

ХИРУРГИЯ



Местная терапия ранений
различной этиологии, флегмон лица
и шеи

Перфорация гигантских дуоденальных
язв у больных пожилого и старческого
возраста

Остановка геморроидального кровотечения
с использованием баллонного зонда

№ 2(II), 2018

ISSN 2587-6821



9-12 СЕНТЯБРЯ 2018

МОСКВА «КОНГРЕСС-ПАРК ГОСТИНИЦЫ «УКРАИНА»

30^И ВСЕМИРНЫЙ ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС

Ключевые тематики

- Доброкачественные заболевания пищевода
- Рак пищевода
- Рак желудка
- Хирургическое и комбинированное лечение очаговых образований печени
- Хирургическое лечение паразитарной патологии печени
- Портальная гипертензия
- Хирургическое и комбинированное лечение опухолей поджелудочной железы
- Желчекаменная болезнь
- Колоректальный рак
- Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST)
- Общая проктология
- Неорганные забрюшинные опухоли
- Современные технологии хирургического и комбинированного лечения перитонеального канцероматоза
- Хирургические технологии висцеральной трансплантации
- Новые технологии и достижения в органном донорстве
- Современная герниология
- Современные достижения в флебологии
- Инфекционные осложнения в хирургии и онкохирургии
- Вопросы комбинированного лечения и междисциплинарный подход в лечении онкологических больных
- Молекулярно-генетические исследования в онкологии, новые возможности таргетной терапии
- Концепция Fast-track в хирургии и онкохирургии
- Хирургическое лечение хронического осложненного панкреатита
- Иммуносупрессивная терапия при трансплантации солидных органов
- Современные видеоэндоскопические и роботические технологии в хирургии и онкологии

Организаторы

- Международная ассоциация хирургов, гастроэнтерологов и онкологов (IASGO)
- Государственный научный центр Российской Федерации ФМБЦ им. А.И. БУРНАЗЯНА ФМБА России

При поддержке и участии

- Российское общество хирургов
- Ассоциация хирургов-гепатологов стран СНГ
- Ассоциация онкологов России
- Российская общество эндоскопических хирургов
- Ассоциация колопроктологов России
- Ассоциация флебологов России
- Межрегиональная общественная организация «Общество трансплантологов»
- Российская Ассоциация терапевтических радиационных онкологов

Контакты

Лилия Обухова

Тел: +7 (495) 646 01 55 доб. 140

E-mail: iasgo2018@ctogroup.ru



РМЖ. Медицинское обозрение

№ 2 (II), 2018

ООО «ПРАЙМ-МЕДИА»

105082, г. Москва,

ул. Бакунинская, д. 23–41

Телефон: (495) 545–09–80, факс: (499) 267–31–55

Электронная почта:

postmaster@doctormedia.ru

WWW адрес: <http://www.rmj.ru>

для корреспонденции:

п/о 105064, а/я 399

директор

А.М. Шутая

главный редактор

А.Д. Каприн

шеф-редактор

Ю.Е. Ефремова

медицинские редакторы

А.А. Делендик

Ж.Г. Оганезова

редактор-корректор

В.Н. Калинина

коммерческий директор

О.В. Филатова

отдел рекламы

Е.А. Соснина

С.А. Борткевича

дизайн

Д.Б. Баранов

В.В. Рочев

отдел распространения

М.В. Казаков

Е.В. Федорова

Е.А. Шинтяпина

техническая поддержка**и версия в Интернет**

К.В. Богомазов

Адрес редакции:

105066, Москва, ул. Спартаковская, д. 16, стр. 1

Отпечатано: ООО «Вива-Стар»

Адрес: 107023, Москва,

ул. Электrozаводская, д. 20, стр. 3

Тираж 20 000 экз. Заказ № 238531

Распространяется по подписке (индекс 57973)

Свидетельство о регистрации средства

массовой информации

ПИ № ФС77-53569

выдано Федеральной службой по надзору

в сфере связи и массовых коммуникаций

За содержание рекламных материалов редакция

ответственности не несет

Опубликованные статьи не возвращаются

и являются собственностью редакции

Мнение редакции не всегда совпадает

с мнениями авторов

Полная или частичная перепечатка материалов без

письменного разрешения редакции

не допускается

Цена свободная

Журнал индексируется в РИНЦ

и входит в Перечень ВАК

▲ – на правах рекламы

Дата выхода в свет

28.05.2018

Содержание

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Отдаленные результаты и качество жизни пациентов после ранений шеи

В.В. Масляков, В.Г. Барсуков, А.В. Усков 43

Оптимизация местного лечения больных флегмонами лица и шеи с использованием современных антисептических средств

Ю.П. Савченко, О.А. Парамонова, В.В. Малышко, Н.Ю. Калинина, М.И. Денисова 47

Применение раствора повидон-йода при операциях на прямой кишке

С.Е. Каторкин, С.А. Быстров, А.И. Безбородов, О.Е. Лисин, Л.А. Личман, М.В. Насыров 52

Перфорация гигантских дуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста

В.Н. Никитин, В.Л. Полуэктов, С.Г. Клипач, В.М. Ситникова 55

ОБЗОРЫ

Хроническая венозная недостаточность — взгляд на проблему

С.С. Дунаевская 60

Антибактериальные препараты для местной терапии ранений различной этиологии

И.П. Левчук, М.В. Костюченко 64

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Клинический случай остановки геморроидального кровотечения с использованием баллонного зонда

С.Е. Каторкин, П.С. Андреев, В.М. Сотников 70

Правила оформления статей, представляемых к публикации в «PMJ. Медицинское обозрение»

Журнал «PMJ. Медицинское обозрение» принимает к печати оригинальные статьи и обзоры по всем разделам медицины, которые ранее не были опубликованы либо приняты для публикации в других печатных и/или электронных изданиях. Все материалы, поступившие в редакцию и соответствующие требованиям настоящих правил, подвергаются рецензированию. Статьи, одобренные рецензентами и редакцией, печатаются на безвозмездной основе для авторов. На коммерческой основе в журнале помещаются информационные и/или рекламные материалы отечественных и зарубежных рекламодателей.

Последовательность оформления статьи следующая: титульный лист, резюме, текст, библиографический список, таблицы, иллюстрации, подписи к иллюстрациям.

Титульный лист должен содержать:

1. Название статьи. В названии не допускается использование сокращений, аббревиатур, а также торговых (коммерческих) названий препаратов и медицинской аппаратуры.
2. Фамилии и инициалы авторов, их ученая степень, звание и основная должность.
3. Полное название учреждения и отдела (кафедры, лаборатории), в котором выполнялась работа, а также полный почтовый адрес учреждения.
4. Фамилия, имя, отчество и полная контактная информация автора, ответственного за связь с редакцией.

Далее информация, описанная в пп. 1–4, дублируется на английском языке. В английских названиях учреждений не следует указывать их полный государственный статус, опуская термины типа федеральное учреждение, государственное, бюджетное, образовательное, лечебное, профилактическое, коммерческое и пр.).

5. Источники финансирования в форме предоставления грантов, оборудования, лекарственных препаратов или всего перечисленного, а также сообщение о возможном конфликте интересов.

Резюме должно содержать не менее 250 слов для оригинальных статей и не менее 150 слов для обзоров и быть структурированным, т.е. повторять заголовки рубрик статьи: цель, методы, результаты, заключение.

Резюме к обзору литературы не структурируется.

Ниже помещаются ключевые слова (около 10), соответствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Акцент должен быть сделан на новые и важные аспекты исследования или наблюдения.

Резюме и ключевые слова полностью дублируются на английском языке. Переводу следует уделять особое внимание, поскольку именно по нему у зарубежных коллег создается общее мнение об уровне работы. Рекомендуется пользоваться услугами профессиональных переводчиков.

Текстовая часть статьи должна быть максимально простой и ясной, без длинных исторических введений, необоснованных повторов, неологизмов и научного жаргона. Для обозначения лекарственных средств нужно использовать международные непатентованные наименования; уточнить наименование лекарства можно на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>. При изложении материала рекомендуется придерживаться следующей схемы: а) введение и цель; б) материал и методы исследования; в) результаты; г) обсуждение; д) выводы/заключение; ж) литература. Для более четкой подачи информации в больших по объему статьях необходимо ввести разделы и подзаголовки внутри каждого раздела.

Все части рукописи должны быть напечатаны через 1,5 интервала, шрифт – Times New Roman, размер шрифта – 12, объем оригинальной статьи – до 10 страниц, обзора литературы – до 15 страниц.

Список литературы необходимо размещать в конце текстовой части рукописи и оформлять согласно ГОСТ Р 7.0.5.-2008. Источники в списке литературы необходимо указывать строго в порядке цитирования и нумеровать в строгом соответствии с их нумерацией в тексте статьи. Ссылку в тексте рукописи, таблицах и рисунках на литературный источник приводят в виде номера в квадратных скобках (например, [5]). Русскоязычные источники должны приводиться не только на языке оригинала (русском), но и на английском. Англоязычные источники публикуются на языке оригинала.

В список литературы следует включать статьи, преимущественно опубликованные в последние 10–15 лет в реферируемых журналах, а также монографии и патенты. Рекомендуется избегать цитирования авторефератов диссертаций, методических руководств, работ из сборников трудов и тезисов конференций.

Автор должен сохранить копии всех материалов и документов, представленных в редакцию.

Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются.

Материалы для публикации в электронном виде следует направлять на адрес: postmaster@doctormedia.ru

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Каприн А.Д., академик РАН РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Алексеева Л.И., д.м.н., профессор, зав. отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

Алексеев Б.Я., д.м.н., профессор, зам. генерального директора по науке ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Балаян В.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой нервных болезней и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Ростовский ГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Вербовой А.Ф., д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндокринологии ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» Минздрава России

Винник Ю.С., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО «Красноярский ГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Гиляревский С.Р., д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии и терапии ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулез» Минздрава России, Москва

Доброхотова Ю.Э., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Емельянов А.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой пульмонологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Кульчавеня Е.В., д.м.н., профессор кафедры туберкулеза ФГБОУ ВО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России, главный научный сотрудник, руководитель отдела урологии ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулез» Минздрава России

Лукушкина Е.Ф., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Ненасова Н.М., д.м.н., профессор кафедры клинической алергологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Овчинников А.Ю., д.м.н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Снарская Е.С., д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Терещенко С.Н., д.м.н., профессор, зам. генерального директора по научной работе, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, Москва

Фазылов В.Х., д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Шемеровский К.А., д.м.н., профессор, зав. отделом физиологии висцеральных систем им. К.М. Быкова ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабенко А.Ю., д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней, зав. НИЛ диабетологии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Баткаев Э.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФПК ФГАОУ ВО РУДН, Москва

Визель А.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Верткин А.Л., д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Восканян С.Э., д.м.н., профессор, зам. главного врача по хирургической помощи, руководитель Центра хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

Гаврилова С.И., д.м.н., профессор, руководитель отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Гамидов С.И., д.м.н., профессор, зав. отделением урологии и андрологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»; профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Горелов А.В., член-корр. РАН, д.м.н., профессор кафедры детских болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), руководитель детского клинического отделения ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

Драпкина О.М., член-корр. РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НМИЦ ПМ им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Каратеев А.Е., д.м.н., зав. лабораторией гастроэнтерологических проблем при ревматических заболеваниях ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

Кунельская Н.Л., д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ, Москва

Маев И.В., академик РАН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России, Москва

Недогода С.В., д.м.н., профессор, проректор по лечебной работе, зав. кафедрой терапии и эндокринологии ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России

Руднов В.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Уральский ГМУ» Минздрава России, Екатеринбург

Спирин Н.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ФГБОУ ВО «Ярославский ГМУ Минздрава России

Ткачева О.Н., д.м.н., профессор, директор ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Юреньева С.В., д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Отдаленные результаты и качество жизни пациентов после ранений шеи

Профессор В.В. Масляков, к.м.н. В.Г. Барсуков, А.В. Усков

Медицинский университет «Реавиз», Саратов

РЕЗЮМЕ

Ранения шеи относятся к опасным повреждениям, влияющим на качество жизни пациентов.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты и качество жизни пациентов, оперированных по поводу огнестрельных и колото-резаных ранений шеи.

