ru

### INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

A. M. Sadkeyev – ORCID:0000-0001-7509-9277; e-mail: cizio.97@mail.ru

### Резюме

В статье представлена методика островковой кожной пластики с использованием инновационных повязок Воскопран в лечении хронических обширных ран и трофических язв.

**Ключевые слова:** хроническая рана, трофическая язва, пластика, повязка Воскопран, грануляционная ткань, эпителизация, раневой процесс

### Abstract

The article presents the method of island skin plasty using Voskopran innovative bandages in the treatment of chronic extensive wounds and trophic ulcers.

**Keywords:** chronic wound, trophic ulcer, plastic surgery, Voskopran, granulation tissue, epithelization, wound process

Ни в одном отделе хирургии мы не имеем такого разнообразия предложенных средств и методов, как в отделе лечения ран [1]

*И. Г. Руфанов,  
академик АМН СССР, профессор*

Воскопран – это стерильная противовоспалительная мазевая повязка из синтетической сетки, пропитанной пчелиным воском. Также в состав входит Левомеколь – комбинированный препарат, в котором присутствуют антибиотик хлорамфеникол и иммуностимулирующее средство метилурацил. Благодаря полиэтиленгликолевой основе мази, структуре в виде сетки, повязка обладает хорошим и продолжительным сорбционным действием.

Кратко опишу использованную мной модификацию.

1-й этап: после бритья обрабатываю операционное поле на передней брюшной стенке 0,5 % спиртовым раствором хлоргексидина.

Провожу местную внутрикожную анестезию в виде лимонной корочки раствором новокаина 0,25 %. Затем провожу иссечение дермы диаметром 0,8–1,0 см скальпелем, сначала приподнимаю кончиком стерильной инъекционной иглы кожный лоскут в виде конуса. Получившиеся островки опускаю в лоток с физиологическим раствором комнатной температуры.

2-й этап: обработка раневой или язвенной поверхности физраствором, некрэктомия, удаление инородных частиц (волокна бинта).

3-й этап: на раневую гранулирующую поверхность размещаю и расправляю сократившиеся островки кожи эпидермисом вверх на расстоянии от 2 до 4 см. При этом следует учи-

тывать, что краевая эпителизация в среднем распространяется на 1–2 см.

4-й этап: рану закрываю повязкой Воскопран. Сверху накладываю пену Пантенол. Фиксация повязки проводится марлевым бинтом.

5-й этап: повязка с раствором водного фурацилина на раны живота.

Для операции и наблюдения мною были выбраны два пациента. Мужчина 48 лет, ведущий асоциальный образ жизни, получивший ожоги пламенем в области задней поверхности бедер. В данном случае лечение обширных ран грозило превращением их в хронический процесс, который мог никогда не закончиться полной эпителизацией [5]. Период наблюдения составил 30 суток. Медикаментозное лечение проводилось поливитамином и анальгетиком. Размеры ран на момент взятия на курацию были 31x18 см и 22x16 см. К этому моменту уже отмечалось

появление краевой эпителизации, рана на 90 % очистилась и выполнялась ярко-розовыми грануляциями. На рисунках 2–8 представлены раны бедер с участками пересаженной кожи с повязкой Воскопран и Пантенол.

Пересадка производилась в несколько этапов. Сначала было пересажено шесть участков на рану левого бедра. Получен положительный результат. Затем пересаживались по четыре или три участка дополнительно на раны левого и правого бедер. Перевязки производились через каждые трое суток. Сетка менялась только на седьмые сутки с момента наложения, что позволяло не травмировать пересаженные участки кожи. В динамике отмечались: рост грануляционной ткани сплошным слоем, уменьшение экссудации, стимуляция краевой эпителизации.