Материал и методы: в исследование включено 129 пациентов с различными ранениями шеи, из них с огнестрельными ранениями — 67 (52%), с колото-резаными ранениями — 62 (48%). Возраст обследованных составил 46 ± 5 лет. Проведено изучение отдаленных результатов лечения и качества жизни таких пациентов.

Результаты исследования: из 67 пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений шеи, у 48 (71,6%) отсутствуют жалобы, при этом они ведут активный образ жизни. У остальных 19 (28,4%) пациентов выявлены различные жалобы. Из пациентов с колото-резаными ранениями 58 (93,5%) человек не предъявляли жалоб и чувствовали себя удовлетворительно, только у 4 (6,5%) пациентов выявлены различные жалобы. У пациентов с огнестрельными ранениями шеи в отдаленном послеоперационном периоде отмечается снижение показателей качества жизни, характеризующих психологический компонент. В то же время показатели физического функционирования соответствуют данным, полученным в группе сравнения, за исключением показателя ролевого физического функционирования. Снижение данного показателя обусловлено ограниченной способностью к ведению домашнего хозяйства из-за состояния здоровья.

Заключение: лучшие результаты и лучший уровень качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде отмечаются у больных после колото-резаных ранений шеи по сравнению с таковыми после огнестрельных ранений.

Ключевые слова: ранения шеи, отдаленный послеоперационный период, качество жизни.

Для цитирования: Масляков В.В., Барсуков В.Г., Усков А.В. Отдаленные результаты и качество жизни пациентов после ранений шеи // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 43–46.

ABSTRACT

The long-term results and quality of life of patients after neck wounds

Maslyakov V.V., Barsukov V.G., Uskov A.V.

«Reaviz» Medical University, Saratov

Neck wounds are dangerous injuries that affect the quality of life of patients.

Aim: to study the long-term results and the quality of life of patients operated for gunshot and stab wounds of the neck.

Patients and Methods: the study enrolled 129 patients with various wounds of a neck, among them gunshot wounds — 67 (52%) and stab wounds — 62 (48%). The age of the patients is 46 ± 5 years. The study of long-term results of treatment and quality of life of such patients is carried out.

Results: among 67 patients operated for gunshot wounds of the neck, 48 patients (71.6%) have no complaints, and they lead an active lifestyle. The remaining 19 patients (28.4%) have various complaints. Among the patients with stab wounds, 58 patients (93.5%) don't have any complaints and feel well; only 4 patients (6.5%) have complaints. In patients with gunshot wounds of the neck in the late postoperative period, the indicators of the quality of life, which characterize the psychological component, are decreasing. At the same time, the physical health indicators correspond to the data obtained in the comparison group, with the exception of the role-physical functioning index. The decrease in this indicator is caused by the limited ability to manage the household due to the state of health.

Conclusion: the best results and the best quality of life in the late postoperative period are revealed in patients after stab wounds of the neck compared with those after gunshot wounds.

Key words: neck wounds, late postoperative period, quality of life.

For citation: Maslyakov V.V., Barsukov V.G., Uskov A.V. The long-term results and quality of life of patients after neck wounds // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 43–46.

ВВЕДЕНИЕ

По литературным данным, ранения шеи в военных условиях встречаются в 0,5–3% от числа всех ранений [1]. Это одни из самых коварных повреждений. Такие ранения отличаются полиморфностью клинических симптомов [2]. В настоящее время определены показания для выполнения экстренных оперативных вмешательств без проведения дополнительных методов исследования; к таким

показаниям относят продолжающееся кровотечение с признаками нестабильной гемодинамики, нарушения функции дыхания в случае повреждений внутренних органов [3]. В литературе достаточно хорошо освещены вопросы течения ближайшего послеоперационного периода и осложнений при таких ранениях [4], при этом вопросам качества жизни и изучению отдаленных результатов уделяется мало внимания.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты и качество жизни пациентов, оперированных по поводу огнестрельных и колото-резаных ранений шеи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Отдаленные результаты (через 10 лет после ранения) были изучены у 129 пациентов с различными ранениями шеи, из них с огнестрельными ранениями — 67 (52%), с колото-резаными ранениями — 62 (48%). Возраст обследованных составил 46 ± 5 лет, лица мужского пола составляли 78%. Все обследованные были из числа гражданского населения, которым в период локального военного конфликта было выполнено оперативное лечение по поводу ранений. Критериями исключения из исследования являлись сочетанные и множественные повреждения шеи, повреждения позвоночника и органов шеи. Всем пациентам выполнены следующие виды операций: первичная хирургическая обработка, ушивание и дренирование ранений шеи. Необходимо подчеркнуть, что операции выполнялись общими хирургами без привлечения отоларингологов. Исследование проводилось при помощи специально разработанной анкеты на русском и чеченском языках (исследование проводилось в Чеченской Республике).

Качество жизни (КЖ) определялось по опроснику The MOS 36-item Short-Form Hervey, переведенному на русский язык. Показатели КЖ сравнивались с аналогичными показателями 56 пациентов из группы сравнения, не имеющих хронических заболеваний и не состоящих на диспансерном учете, идентичных по возрастным и половым характеристикам.

Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (WMA Declaration of Helsinki — Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013). Исследование одобрено комиссией по вопросам биоэтики университета.

Математическая обработка полученных в исследовании результатов осуществлялась с помощью непараметрических методов: U-теста Манна — Уитни (Mann — Whitney U-test). Для выборки выполнялся расчет среднего значения (M) и ошибки репрезентативности (m). Критический уровень статистической значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении отдаленных результатов у 67 пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений шеи, было установлено, что у 48 (71,6%) из них не было жалоб, при этом они вели активный образ жизни. У остальных 19 (28,4%) пациентов выявлены различные жалобы. В группе с колото-резаными ранениями 58 (93,5%) пациентов не предъявляли жалоб и чувствовали себя удовлетворительно, лишь у 4 (6,5%) выявлены различные жалобы ($p < 0,05$).

Результаты анкетирования пациентов с ранениями шеи в отдаленном послеоперационном периоде представлены в таблице 1.

Как видно из данных, представленных в таблице, повторные операции выполнены у 7 (10,4%) пациентов. В 90% случаев операции были выполнены в первый год после ранения. В большинстве наблюдений — 5 — пов-

торные операции были выполнены по поводу свища, еще в 2-х — по поводу стеноза гортани. Все операции выполнены в специализированных отделениях за пределами Чеченской Республики. В группе с колото-резаными ранениями повторных операций не было.

Наиболее частым симптомом у пациентов с огнестрельными ранениями шеи было нарушение голоса — у 12 (17,9%) обследованных. При этом на полное отсутствие голоса предъявляли жалобы только 2 (2,9%) пациента, остальные 9 жаловались на изменение тембра голоса — голос стал более глухой. В группе с колото-резаными ранениями такое осложнение выявлено у 2-х (3,2%) обследованных.

Парез лицевого нерва отмечен в 5 (7,4%) наблюдениях после огнестрельных ранений и в 1 (1,6%) — после колото-резаного ранения. Следует отметить, что данное осложнение существенно не влияло на функциональное состояние, больше заявляло о себе косметическим дефектом.

Жалобы на затруднение при глотании выявлены у 5 (7,4%) обследованных после огнестрельных ранений и у 1 (1,6%) — после колото-резаного ранения. При этом патологии со стороны ЛОР-органов при обследовании не выявлено. Данные жалобы, скорее всего, были следствием повреждения нервов шеи.

Одышка при движении отмечена у 5 (7,4%) пациентов после огнестрельных ранений. На развитие данного осложнения не оказал влияние возраст обследованных, одышка возникала при небольшой нагрузке, быстро проходила и не требовала дополнительного лечения. В анамнезе таких пациентов был пневмоторакс или гемоторакс. Развитие этого осложнения может быть следствием спаечного процесса плевральной полости.

Слюнотечение выявлено у 3 (4,4%) пациентов после огнестрельных ранений и у 1 (1,6%) — после колото-резаного ранения. У всех обследованных слюнотечение одностороннее, в анамнезе указано повреждение слюнной железы.

Жалобы на затруднение прохождения пищи предъявляли 2 (2,9%) пациента после огнестрельного ранения. Оба пациента отмечали затруднение при прохождении твердой пищи, из-за чего приходилось принимать пищу дробно и часто. Вместе с тем оперативного лечения не потребовалось. В анамнезе пациентов было ранение пищевода.

Таблица 1. Структура и количество осложнений в отдаленном периоде после операций по поводу ранений шеи

Осложнения	Количество осложнений	
	Огнестрельные ранения (n = 67)	Колото-резаные ранения (n = 62)
Повторные операции	7 (10,4%)*	—
Симптомы	Количество симптомов	
Слюнотечение	3 (4,4%)	1 (1,6%)
Затруднение при глотании	5 (7,4%)*	1 (1,6%)
Затруднение прохождения пищи	2 (2,9%)*	—
Парез лицевого нерва	5 (7,4%)*	1 (1,6%)
Нарушение голоса	12 (17,9%)*	2 (3,2%)
Отсутствие голоса	2 (2,9%)*	—
Одышка при движении	5 (7,4%)*	—

Примечание: * $p < 0,05$



Рис. 1. Отдаленные результаты хирургического лечения огнестрельных ранений шеи

Из общего количества обследованных с огнестрельными ранениями инвалидами признаны 12 (17,9%) человек: III группы — 9 человек, II группы — 3. В группе пациентов с колото-резаными ранениями никто не был признан инвалидом.

Исходя из количества выявленных жалоб все отдаленные результаты перенесенных операций были разделены на группы. К отличным результатам отнесены случаи, когда не было жалоб, связанных с бытовой и трудовой деятельностью. К хорошим результатам отнесены случаи, когда была выявлена одна жалоба, при этом она незначительно влияла на жизнь и трудовую деятельность. К удовлетворительным отнесены случаи, когда было выявлено до трех жалоб одновременно, существенно ограничивающих трудовую и бытовую деятельность. Неудовлетворительными результаты считали в том случае, если было выявлено более трех жалоб одновременно, которые вели к существенному ограничению трудовой и бытовой деятельности. Отдаленные результаты лечения огнестрельных ранений шеи представлены на рисунке 1, колото-резаных ранений — на рисунке 2.

Отличные отдаленные результаты наблюдались у большинства пациентов после огнестрельных ранений (45 пациентов; 67,2%), и у 87% ($p < 0,05$) после колото-резаных ранений; хорошие — в 6 (9%) случаях после огнестрельных и в 12% случаев ($p < 0,05$) после колото-резаных; удовлетворительные — в 8 (11,9%) случаях после огнестрельных ранений и в 1% случаев после колото-резаных ($p < 0,05$); неудовлетворительные — в 8 (11,9%) случаях после огнестрельных, после колото-резаных таковые отсутствовали ($p < 0,05$).

На основании проведенного исследования можно сделать заключение, что операции, выполненные по поводу колото-резаных ранений шеи, в отдаленном послеоперационном периоде имеют лучшие результаты по сравнению с таковыми после огнестрельных ранений.

Показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья (показатели шкал PF, RP, BP и GH), представлены на рисунке 3.

Как видно из данных, представленных на рисунке, у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений шеи, в отдаленном послеоперационном периоде показатели, характеризующие физический



Рис. 2. Отдаленные результаты хирургического лечения колото-резаных ранений шеи

компонент здоровья КЖ, незначительно снижены по сравнению с группой сравнения. Так, показатель шкалы PF (физического функционирования) в группе сравнения составил $97 \pm 0,4$ балла, в группе после огнестрельного ранения — $94 \pm 0,3$ балла ($p > 0,05$), в группе после колото-резаного ранения — $97 \pm 0,43$ ($p > 0,05$), т.е. полученные показатели в обеих группах существенно не отличались от данных группы сравнения. Отсюда следует, что выполненная операция не оказывает влияния на возможность выполнения физических нагрузок.

Показатель RP (ролевого физического функционирования) в группе сравнения составил $98 \pm 0,4$ балла, в группе после огнестрельных ранений — $64 \pm 0,2$ ($p < 0,05$); в группе после колото-резаных ранений — $97 \pm 0,5$ ($p > 0,05$), т.е. в группе после огнестрельных ранений он был снижен более чем в 2,5 раза. Снижение данного показателя обусловлено снижением способности к ведению домашнего хозяйства из-за состояния здоровья.

Показатель шкалы BP (боли) в группе сравнения составил $97 \pm 0,3$ балла, в группе с огнестрельными ранениями — $87 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$); в группе после колото-резаных ранений он существенно не отличался от показателей группы сравнения и составил $98 \pm 0,2$ балла ($p > 0,05$). Снижение

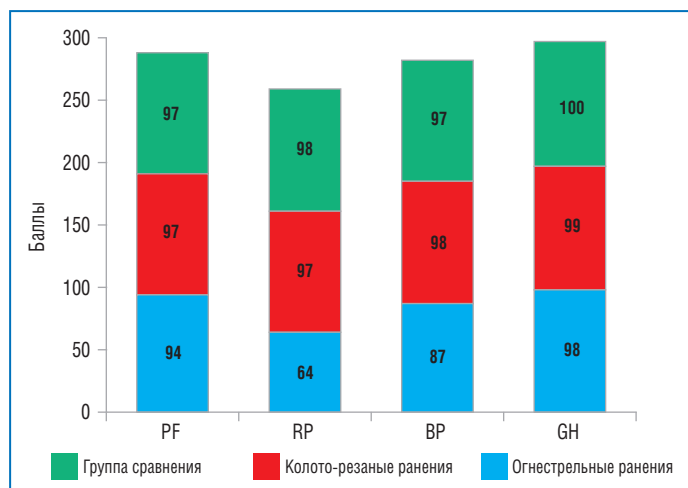


Рис. 3. Показатели КЖ, характеризующие физический компонент здоровья у пациентов с ранениями шеи в отдаленном послеоперационном периоде

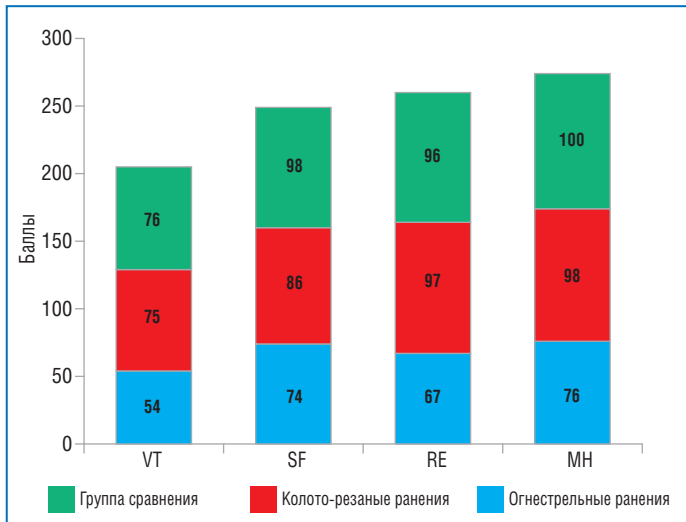


Рис. 4. Показатели КЖ, характеризующие психологический компонент здоровья у пациентов с ранениями шеи в отдаленном послеоперационном периоде

данного показателя в группе после огнестрельных ранений обусловлено физической болью, которая ограничивает обычную активность.

Показатель шкалы GH (общего здоровья) в группе сравнения составил $100 \pm 0,3$ балла, в группе после огнестрельных ранений — $98 \pm 0,3$ балла ($p > 0,05$), в группе колото-резаных ранений — $99 \pm 0,2$ балла ($p > 0,05$), т.е. существенных различий данного показателя в группах после огнестрельных, колото-резаных ранений и в группе сравнения не обнаружено. Соответственно субъективная оценка восприятия предшествующего и настоящего здоровья отличная.

Показатели КЖ, характеризующие психологический компонент здоровья, представлены на рисунке 4. Эти показатели у пациентов после огнестрельных ранений шеи снижены в отличие от результатов, полученных у относительно здоровых людей из группы сравнения. В группе после колото-резаных ранений они соответствовали результатам в группе сравнения.

Так, показатель VT (жизнеспособности) в группе сравнения составил $76 \pm 0,4$ балла, в группе огнестрельных ранений — $54 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), в группе колото-резаных ранений — $75 \pm 0,3$ ($p > 0,05$). Снижение данного показателя происходит за счет усталости, нежелания выполнять энергичные действия.

Оценка по шкале SF (социального функционирования) в группе сравнения составила $98 \pm 0,4$ балла; в группе после огнестрельных ранений — $74 \pm 0,2$ ($p < 0,05$), в группе после колото-резаных ранений — $86 \pm 0,5$ ($p > 0,05$). Снижение данного показателя в группе огнестрельных ранений происходит за счет неспособности в полной мере поддерживать связь с родственниками, друзьями, семьей, невозможности адекватного профессионального общения из-за дисфонии или афонии.

Показатель шкалы RE (ролевого эмоционального функционирования) в группе сравнения составил $96 \pm 0,3$ балла;

в группе огнестрельных ранений — $67 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$), что говорит о снижении эмоционального статуса больного, влиянии сниженного настроения на повседневные занятия, взаимоотношения с окружающими. В группе колото-резаных ранений этот показатель составил $97 \pm 0,6$ балла ($p > 0,05$).

Показатель по шкале MN (психологического здоровья) в группе сравнения составил $100 \pm 0,3$ балла; в группе после огнестрельных ранений — $76 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$); в группе после колото-резаных ранений — $98 \pm 0,3$ балла ($p > 0,05$). Отсюда следует, что у пациентов после огнестрельных ранений шеи отмечаются невротизация, склонность к депрессивным состояниям, отсутствие ощущения счастья, умиротворенности и душевного спокойствия.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что у пациентов после огнестрельных ранений шеи в отдаленном послеоперационном периоде отмечается снижение показателей КЖ, характеризующих психологический компонент. В то же время показатели, характеризующие физический компонент здоровья, соответствовали данным, полученным в группе сравнения, за исключением показателя RP (ролевого физического функционирования). Снижение данного показателя обусловлено снижением способности к ведению домашнего хозяйства из-за состояния здоровья.

Выводы

1. В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений шеи, различные жалобы выявлены в 28,3% случаев. Не предъявляли никаких жалоб и чувствовали себя удовлетворительно 71,6% обследованных.

2. При изучении уровня КЖ в отдаленном послеоперационном периоде установлено снижение показателей КЖ, характеризующих психологический компонент. В то же время показатели, характеризующие физический компонент здоровья, соответствовали данным, полученным в группе сравнения, за исключением показателя ролевого физического функционирования. Снижение данного показателя обусловлено снижением способности к ведению домашнего хозяйства из-за состояния здоровья.

Литература

- Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи. М.: Медицина, 2001. 400 с. [Shvyrkov M.B., Burenkov G.I., Demenkov V.R. Ognestrel'nye ranenija lica, LOR-organov i shei. M.: Medicina. 2001. 400 s. (in Russian)].
- Коровкина Е.Н. Ранения шеи // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. №11. С.92–94 [Korovkina E.N. Ranenija shei // Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2014. №11. S.92–94 (in Russian)].
- Самохвалов И.М., Завражнов А.А., Фахрутдинов А.М., Сычев М.И. Оказание хирургической помощи раненым в шею в вооруженном конфликте // Воен.-мед. журнал. 2001. №10. С.32–40 [Samohvalov I.M., Zavrzhnov A.A., Fahrutdinov A.M., Sychev M.I. Okazanie hirurgicheskoy pomoshhi ranenym v sheju v vooruzhennom konflikte // Voen.-med. zhurnal. 2001. №10. S.32–40 (in Russian)].
- Масляков В.В., Барсуков В.Г., Усков А.В. Хирургическое лечение огнестрельных ранений шеи // Здоровоохранение Чувашии. 2016. №4. С.6–65 [Masljakov V.V., Barsukov V.G., Uskov A.V. Hirurgicheskoe lechenie ognestrel'nyh ranenij shei // Zdravoohranenie Chuvashii. 2016. №4. S.6–65 (in Russian)].

Оптимизация местного лечения больных флегмонами лица и шеи с использованием современных антисептических средств

Профессор Ю.П. Савченко, О.А. Парамонова, к.м.н. В.В. Малышко, Н.Ю. Калинина, М.И. Денисова

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

РЕЗЮМЕ

Одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной гнойной хирургии является лечение больных флегмонами лица и шеи.

Цель исследования: оценка эффективности крема Аргосульфан® в комплексном местном лечении больных флегмонами лица и шеи.

Материал и методы: сравнительное исследование эффективности местного лечения послеоперационных ран у 38 пациентов с диагнозом флегмона лица и шеи при помощи комбинированного препарата на основе сульфатиазола серебра (Аргосульфан®) и мазевых повязок с мазью Левомеколь. перевязки в обеих группах исследования выполнялись дважды в сутки, производилась санация раны водным 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата и накладывалась повязка с исследуемым лекарственным препаратом. Оценивалось время очищения раны, время появления грануляционной ткани, время готовности раны к ушиванию, а также цитологический состав раневой поверхности методом мазков-отпечатков. Для идентификации возбудителя использовался метод посева раневого экссудата.

Результаты исследования: использование препарата на основе сульфатиазола серебра позволяет в среднем на 2 сут сократить время очищения раны, а также на 2 сут раньше, по сравнению с использованием мазевых повязок с Левомеколем, выполнить наложение вторичных швов. Применение данного комбинированного средства также позволяет добиться лучших косметических результатов за счет поддержания в ране влажной среды. Наиболее частыми возбудителями флегмон лица и шеи выступили бактерии группы стафилококков (*Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*) и стрептококков (*Streptococcus anginosus* и *Streptococcus pyogenes*).