В результате лечения в течение 30 суток удалось добиться существенного уменьшения



Рис. 1. Повязка Воскопран



Рис. 2, 3. Поэтапное наложение повязки



Рис. 4, 5, 6, 7. Рана левого бедра в динамике

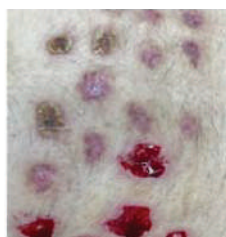


Рис. 8. Раны живота

Рис. 9, 10, 11. Рана правого бедра на разных этапах лечения



размеров ран за счет эпителизации от пересаженных участков кожи, то есть от центров. Краевая эпителизация на обеих ранах была «застывшей» до пересадки, затем ускорилась, и произошло соединение (как видно на рис. 7, 8, 11). Раны живота полностью эпителизовались, заживление вторичным натяжением, что представлено на рисунке 12.

Второй пациент, взятый для хирургического лечения, – мужчина 55 лет с диагнозом: сахарный диабет 2-го типа. Целевой уровень Hb A1c < 7,5 %. Макроангиопатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Инфицированные гнойно-некротические трофические язвы голени. Из анамнеза: сахарный диабет более десяти лет, инсулинозависимый; язвы голени в течение шести месяцев, несмотря на проводимую терапию, постоянно увеличиваются. Для больных с сахарным диа-

бетом характерно поражение сосудов нижних конечностей с образованием длительно незаживающих трофических язв. Лечение их сложно и требует много времени и терпения [6]. Учитывая, что повязка Воскопран применяется в разные фазы раневого процесса, она использовалась с третьих суток с момента поступления в стационар. После частичного очищения язв пациенту предложена островковая пересадка кожи с целью улучшения репаративных процессов. Медикаментозное лечение проводилось сосудорасширяющими и реологическими растворами, антибиотиком, антикоагулянтом и дезагрегантом. Первые трое суток – перевязки с раствором Бетадина. Пересадка кожи осуществлялась аналогично вышеописанной методике, кроме использования пены Пантенол, поскольку у язв была обильная серозно-гнойная экссудация.

Как видно на рисунке 13, язва левой голени с некрозами и участками гнойного расплавления, с подрывными краями; практически обнажено сухожилие. Рана закрывалась только повязкой Воскопран и марлевым бинтом. На третьи сутки повязка пропиталась гноем (рис. 16), отмечается незначительное очищение язвы, отхождение некрозов, поэтому пришлось провести перевязку. Далее наблюдалась положительная динамика. На девятые и двенадцатые сутки язва практически очистилась и выполнена грануляциями, края сгладились. Однако из всех пересаженных участков (три) прижился только один. Положительный эффект в виде стимуляции репа-



Рис. 12. Эпителизация ран живота



Рис. 13, 14, 15. Язва левой голени на начало курации, после пересадки островков с повязкой и на третьи сутки



Рис. 16, 17, 18. Повязка пропиталась гноем на третьи сутки. Язва на девятые и на двенадцатые сутки



Рис. 19, 20. Язва правой голени на третьи и шестые сутки



Рис. 21, 22. Язва правой голени на девятые и двенадцатые сутки

ративных процессов считаю показательным. Обращаю внимание на сухожилие, которое не подверглось некротическому процессу и практически не визуализируется на последнем рисунке, полностью закрыто грануляционной тканью.

Если оценивать лечение язвы правой голени, то надо отметить, что изначальный размер дефекта больше, чем на левой, но чище. Пересадка кожи произведена островками в количестве шести. Хорошее приживание лоскутов наблюдалось только в 50 %. Остальные участки дермы медленно некротизировались, но дали в последующем эпителизацию, когда рана выполнялась грануляционной тканью. Края раны сгладились. Наблюдение также показательно, так как дает представление о трофических нарушениях при диабетической ангиопатии.

Почему была выбрана повязка Воскопран? Она не прилипла к поверхности и не повредила пересаженные островки кожи, что способствовало их хорошей иммобилизации. Воскопран не оставлял в ране волокон. Пчелиный воск позволял сохранять влажность среды за счет образования полупроницаемой пленки, что необходимо для роста грануляционной ткани.