Выводы: сульфатиазол серебра (крем Аргосульфан®) оказывает антибактериальное воздействие на возбудителей гнойно-воспалительного процесса и сохраняет необходимую для оптимального заживления раны влажность.

Ключевые слова: флегмона шеи, рана, раневые повязки, серебро, сульфатиазол серебра.

Для цитирования: Савченко Ю.П., Парамонова О.А., Малышко В.В. и др. Оптимизация местного лечения больных флегмонами лица и шеи с использованием современных антисептических средств // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 47–51.

ABSTRACT

Optimization of topical treatment of patients with phlegmons of face and neck with the use of modern antiseptic drugs Savchenko Yu.P., Paramonova OA, Malysheko V.V., Kalinina M.I., Denisova N.Yu.

Kuban State Medical University, Krasnodar

One of the most difficult and urgent problems of modern purulent surgery is the treatment of patients with face and neck phlegmons. **Aim:** to evaluate the effectiveness of the use of Argosulfan® cream in complex topical treatment of patients with face and / or neck phlegmons.

Patients and Methods: a comparative study of the efficacy of topical treatment of postoperative wounds in 38 patients with phlegmons of the neck and / or face using a silver sulphadiazine dressings (Argosulfan®) and salve dressing with Levomekol ointment was conducted. In both groups the dressings were applied twice a day, the wound was first sanitized with an aqueous 0.02% solution of chlorhexidine bigluconate and then a dressing with the investigative drug was applied. The time of wound cleansing, the time of appearance of the granulation tissue, and the time of the wound readiness for suturing was assessed. The cytological composition of the wound surface was also assessed by the smear-print method. To identify the pathogen, the method of seeding the wound exudate was used.

Results: the use of the silver sulphadiazine drug allowed to shorten the time of wound cleansing on average by 2 days, and to apply secondary seams 2 days earlier in comparison with the use of Levomekol dressings. The use of this combined preparation also allowed to achieve the best cosmetic results by maintaining a moist wound environment. The most frequent pathogens of face and / or neck phlegmons were Staphylococci (*Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus epidermidis*) and Streptococci (*Streptococcus anginosus* and *Streptococcus pyogenes*).

Conclusion: the use of silver sulphadiazine (Argosulfan® cream) allowed to provide antibacterial effect on pathogens of purulent-inflammatory process and to maintain a moist wound environment necessary for optimal wound healing.

Key words: phlegmon of the neck, wound, wound dressings, silver, silver sulphadiazine.

For citation: Savchenko Yu.P., Paramonova OA, Malyshko V.V. et al. Optimization of topical treatment of patients with phlegmons of face and neck with the use of modern antiseptic drugs // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 47–51.

Одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной гнойной хирургии является лечение больных флегмонами лица и шеи. Данная патология характеризуется широкой распространенностью, трудностями в диагностике на ранней стадии заболевания и тяжелым течением, зачастую приводящим к летальному исходу.

Флегмоны лица и шеи возникают вследствие эндогенного инфицирования, что обуславливает широкий спектр микробных возбудителей данного гнойно-воспалительного процесса и, часто, низкую реактивность организма больного. Флегмоны лица и шеи подразделяются в зависимости от источника инфицирования:

- при воспалительных процессах зуба формируются одонтогенные флегмоны [1–3];
- при распространении инфекции из очагов хронического воспаления верхних дыхательных путей образуются тонзиллогенные флегмоны;
- нередко причиной развития флегмон шеи становится перфорация пищевода или нагноение срединной кисты шеи [2, 4].

Наиболее частыми возбудителями флегмон лица и шеи становятся различные штаммы стрептококков и стафилококков [5, 6], персистирующие на слизистых оболочках, кариозных зубах, хронических очагах воспаления ротовой полости. Значительную роль в возникновении и развитии заболевания играет и более агрессивная микрофлора, зачастую попадающая в рану вторично, вследствие реинфицирования. В таком случае возбудителями нередко становятся внутрибольничные штаммы микроорганизмов, обладающие всеми характерными для этой группы признаками: значительной антибиотикорезистентностью [7–9], высокой вирулентностью, способностью к формированию на поверхности раны бактериальных биопленок и устойчивостью в отношении большинства используемых для местного лечения ран антисептических средств [10, 11].

У больных с диагнозом флегмоны лица и шеи зачастую наблюдается снижение иммунного статуса [12–14], что приводит к затяжному течению заболевания. При наличии тяжелой сопутствующей патологии, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, иммунодефицит приводит к частому возникновению осложнений. Наиболее часто встречающиеся осложнения флегмон лица и шеи — это тромбоз пещеристого синуса, передний (как правило) медиастинит, полиорганная недостаточность и тяжелые септические состояния [15]. Как следствие, при тяжелом и затяжном течении обсуждаемой патологии достаточно высокая летальность, составляющая, в зависимости от используемых методов хирургического лечения, применяемых антибактериальных препаратов и местных антисептических средств, от 10 до 25% [9].

Тяжелое течение заболевания, высокая летальность и распространенная полирезистентность возбудителей к антибактериальным препаратам, существенно снижающая эффективность антибиотикотерапии, приводят к необходимости поиска новых средств и комплексных лекарственных композиций, предназначенных в первую очередь именно для местного лечения этой патологии [16–18].

Наиболее перспективное научно-практическое направление — это разработка средств с выраженным антибактериальным действием, препятствующих инфицирова-

нию раны внутрибольничными штаммами и вызывающих как можно более медленное формирование устойчивости у возбудителей гнойного процесса, а также поддерживающих в ране необходимую для нормального заживления влажность.

В последние годы было разработано и предложено для внедрения в клиническую практику достаточно большое количество антисептиков и лекарственных композиций, так или иначе удовлетворяющих этим требованиям. К примеру, хорошо себя зарекомендовали раневые повязки, которые содержат антибактериальные компоненты, обеспечивают отток раневого экссудата и поддерживают на поверхности послеоперационной раны влажную среду. Но их использование ограничивается активным нагноением в ране.

Одним из перспективных направлений является применение в комплексном местном лечении больных флегмонами лица и шеи средства Аргосульфан[®], удовлетворяющего всем необходимым требованиям и представляющего собой комбинированный препарат на основе серебра (сульфатиазол серебра) и сульфаниламидных препаратов. Спектр применения сульфатиазола серебра достаточно широк: пиодермии, пролежни, трофические язвы различного генеза (при хронической венозной недостаточности, посттромбофлебитическом синдроме, облитерирующем эндартериите, нарушениях кровообращения на фоне сахарного диабета), гнойные и хронические длительно незаживающие раны, а также мелкие бытовые травмы (порезы, ссадины).

В последние годы данный препарат начинает активно использоваться в лечении ряда хирургических заболеваний [19–22]. Таким образом, имеется перспектива применения препарата при флегмонах лица и шеи для местного лечения ран в послеоперационном периоде.

Широко известны антибактериальные свойства различных соединений серебра (ионов, солей, наночастиц) в отношении многих возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний, в т. ч. антибиотикорезистентной внутрибольничной микрофлоры. Соединения серебра способны повреждать клеточную стенку микроорганизмов, инактивировать ферменты дыхательной цепи, связываться с нуклеиновыми кислотами возбудителя гнойного процесса [23, 24]. При этом примечательны способность серебра оказывать выраженное угнетающее действие на бактериальные и грибковые клетки (отмечено влияние соединений серебра и на вирусные частицы [25]) и значительно меньшая его токсичность в отношении клеток человека [26, 27]. Важным аспектом также является способность серебра проникать в бактериальные биопленки, как правило, устойчивые к антибактериальным препаратам и антисептическим средствам [28–30].

Совместное использование соединений серебра и сульфаниламидных препаратов позволяет усилить бактерицидные свойства полученной композиции и компенсировать сравнительно слабую устойчивость соединений серебра к физико-химическим факторам окружающей среды, таким как присутствующие в ране хлориды и световое излучение. Помимо этого, согласно некоторым литературным источникам [31, 32], сульфатиазол серебра способен усиливать процессы регенерации в ране, ускорять пролифе-

рацию фибробластов и кератиноцитов, способствуя росту грануляций и эпителизации раневого дефекта.

Цель исследования: оценка эффективности крема Аргосульфан® в комплексном местном лечении больших флегмонами лица и шеи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведено лечение 38 пациентов с диагнозом флегмоны лица и шеи в возрасте от 21 года до 66 лет с легким и среднетяжелым течением заболевания. Критерии включения в исследование: распространенность гнойно-воспалительного процесса на 3 и более клетчаточных пространств лица и шеи и отсутствие осложнений на момент начала лечения (медиастинита, сепсиса, полиорганной недостаточности), добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Все пациенты получали системное лечение согласно протоколу.

Участники исследования были случайным образом разделены на 2 равные группы, схожие по полу, возрасту и наличию сопутствующей патологии.

В группу сравнения (группа 1) было включено 19 человек, которым выполнялось стандартное местное лечение гнойно-воспалительного процесса клетчаточных пространств, включавшее активную хирургическую обработку флегмоны, дренирование послеоперационной раны с использованием полихлорвиниловых однопросветных дренажей, а также антибактериальную терапию согласно результатам посева раневого экссудата. Помимо этого, проводилась десенсибилизирующая, инфузионная, дезинтоксикационная терапия соответственно степени тяжести заболевания и сопутствующей патологии. Местное лечение включало туалет послеоперационной гнойной раны водным 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата и наложение мазевых повязок (мазь Левомеколь) с раствором йодопирона дважды в сутки.

В основную группу (группа 2) вошли 19 человек, которым, помимо описанной выше схемы лечения, назначался местно препарат Аргосульфан®. Перед наложением повязки рана дополнительно обрабатывалась данным препаратом, после чего выполнялось стандартное лечение.

Повязки в обеих группах менялись 2 раза в сутки до появления признаков роста грануляционной ткани, после чего рана ушивалась вторичными швами.

Для оценки эффективности используемого средства выполнялся комплекс клинических, цитологических, микробиологических и лабораторных методов исследования.

Идентификация возбудителя гнойно-воспалительного процесса и его чувствительности к антибиотикам проводилась путем аспирации раневого экссудата с помощью стерильного ватного тампона. Полученный материал помещался в питательную среду, идентифицировался клинический изолят и оценивалась резистентность к антибактериальным препаратам методом дисков. Исследование материала на наличие анаэробной микрофлоры не выполнялось. Забор материала на исследование выполняли на 1, 4 и 7-е сутки от момента госпитализации и проведения оперативного вмешательства.

Площадь раневого дефекта определяли по Ю.П. Савченко [33], методом компьютерной обработки снимка раневого дефекта совместно с эталоном известной площади.

Клиническая оценка течения заболевания в послеоперационном периоде включала определение сроков оконча-

Аргосульфан®

Аргосульфан® – для лечения ран!



- Ag** Содержит ионы серебра
- x2** Двойное действие – ранозаживляющее и противомикробное*
- Щит** Способствует заживлению без образования грубого рубца**

Рег. уд.: П N014888/01 от 24.04.2009. RUS-DRM-ARG-NON-03-2018-1078. Реклама.
*Аргосульфан® – антибактериальный препарат местного применения, способствующий заживлению ран (Инструкция по медицинскому применению препарата Аргосульфан). **Третьякова Е.И. Комплексное лечение длительно незаживающих ран разной этиологии. Клиническая дерматология и венерология, №3, 2013.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ
ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

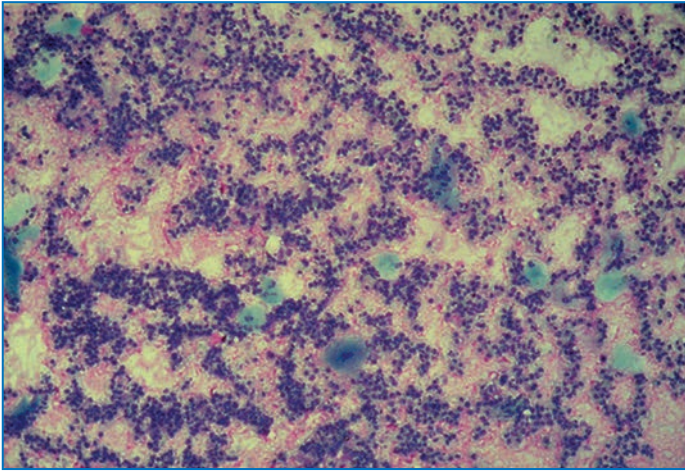


Рис. 1. Выраженная лейкоцитарная реакция в мазке-отпечатке с раневой поверхности больного из группы сравнения на 3-и сутки исследования, об. 10х

тельного очищения раны, сроков ушивания раны, периода купирования болевого синдрома, сроков появления признаков роста грануляционной ткани и эпителизации ушитой раны, температуры тела. Выполнялся общий анализ крови, определялся лейкоцитарный индекс интоксикации.

Для оценки динамики заживления послеоперационных ран использовался метод мазков-отпечатков с раневой поверхности, позволяющий получить информацию о приоритетном клеточном составе раневой поверхности и степени готовности раны к ушиванию, а также выявить ранние признаки возможного повторного нагноения раны.

Для определения достоверности полученных результатов, в связи с малой выборкой, использовались непараметрические методы статистического анализа. Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При микробиологическом исследовании раневого отделяемого наиболее часто высевались бактерии группы стафилококков (*Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*) и стрептококков (*Streptococcus anginosus* и *Streptococcus pyogenes*). Количество микроорганизмов в ране прогрессивно снижалось с 10^5 – 10^6 КОЕ/мл раневого отделяемого в 1-е сутки до 10^2 – 10^3 КОЕ/мл на 7-е сутки исследования. При этом в основной группе уже к 4-м суткам лечения было отмечено снижение уровня бактериальной загрязненности, а к 7-м суткам практически полная элиминация возбудителя. В группе сравнения отмечалось лишь незначительное снижение уровня микробных тел на 4-е сутки и к 7-м суткам по-прежнему в небольшом количестве обнаруживались бактериальные тела.

У больных опытной группы наблюдалась нормализация температуры тела на 3–4-е сутки ($3,57 \pm 0,43$), в то время как у больных группы сравнения снижение температуры отмечено на 5–6-е ($5,64 \pm 0,28$) сутки после проведения оперативного лечения ($p < 0,05$).

Общий анализ крови и лейкоцитарный индекс интоксикации не выявили достоверных различий между клиническими группами, тогда как отличия в клиническом течении раневого процесса были достоверны. Купирование болевого синдрома у пациентов опытной группы наступало раньше и занимало $2,34 \pm 0,12$ сут против более чем 4-х суток у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$).

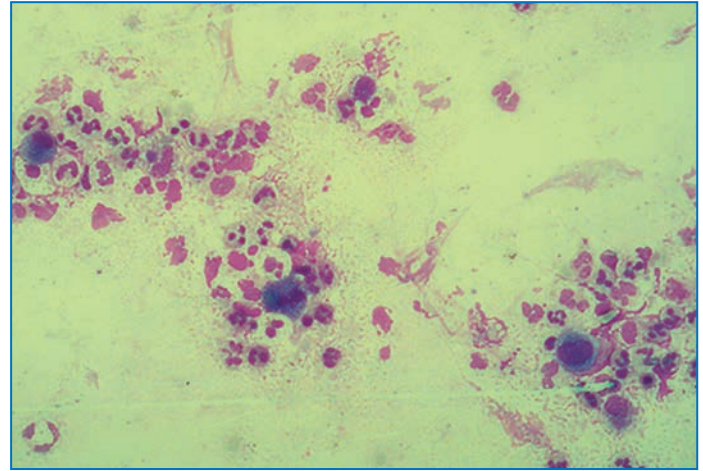


Рис. 2. Макрофаги на фоне лейкоцитов в мазке-отпечатке с раневой поверхности больного из группы сравнения на 5-е сутки исследования, об. 20х

При использовании крема Аргосульфан® также наблюдалось более раннее очищение раны, появление грануляционной ткани (на 4–6-е сутки), изменение характера раневого отделяемого и соответственно наложение вторичных швов (на 10-е сутки). Необходимости в проведении повторной хирургической обработки раны в послеоперационном периоде не возникло. Случаев развития повторного нагноения раны и/или расхождения швов после ушивания не было ни в одной из групп исследования. Оценка клеточного состава мазков-отпечатков также подтверждает ускорение процессов заживления ран при использовании серебросодержащего средства Аргосульфан®. На 3-и сутки при использовании мазевых повязок наблюдалось большое количество нейтрофилов (рис. 1).

На 5-е сутки применения мази Левомеколь было отмечено появление макрофагов в мазках-отпечатках, но в то же время сохранялось большое количество нейтрофильных лейкоцитов, фибробласты были представлены единичными клетками или отсутствовали (рис. 2).

При использовании же комбинированного препарата серебра и сульфаниламидных соединений уже на 4-е сутки в мазках-отпечатках были обнаружены фибробласты (рис. 3).

При использовании мазевых повязок в среднем на 2 сут дольше продолжался болевой синдром, на 2 сут позже,

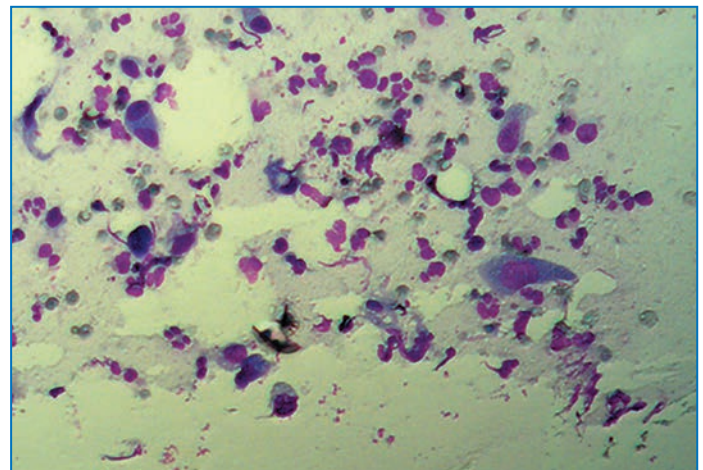


Рис. 3. Фибробласты на фоне нейтрофильных лейкоцитов в мазке-отпечатке с раневой поверхности у больных флегмонами лица и шеи из основной группы на 4-е сутки исследования, об. 20х

по сравнению с применением препарата сульфатаиозола серебра, наблюдалось появление грануляционной ткани. Ушивание раны выполнялось при использовании средства Аргосульфан® в среднем на 10-е сутки, при использовании мазевых повязок — на 12-е сутки. Срок пребывания в стационаре при применении препарата Аргосульфан® также сократился в среднем на 1,5 сут (табл. 1).

При использовании комбинированного препарата Аргосульфан® не отмечалось присыхания повязки к раневой поверхности, что в целом было характерно для лечения с помощью мазевых повязок и свидетельствовало о пересыхании раневой поверхности. В целом высыхание повязок приводило к увеличению времени, затрачиваемого на выполнение перевязок, и замедлению процессов регенерации в ране. Нельзя не отметить, что при использовании препарата Аргосульфан® наблюдались лучшие косметические свойства послеоперационных рубцов.

Выводы

В результате проведенного клинического исследования была доказана сравнительно высокая эффективность местного применения крема Аргосульфан® в комплексном лечении флегмон лица и шеи. Использование сульфатаиозола серебра позволило обеспечить антибактериальное воздействие на возбудителей гнойно-воспалительного процесса и сохранить необходимую для оптимального заживления раны влажность. Использование данного средства позволило уменьшить сроки очищения и ушивания раны в послеоперационном периоде. Также применение данного препарата позволило добиться наилучшего косметического эффекта за счет менее выраженного рубца при заживлении ушитой раны.

Литература

- Ильянов В.М. Состояние системы простагландинов у больных с хроническим периодонтитом // Загальна патологія та патологічна фізіологія. 2012. Т.7. №4. С.191–196 [Ilyanov V.M. Sostojanie sistemy prostaglandinov u bol'nyh s hronicheskim periodontitom // Zagal'na patologija ta patologichna fiziologija. 2012. T.7. №4. S.191–196 (in Russian)].
- Marchiano E., Raikundalia M.D., Carniol E.T. et al. Characteristics of patients treated for orbital cellulitis: An analysis of inpatient data // Laryngoscope. 2016. Vol. 126(3). P.9.
- Юлдашев И.М., Ургуналиев Б.К., Ашиналиев А.А. и др. Тотальный одонтогенный медиастинит как осложнение гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта // Тихоокеанский медицинский журнал. 2011. №3. С.97–98 [Juldashov I.M., Urgunaliyev B.K., Ashinaliyev A.A. i dr. Total'nuy odontogennyj mediastinit kak oslozhenie gnilostno-nekroticheskoj flegmony dna polosti rta // Tihookeanskij medicinskij zhurnal. 2011. №3. S.97–98 (in Russian)].
- Brea Álvarez B., Esteban García L., Tuñón Gómez M., Cepeda Ibarra Y. Nontraumatic head and neck injuries: a clinical approach. Part 2 // Radiologia. 2017. Vol. 59(3). P.182–195.
- Гусейнова М.Г., Бисаев У.И. Фармакотерапия флегмоны и одонтогенного остеомиелита челюстных костей // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т.7. №6. С.1279 [Guseynova M.G., Bisaev U.I. Farmakoterapija flegmony i odontogennogo osteomielita cheljustnyh kostej // Bjulleten' medicinskih internet-konferencij. 2017. T.7. №6. S.1279 (in Russian)].
- Hirasawa K., Tsukahara K., Motohashi R. et al. Deep neck cellulitis: limitations of conservative treatment with antibiotics // Acta Otolaryngol. 2017. Vol. 137(1). P.86–89.
- Монаков В.А., Иващенко А.В., Решетникова В.П. Особенности микробиологической картины ран у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области при использовании вакуум-терапии // Клиническая стоматология. 2014. №1(69). С.40–43 [Monakov V.A., Ivashchenko A.V., Reshetnikova V.P. Osobennosti mikrobiologicheskoj kartiny ran u bol'nyh s odontogennymi flegmonami cheljustno-licevoj oblasti pri ispol'zovanii vakuum-terapii // Klinicheskaja stomatologija. 2014. №1(69). S.40–43 (in Russian)].
- Куликовский В.Ф., Оганесян В.Ф. Летальность при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010. Т.3. №4. С.373–376 [Kulikovskij V.F., Oganesyjan V.F. Letal'nost' pri neklostridial'noj anajerobnoj infekcii mjagkih tkanej cheljustno-licevoj oblasti i shei // Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoy hirurgii. 2010. T.3. №4. S.373–376 (in Russian)].