Сорбционные свойства Воскопрана позволили проводить перевязки через трое (при гнойной ране) или шесть (при гранулирующей ране) суток. Сетка из воска не травмировала растущую грануляционную ткань, свободно

пропускала раневой экссудат. Отдельно отмечу отсутствие дискомфорта при ношении повязки, удобство наложения и безболезненное снятие. Наличие в составе Левомеколя позволило избежать инфицирования гранулирующих ран, способствовало очищению гнойно-некротической язвы. В процессе работы не возникло необходимости поиска других перевязочных средств, так как динамика постоянно была положительной. При лечении послеожоговых обширных ран удалось избежать длительного заживления и, возможно, перехода их в хронические. При лечении язв отмечено купирование гнойно-некротического процесса и улучшение репарации.

Пена Пантенол использовалась только при гранулирующих ранах с целью ускорить процессы регенерации. Создавался «парниковый эффект» сразу после наложения повязки и при этом не нарушалось дренирование раны в последующие дни.

### **Выводы**

Владение островковой дермопластикой обязательно для любого хирурга.

Имеется необходимость в расширении показаний к аутодермопластике и ее модификаций.

Применение повязки Воскопран помогает упростить как саму процедуру пересадки кожи, так и перевязки в послеоперационном периоде.

Использование инновационных перевязочных средств позволяет увеличить период

между перевязками, что уменьшает страдания пациента.

Удаление парафиновой сетки не повреждает пересаженные островки кожи и способствует лучшей их иммобилизации при наложении повязки.

Островковая пересадка кожи с использованием повязки Воскопран и пены Пантенол

приводит к хорошему приживлению лоскутов при хронических чистых ранах.

Аутодермопластика с наложением повязки Воскопран привела к положительному эффекту у пациента с трофическими язвами с диабетической ангиопатией в виде стимуляции процессов очищения, роста грануляций, эпителизации.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Руфанов И. Г. *Общая хирургия: учеб. 6-е изд., перераб. и доп.* М.: Медгиз, 1957. 492 с.
2. Соколов В. А. *Множественные и сочетанные травмы: практ. рук. для врачей-травматологов.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
3. *Возможности современных методов реконструктивно-пластической хирургии в лечении больных с обширными дефектами тканей конечностей* / Р. М. Тихилов, А. Ю. Кочиш, Л. А. Родоманова и др. DOI 10.1097/00005131-200311000-00004 // *Травматология и ортопедия России.* 2011. № 2. С. 164–170.
4. Маслов В. И. *Малая хирургия: учеб. пособие.* М.: Медицина, 1988. 208 с.
5. Светухин А. М., Амирасланов Ю. А. *Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. – 50 лекций по хирургии / под ред. В. С. Савельева.* М.: Медиа Медика, 2003. С. 335–344.
6. Удовиченко О. В., Грекова Н. М. *Диабетическая стопа: рук. для врачей.* М.: Практик. медицина, 2010. 272 с.

#### REFERENCES

1. Rufanov IG. *General surgery: textbook. 6th edition.*, Moscow: Medgiz, 1957. 492 p. (In Russ.).
2. Sokolov V. A. *Multiple and combined injuries: Practical Manual For Traumatologists.* Moscow: Geotar-Media, 2006. (In Russ.).
3. Tikhilov RM, Kochish AYu., Rodomanova LA and others. *The possibilities of modern methods of reconstructive plastic surgery in the treatment of patients with extensive defects in tissues of the extremities.* *Traumatologiya i Ortopediya Rossii.* 2011;(2):164–170. (In Russ.). [https://DOI.org/10.1097/00005131-200311000-00004](https://doi.org/10.1097/00005131-200311000-00004)
4. Maslov VI. *Minor Surgery: Textbook - manual.* Moscow: Meditsina, 1988. 208 p. (In Russ.).
5. Svetukhin AM, Amiraslanov YuA. *Purulent surgery: current state of the problem. – 50 lectures on surgery. Edited by Savelyev VS.* Moscow: Media Medica, 2003. P. 335–344. (In Russ.).
6. Udovichenko O. V., Grekova N. M. *Diabetic foot: manual for doctors.* Moscow: *Practicheskaya Medicina*, 2010. 272 p. (In Russ.).