Таблица 1. Сравнительная характеристика течения раневого процесса и продолжительности местных симптомов

Параметр	Группа сравнения (группа 1)	Основная группа (группа 2)
Болевой синдром	4,44±0,37	2,34±0,18*
Срок появления грануляционной ткани	6,75±0,39	4,41±0,73*
Срок ушивания раны	12,27±0,32	10,28±0,44*
Срок пребывания в стационаре	16,42±0,34	14,85±0,38*

* $p < 0,05$

- Lin Y.Q., An L.F., Li L. New treatment choice of head and neck cellulitis: multi-catheter drainage guided by ultrasound percutaneous puncture // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2017. Vol. 52(2). P.110–112.
- Субханова Г.С. Сравнительный анализ эффективности перевязочных средств в лечении гнойных ран лица и шеи // Вестник Авиценны. 2013. №2(55). С.117–123 [Subhanova G.S. Sravnitel'nyj analiz jeffektivnosti perevjazocznyh sredstv v lechenii gnojnyh ran lica i shei // Vestnik Avicenny. 2013. №2(55). S.117–123 (in Russian)].
- Кетова Г.Г., Латушина Л.С., Долгушин И.И. Фармакоэкономический анализ местного применения иммунопрепаратов в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2009. №3–4. С.30–35 [Ketova G.G., Latjushina L.S., Dolgushin I.I. Farmakojekonomicheskij analiz mestnogo primeneniya immunopreparatov v kompleksnom lechenii bol'nyh s odontogennymi flegmonami // Problemy standartizacii v zdorvoohranenii. 2009. №3–4. S.30–35 (in Russian)].
- Баранник Н.Г., Варжапетян С.Д., Сидоряко А.В. и др. Изменение иммунного статуса при флегмонах челюстно-лицевой области в зависимости от распространенности гнойного процесса // Запорожский медицинский журнал. 2016. №1(94). С.44–49 [Barannik N.G., Varzhapetjan S.D., Sidorjako A.V. i dr. Izmenenie immunnogo statusa pri flegmonah cheljustno-licevoj oblasti v zavisimosti ot rasprostranjonnosti gnojnogo processa // Zaporozhskij medicinskij zhurnal. 2016. №1(94). S.44–49 (in Russian)].
- Taub D., Yampolsky A., Diecidue R., Gold L. Controversies in the Management of Oral and Maxillofacial Infections // Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2017. Vol. 29(4). P.465–473.
- Кабанова С.А. Изучение иммунного статуса при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области // Новости хирургии. 2005. Т.13. №1–4. С.28–32 [Kabanova S.A. Izuchenie immunnogo statusa pri gnojno-vospalitel'nyh zabolevanijah cheljustno-licevoj oblasti // Novosti hirurgii. 2005. T.13. №1–4. S.28–32 (in Russian)].
- Hirasawa K., Tsukahara K., Motohashi R. et al. Deep neck cellulitis: limitations of conservative treatment with antibiotics // Acta Otolaryngol. 2017. Vol. 137(1). P.86–89.
- Монаков В.А. Гидродинамическое обоснование аспирационно-промывного дренирования гнойных ран // Южно-Уральский медицинский журнал. 2015. №2. С.16–21 [Monakov V.A. Gidrodinamicheskoe obosnovanie aspiracionno-promyvnogo drenirovanija gnojnyh ran // Juzhno-Ural'skij medicinskij zhurnal. 2015. №2. S.16–21 (in Russian)].
- Лишов Е.В., Харитонов А.А., Путинцев А.М. Особенности хирургического лечения анаэробных инфекций глубоких пространств шеи, осложненных медиастинитом // Acta Biomedica Scientifica. 2017. Т.2. №6. С.130–133 [Lishov E.V., Haritonov A.A., Putincev A.M. Osobennosti hirurgicheskogo lechenija anajerobnyh infekcij glubokih prostanstv shei, oslozhnjonyh mediastinitom // Acta Biomedica Scientifica. 2017. T.2. №6. S.130–133 (in Russian)].
- Pérez-Díaz M.A., Silva-Bermudez P., Jiménez-López B. et al. Silver-pig skin nanocomposites and mesenchymal stem cells: suitable antibiofilm cellular dressings for wound healing. Nanobiotechnology. 2018. Vol. 16(1). P.2.
- Винник Ю.С., Серова Е.В., Куконков В.А. и др. Возможности применения сульфатаиозола серебра в хирургии // РМЖ. 2017. Т.25. №8. С.529–532 [Vinnik Ju.S., Serova E.V., Kukonkov V.A. i dr. Vozmozhnosti primeneniya sul'fatiazola serebra v hirurgii // RMZh. 2017. T.25. №8. S.529–532 (in Russian)].
- Самцов А.В., Теличко И.Н., Стаценко А.В. Применение наружных средств, содержащих соединения серебра, в терапии больных пиодермиями // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. №1. С.75–80 [Samcov A.V., Telichko I.N., Stacenko A.V. Primenenie naruzhnyh sredstv, soderzhashhih soedinenija serebra, v terapii bol'nyh piodermijami // Vestnik dermatologii i venerologii. 2014. №1. S.75–80 (in Russian)].
- Федота Н.В., Лукьянова Д.А. Влияние мазей на основе серебра и цинка на регенерацию кожи при моделировании термических ожогов // Известия Оренбургского государственного аграрного университета. 2014. №6 (50). С.77–78 [Fedota N.V., Luk'janova D.A. Vlijanie mazej na osnove serebra i cinka na regeneraciju kozhi pri modelirovanii termicheskikh ozhogov // Izvestija Orenburgskogo gosudarstvennogo agrarnogo universiteta. 2014. №6(50). S.77–78 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Применение раствора повидон-йода при операциях на прямой кишке

К.м.н. С.Е. Каторкин, к.м.н. С.А. Быстров, А.И. Безбородов, О.Е. Лисин,
Л.А. Личман, М.В. Насыров

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценка эффективности антисептических свойств 10% раствора Бетадин® при обработке операционного поля и слизистой прямой кишки в колопроктологической практике.

Материал и методы: проведен анализ лечения 110 пациентов, которые были поделены на 2 группы методом случайной выборки: в I группу (n=60) включены пациенты, которым перед проведением оперативного вмешательства выполнялась двукратная обработка операционного поля и слизистой прямой кишки 10% раствором Бетадина, назначалась антибиотикопрофилактика в пред- и послеоперационном периоде. Во II группе (n=50) пациентам при проведении оперативного вмешательства выполнялась двукратная обработка операционного поля и слизистой прямой кишки 10% раствором Бетадина без назначения профилактического курса антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периоде. В динамике изучались следующие показатели: раневое отделяемое (или его отсутствие), отек и гиперемия тканей вокруг раны (или их отсутствие), температурная реакция организма, лейкоцитарная реакция.

Результаты исследования: отсутствие гиперемии кожных покровов вокруг раны и отека мягких тканей после операции отмечалось в первой группе в среднем к $3,8 \pm 1,2$ сут, во второй группе — к $4,2 \pm 1,3$ сут ($t=0,226$, $p<0,05$). Температурная реакция организма и общее самочувствие нормализовались в I группе на $3,6 \pm 1,1$ сут, во II группе — на $4,0 \pm 1,0$ сут ($t=0,269$, $p<0,05$). Лейкоцитарная реакция на протяжении всей госпитализации оставалась в норме у пациентов в обеих группах и статистически не различалась.

Заключение: в результате исследования 10% раствор Бетадина показал себя как надежный антисептик для обработки слизистой и операционного поля, профилактики послеоперационных осложнений в плановой колопроктологии. Использование раствора Бетадина как монотерапии в плановой колопроктологии позволяет исключить применение антибиотиков системного действия и избежать возникновения антибиотикорезистентности в будущем.

Ключевые слова: колопроктология, обработка операционного поля, Бетадин®, повидон-йод, йодсодержащие антисептики, профилактика гнойно-септических осложнений.

Для цитирования: Каторкин С.Е., Быстров С.А., Безбородов А.И. и др. Применение раствора повидон-йода при операциях на прямой кишке // PMJ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 52–55.

ABSTRACT

The use of povidone-iodine solution in the rectum surgery

Katorkin S.E., Bystrov S.A., Bezborodov A.I., Lisin O.E., Lichman L.A., Nasyrov M.V.

Samara State Medical University

Aim: to evaluate the efficacy of antiseptic properties of 10% Betadine solution in the treatment of the operating field and rectal mucosa in coloproctological practice.

Patients and Methods: The analysis of 110 patients was made. The patients were divided into 2 groups by random sampling. The patients of group I (n=60) received the double treatment of the operating field and rectal mucosa with 10% Betadine solution before the surgery, with antibiotics administration in the pre- and the postoperative period. The patients of group II (n=50) received the double treatment of the operating field and rectal mucosa with 10% solution of Betadine, without a preventive course of antibiotics in the pre- and postoperative period. The following parameters were studied in dynamics: the presence of the wound fluid, edema and hyperemia of tissues around the wound, the temperature reaction of the organism, and the leukocyte reaction.

Results: the absence of hyperemia of the skin around the wound and edema of soft tissues was noted in the first group on the average 3.8 ± 1.2 days after the surgery, in the second group — after 4.2 ± 1.3 days ($t=0.226$, $p<0,05$). In group I the temperature response of the body and overall health became normal on 3.6 ± 1.1 days after the operation, and in group II — after 4.0 ± 1.0 days ($t=0.269$, $p<0,05$). Leukocyte reaction throughout the entire hospitalization period remained normal in both groups and did not differ statistically.

Conclusion: As a result of the study, 10% solution of Betadine proved to be a reliable antiseptic for treating the mucosa and the operating field, preventing postoperative complications after the planned coloproctology. The use of Betadine solution as a monotherapy in the planned coloproctology allows to exclude the use of systemic antibiotics and to avoid the occurrence of antibiotic resistance in the future.

Key words: coloproctology, treatment of the operative field, Betadine®, povidone-iodine, iodine-containing antiseptics, prevention of purulent-septic complications.

For citation: Katorkin S.E., Bystrov S.A., Bezborodov A.I. et al. The use of povidone-iodine solution in the rectum surgery // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 52–55.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургия — стремительно развивающаяся медицинская область. В ней внедряется множество новых лекарственных препаратов, оперативных методик, инструментов. Одним из основополагающих принципов хирургии является соблюдение асептики и антисептики. С момента открытия Джозефом Листером в 1867 г. первого антисептического метода проведения операции с использованием карболовой кислоты [1] медицина и фармацевтика сделали большой шаг вперед в своем развитии и позволили значительно уменьшить количество гнойно-септических осложнений, которые ранее являлись основной причиной летальности после перенесенного оперативного вмешательства. С развитием хирургии применялись все новые антисептические препараты: сулема, йодоформ, трихлорфенол, салициловая кислота [2]. Но проблема возникновения гнойно-септических осложнений остается актуальной по сегодняшний день.

Современные антисептические препараты делятся по происхождению на неорганические, биоорганические и синтетические органические. Идеальный антисептик должен обладать следующими свойствами: воздействовать на широкий спектр бактериальной флоры, оказывать длительное антисептическое действие, быть безопасным для пациента и медицинского персонала, иметь длительный срок хранения [3, 4]. Широким антимикробным спектром и длительным действием обладают йодсодержащие препараты [5]. Наличие в составе активного йода наделяет препарат широким бактерицидным, спороцидным и противовирусным действием. В основе механизма действия данных препаратов лежит окислительное повреждение ферментов и трансмембранных бактериальных белков, что приводит к изменению пространственной структуры и потере каталитической и транспортной активности.

В настоящее время во многих зарубежных странах в качестве кожных антисептиков используются препараты, содержащие активный йод. Выпускаемая за рубежом субстанция комплекса поливинилпирролидона с йодом называется повидон-йод (Nemofarm concern A.D.). Зарубежные йодсодержащие препараты выпускаются в различных лекарственных формах (раствор, мазь, аэрозоль, шампунь, жидкое мыло, гель, суппозитории, пудра, салфетки разового употребления, шовный и перевязочный материал, пропитанный препаратом и др.) и успешно применяются для обеззараживания кожи рук хирурга и операционного поля, профилактики и лечения раневой инфекции, местного лечения ожогов [6–9].

В зарубежной литературе отмечены хорошие результаты применения йодсодержащих антисептиков у 242 больных, раны которых перед зашиванием обрабатывались раствором повидон-йода. У 258 больных (контрольная группа) раны обрабатывались физиологическим раствором. Данное исследование подтверждает преимущество использования повидон-йода в хирургической практике в качестве кожного антисептика [10].

Одним из наиболее распространенных йодсодержащих препаратов в хирургической практике в России является Бетадин® (активное вещество — повидон-йод) в виде 10% раствора.

В оперативной колопроктологии большое значение в профилактике послеоперационных гнойно-септических осложнений имеет обработка не только кожных покровов, но и слизистой прямой кишки [11, 12]. Для обработки слизистой рекомендуется использовать неагрессивные, но эф-



Бетадин® – линейка местных антисептиков широкого спектра действия¹



ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА БЕТАДИН®

Торговое название (Раствор, Мазь): Бетадин® МНН (Раствор, Мазь): повидон-йод. **ПОКАЗАНИЯ.** (Мазь). Бактериальные и грибковые инфекции кожи, ожоги, трофические язвы, пролежни, инфекционные дерматиты, ссадины, раны. (Раствор). Раневые инфекции в хирургии, травматологии, комбустиологии и стоматологии; бактериальные, грибковые и вирусные инфекции кожи, пролежни, трофические язвы, диабетическая стопа. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.** (Раствор, Мазь). Повышенная чувствительность к йоду и другим составляющим препарата; нарушение функции щитовидной железы (гипертиреоз); аденома щитовидной железы; герпетиформный дерматит Дюринга; одновременное применение радиоактивного йода; недоношенные и новорожденные дети. С осторожностью: беременность и период кормления грудью, хроническая почечная недостаточность. Применение Бетадина не рекомендуется с 3-го месяца беременности и во время лактации. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.** (Раствор, Мазь). При частом применении на большой площади раневой поверхности и слизистых оболочках, может произойти системная реабсорбция йода, что может отразиться на тестах функциональной активности щитовидной железы. Реакции повышенной чувствительности к препарату, возможно появление аллергической реакции (гиперемия, жжение, зуд, отек, боль), что требует отмены препарата. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** (Раствор, Мазь). При нарушениях функции щитовидной железы применение препарата возможно только под строгим наблюдением врача. Следует соблюдать осторожность при регулярном применении на поврежденной коже у больных с хронической почечной недостаточностью. Не использовать при укусах насекомых, домашних и диких животных. Избегать попадания препарата (мази) в глаза. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ.** (Раствор, Мазь). Несовместим с другими дезинфицирующими и антисептическими средствами, особенно содержащими щелочи, ферменты и ртуть.

* Ершова А.К. О применении препарата «Бетадин»

в хирургической практике // РМЖ. 2011. №16. С. 999

1. Блатун Л.А. Современные йодоформы – эффективные препараты для профилактики и лечения инфекционных осложнений. Consilium medicum. 2005, том 7 №1.

2. Йод. Химический элемент периодической таблицы химических элементов с атомным номером 53.

Мазь РН: П N015282/02; Раствор РН: П N015282/03
Компания, принимающая претензии потребителей:
000 «ЭГИС-РУС» 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.
Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31.
E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ
С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА

фективные антисептические средства [13, 14]. Адекватная санация прямой кишки перед операцией позволяет снизить степень воспаления послеоперационной раны и частоту послеоперационных гнойно-септических осложнений.

В оперативной гинекологии Бетадин® является наиболее удобным и эффективным препаратом из группы антисептиков, используемых для обработки кожного покрова и слизистой влагалища перед операцией [15]. Данный антисептик показал свою эффективность при мягком воздействии на слизистую. Именно поэтому мы решили оценить эффективность данного препарата в колопроктологической практике.

Цель исследования: оценка эффективности антисептических свойств 10% раствора Бетадин® при обработке операционного поля и слизистой прямой кишки в колопроктологической практике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 110 пациентов, обратившихся в Клиники СамГМУ за 2015–2017 гг. для планового оперативного лечения. Все пациенты были обследованы амбулаторно. Обязательный перечень догоспитального исследования включал: общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, анализ крови на вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, РПР-тест на сифилис, флюорографию, консультацию терапевта. При поступлении в стационар всем пациентам выполнялась ректороманоскопия. Проведены следующие оперативные вмешательства: геморроидэктомия, иссечение анальной трещины, иссечение параректальных свищей.

От каждого пациента получено информированное согласие на участие в исследовании, соблюдены протокол, этические принципы Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Сеул, 2008), трехстороннее Соглашение по надлежащей клинической практике (ICH GCP) и действующее законодательство РФ.

Критериями включения были: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие показаний к плановому оперативному вмешательству на прямой кишке и перианальной области.

Критериями исключения были: возраст пациентов меньше 18 лет и старше 65 лет; сопутствующие онкологические заболевания; гормонотерапия и химиотерапия в анамнезе; наркомания, токсикомания; иммунодепрессивные состояния (в т. ч. ВИЧ-инфекция); сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации; септические состояния; аллергические реакции на йодсодержащие препараты; гипертиреоз; аденома щитовидной железы; беременность.

Все пациенты были разделены на 2 группы методом случайной выборки.

В I группу (n=60) включены пациенты, госпитализированные в стационар по четным дням, которым перед проведением оперативного вмешательства выполнялась двукратная обработка операционного поля и слизистой прямой кишки 10% раствором Бетадин®, назначалась антибиотико-профилактика в предоперационном периоде в виде введения 2 г цефтриаксона за час до операции. В послеоперационном периоде для профилактики гнойно-септических осложнений назначался цефтриаксон по 1 г 2 р./день внутримышечно в течение 5 дней.

Во II группу (n=50) были включены пациенты, госпитализированные по нечетным дням, которым при проведении оперативного вмешательства выполнялась двукратная об-

работка операционного поля и слизистой прямой кишки 10% раствором Бетадин® без назначения профилактического курса антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периоде.

В общем количестве участников мужчин было 45 (40%), женщин — 65 (60%). Средний возраст пациентов I группы — 42,4±4,6 года, II группы — 44,3±5,8 года (t=0,256; p<0,05).

Оперативные вмешательства проводились с соблюдением правил асептики и антисептики.

Подготовка к проведению оперативного вмешательства выполнялась по следующему алгоритму.

1. Операционное поле широко обрабатывалось 10% раствором Бетадин® от центра к периферии путем смазывания. Время экспозиции, согласно рекомендациям производителя, составило 2 мин. Затем проводилась повторная обработка операционного поля и слизистой с последующей экспозицией 2 мин.

2. Операционное поле ограничивалось стерильным операционным бельем.

3. Обработка слизистой прямой кишки осуществлялась также 10% раствором Бетадин® путем введения в прямую кишку длинного корцанга с шариками, смоченными раствором антисептика. Экспозиция также равнялась 2 мин.

Длительность оперативных вмешательств в обеих группах составила 28,5±3,2 мин. После оперативного вмешательства пациенты доставлялись в палату, где велось дальнейшее наблюдение до выписки пациента. Средний койко-день составил 5,6±2,3 дня. Выполнялись ежедневные перевязки с 10% раствором Бетадин®, назначались анальгетики до полного купирования болевого синдрома. В динамике изучались следующие показатели: наличие раневого отделяемого, отека и гиперемии тканей вокруг раны, температурная реакция организма, лейкоцитарная реакция.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Статистически значимых различий между группами по полу ($\chi^2=0,001$; p=0,05) не выявлено.

Отсутствие гиперемии кожных покровов вокруг раны и отека мягких тканей отмечалось в первой группе в среднем к 3,8±1,2 сут, во второй группе — к 4,2±1,3 сут (t=0,226; p<0,05). Температурная реакция организма и общее самочувствие нормализовались в I группе на 3,6±1,1 сут после операции, во II группе — на 4,0±1,0 сут (t=0,269; p<0,05). Лейкоцитарная реакция на протяжении всей госпитализации оставалась в норме у пациентов обеих групп и статистически не различалась.

Таким образом, не выявлены статистически значимые различия в скорости стихания воспалительных явлений между I и II группами. Эти данные свидетельствуют о необязательном назначении антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Можно также сделать вывод, что профилактическая обработка слизистой прямой кишки и операционного поля 10% раствором Бетадин® является достаточно надежным средством для противомикробной профилактики в плановой колопроктологии, если нет аллергических реакций на препараты йода или сопутствующей патологии щитовидной железы.

Проводя фармакоэкономическую оценку применения раствора Бетадин® можно сделать вывод, что использование данного препарата снижает затраты на курс лечения за счет отказа от использования антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периоде. Уменьшение

количества гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде также исключает дополнительные затраты на их лечение.

Высокая эффективность монотерапии раствором Бетадин® обусловлена его свойствами:

- воздействует на широкий спектр бактериальной флоры;
- оказывает антисептическое действие в течение длительного времени в присутствии раневого отделяемого;
- не вызывает бактериальной устойчивости;
- эффективен как на кожных покровах, так и на слизистой;
- устойчив при хранении, что позволяет осуществлять массовые закупки препарата лечебными учреждениями.

Однако в экстренной колопроктологии при выраженной местной и общей воспалительной реакции необходимо сочетать обработку операционного поля раствором Бетадин® с назначением курса антибиотикотерапии широкого спектра действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования 10% раствор Бетадин® показал себя как надежный антисептик для обработки слизистой и операционного поля, профилактики послеоперационных осложнений в плановой колопроктологии. Монотерапия раствором Бетадин® в плановой колопроктологии позволяет исключить применение антибиотиков системного действия и избежать возникновения антибиотикорезистентности в будущем.

Литература

1. Лисицын Ю.П. История медицины. М.: ГОЭТАР-Медиа. 2016. 400 с. [Lisicyu Ju.P. Istorija mediciny. M.: GOJeTAR-Media. 2016. 400 s. (in Russian)].
2. Жуков Б.Н., Быстров С.А. Хирургия. М.: Издательский центр «Академия». 2013. 384 с. [Zhukov B.N., Bystrov S.A. Khirurgiya. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya». 2013. 384 s. (in Russian)].
3. Гостищев В.К., Омеляновский В.В. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. №8. С.5–11 [Gostishchev V.K., Omel'yanovskiy V.V. Puti i vozmozhnosti profilaktiki infektsionnykh oslozhneniy v khirurgii // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova, 2012. №8. S. 5–11 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Перфорация гигантских дуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста

К.м.н. В.Н. Никитин¹, профессор В.Л. Полуэктов¹, С.Г. Клипач², к.м.н. В.М. Ситникова¹

¹ ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск

² БУЗОО ГКБ СМП № 2, Омск

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: разработка и внедрение в клиническую практику способа радикальной дуоденопластики при операциях по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: в период с апреля 2016 г. по январь 2017 г. в хирургическом отделении БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» (Омск) оперированы трое мужчин по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК. Возраст пациентов: 69, 76 и 81 год, в среднем 75,3 года (95% ДИ: 60,4–90,3). Язвенный анамнез: 11, 25 и более 40 лет, в среднем 25,3 года (95% ДИ: 10,7–61,4), пациенты неоднократно проходили лечение по поводу обострения язвенной болезни. Все больные прооперированы в течение 6 часов с момента перфорации. Критерии включения в исследование: наличие у пациента гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК, пожилой возраст, согласие пациента на включение в исследование. Оперативное вмешательство произведено в объеме верхнесрединной лапаротомии: рассечения передней стенки луковицы ДПК, иссечения и экстерриторизации язвенных кратеров, оментопластики, формирования дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец» двухуровневым непрерывным швом, санации и дренирования брюшной полости.

Результаты исследования: средняя длительность операции составила 108,3 мин (95% ДИ: 64,7; 151,9). Длительность стационарного лечения: от 13 до 18 койко-дней, в среднем — 14,7 (95% ДИ: 7,5; 21,8). Осложнения раннего послеоперационного периода: раневая инфекция — 33,3% случаев, очаговая правосторонняя пневмония — 33,3%. Осложнений, приведших к гибели пациентов, не наблюдалось.

Заключение: использование предложенного способа радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов, кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, является воспроизводимым и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

Ключевые слова: перфоративная гигантская дуоденальная язва, пенетрация, кровотечение, радикальная дуоденопластика.

Для цитирования: Никитин В.Н., Полуэктов В.Л., Клипач С.Г., Ситникова В.М. Перфорация гигантских дуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 55–59.

ABSTRACT

Perforation of the giant duodenal ulcers in elderly and senile patients

Nikitin V.N.¹, Poluektov V.L.¹, Klipach S.G.², Sitnikova V.M.¹¹ Omsk State Medical University² City Clinical Hospital of Emergency Medical Care №2, Omsk

Aim: to develop and introduce into clinical practice the method of radical duodenoplasty in operations for a giant circular perforated ulcer of the duodenal bulb.

Patients and Methods: Between April 2016 and January 2017, three men were operated in the surgical department of the Omsk City Clinical Hospital of Emergency Medical Care №2 for a giant circular perforated ulcer of the duodenal bulb. The age of the patients was 69, 76, 81 years, mean age — 75.3 years (95% CI 60.4–90.3). Ulcerative history: 11, 25 and more than 40 years, an average of 25.3 years (95% CI 10.7–61.4), patients were repeatedly treated for the active duodenal ulcer. All patients were operated on within 6 hours from the moment of perforation. Inclusion criteria: the patient has a giant circular perforated ulcer of the duodenal bulb, elderly age, informed consent of the patient to be included in the study. Surgical intervention was performed in the volume of upper-midline laparotomy, excision and exteriorization of the ulcer craters, omentoplasty, formation of duodenal end-to-end anastomosis with a continuous two-layer suture, lavage and drainage of the abdominal cavity.

Results: The mean duration of the operation was 108.3 minutes (95% CI: 64.7, 151.9). The length of hospital stay varied from 13 to 18 bed-days, on average — 14.7 (95% CI: 7.5, 21.8). Complication occurred in the early postoperative period: wound infection — 33.3%, right focal pneumonia — 33.3%. Complications that caused the death of the patients were not observed.

Conclusion. The use of the proposed method of radical duodenoplasty with continuous two-layer suture of a giant circular perforated ulcer of the duodenum bulb makes it possible to minimize the probability of insufficiency of the sutures and intestinal bleeding in the early postoperative period. The method is reproducible and can be recommended for the use in clinical practice.

Key words: perforated giant duodenal ulcer, penetration, bleeding, radical duodenoplasty.

For citation: Nikitin V.N., Poluektov V.L., Klipach S.G., Sitnikova V.M. Perforation of the giant duodenal ulcers in elderly and senile patients // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 55–59.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема urgentной хирургии перфоративных дуоденальных язв в настоящее время не утратила актуальности как в медицинском, так и в социальном аспекте [1, 2]. Тенденция к малотравматичным и органосберегающим оперативным технологиям является общепризнанной и успешно реализуется в большинстве случаев [1, 3, 4]. Однако не у всех пациентов возможно реализовать лапароскопическое [1] или видеоассистированное [5] (ушивание язвы из мини-доступа с лапароскопической санацией брюшной полости) устранение перфорации. Когорта больных пожилого и старческого возраста с гигантскими пенетрирующими перфоративными дуоденальными язвами отличается наличием серьезной полиморбидной патологии и предполагает индивидуальный подход в разработке лечебной программы. Вопросы выбора оптимального объема хирургического вмешательства на фоне неутешительных показателей послеоперационных осложнений (61,11–63% у разных авторов) и послеоперационной летальности (11,1; 16,0; 50% у разных авторов) у таких больных требуют дальнейшего изучения и поиска оптимального решения [2, 6, 7].

Цель исследования: разработка и внедрение в клиническую практику способа радикальной дуоденопластики при операциях по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с апреля 2016 г. по январь 2017 г. в хирургическом отделении БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» (Омск) оперированы трое мужчин по поводу гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК. Возраст пациентов: 69, 76 и 81 года, в среднем 75,3 года (95% ДИ: 60,4–90,3). Язвенный анамнез: 11, 25 и более 40 лет, в среднем 25,3 года (95% ДИ: 10,7–61,4), пациенты неоднократно

проходили лечение по поводу обострения язвенной болезни. Все больные прооперированы в течение 6 часов с момента перфорации.

Критерии включения в исследование: наличие у пациента гигантской циркулярной перфоративной язвы луковицы ДПК, пожилой возраст, согласие пациента на включение в исследование.

Оперативное вмешательство всем 3-м пациентам произведено в объеме верхнесрединной лапаротомии: рассечения передней стенки луковицы ДПК, иссечения и экстерриторизации язвенных кратеров, оментопластики, формирования дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец» двухуровневым непрерывным швом, санации и дренирования брюшной полости.

При выполнении оперативного пособия применен способ радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК (регистрация заявки РФ № 2018100448 от 09.01.2018). Последовательность операции представлена на рисунках 1 и 2.

После мобилизации ДПК по Кохеру выполняли поперечное рассечение передней стенки луковицы ДПК через центр перфоративного отверстия, краниально и каудально (рис. 1А). Производили иссечение язвенного дефекта передней стенки луковицы ДПК орально и аборально под визуальным контролем со стороны слизистой по границе язвенного кратера и периульцерарного отека. Мобилизовали острым путем заднюю стенку ДПК на 1,0 см от дистального и проксимального краев язвенных кратеров, пенетрирующих в головку поджелудочной железы и печеночно-двенадцатиперстную связку, с иссечением остатков (островков) слизистой и обрабатывали язвенные кратеры раствором йода (рис. 1Б). Оментопластику производили прядью большого сальника на сосудистой ножке, которую укладывали на остающиеся язвенные кратеры и фиксировали двумя поверхностными узловыми швами в области гепатодуоденальной связки, захватывающими висцеральные

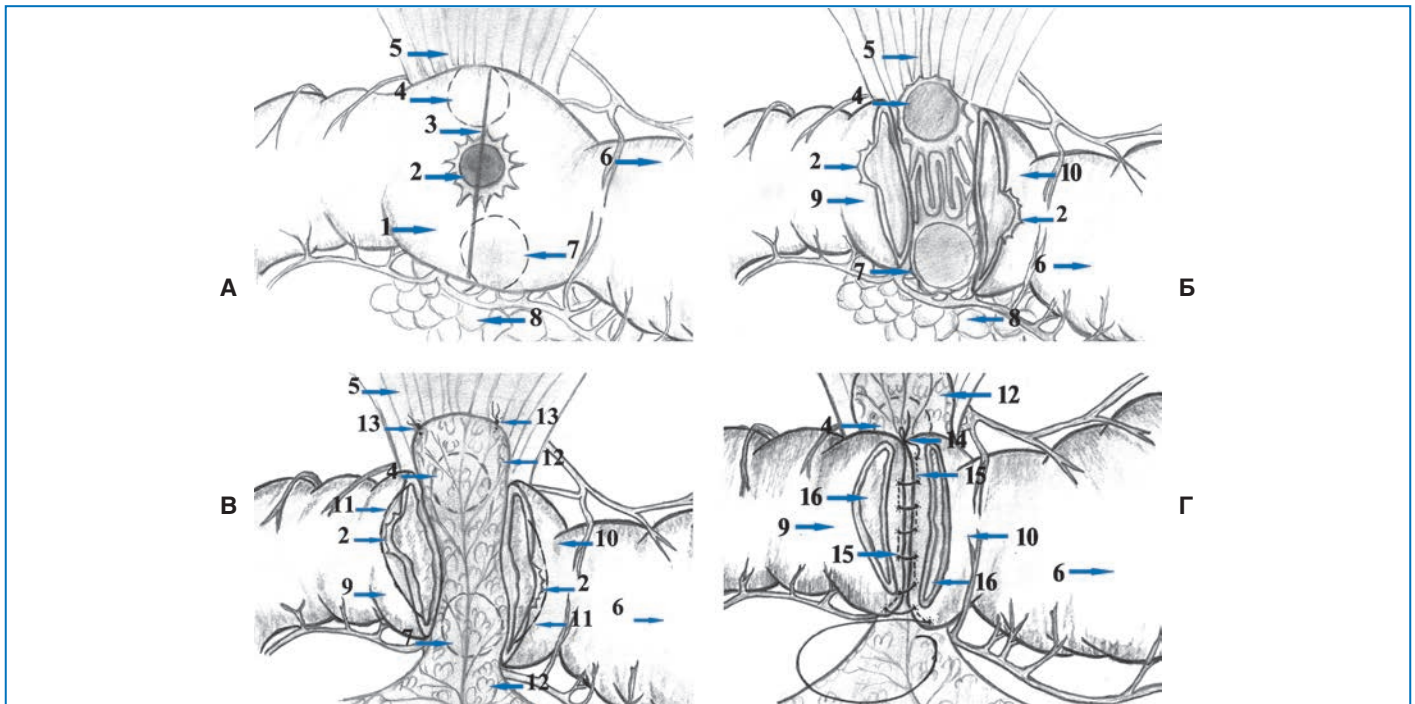


Рис. 1. Схема начальных этапов радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК. А — рассечение передней стенки луковицы ДПК; Б — иссечение язвенного дефекта; В — оментопластика; Г — формирование задней губы дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец» (см. примечание к рис. 2)

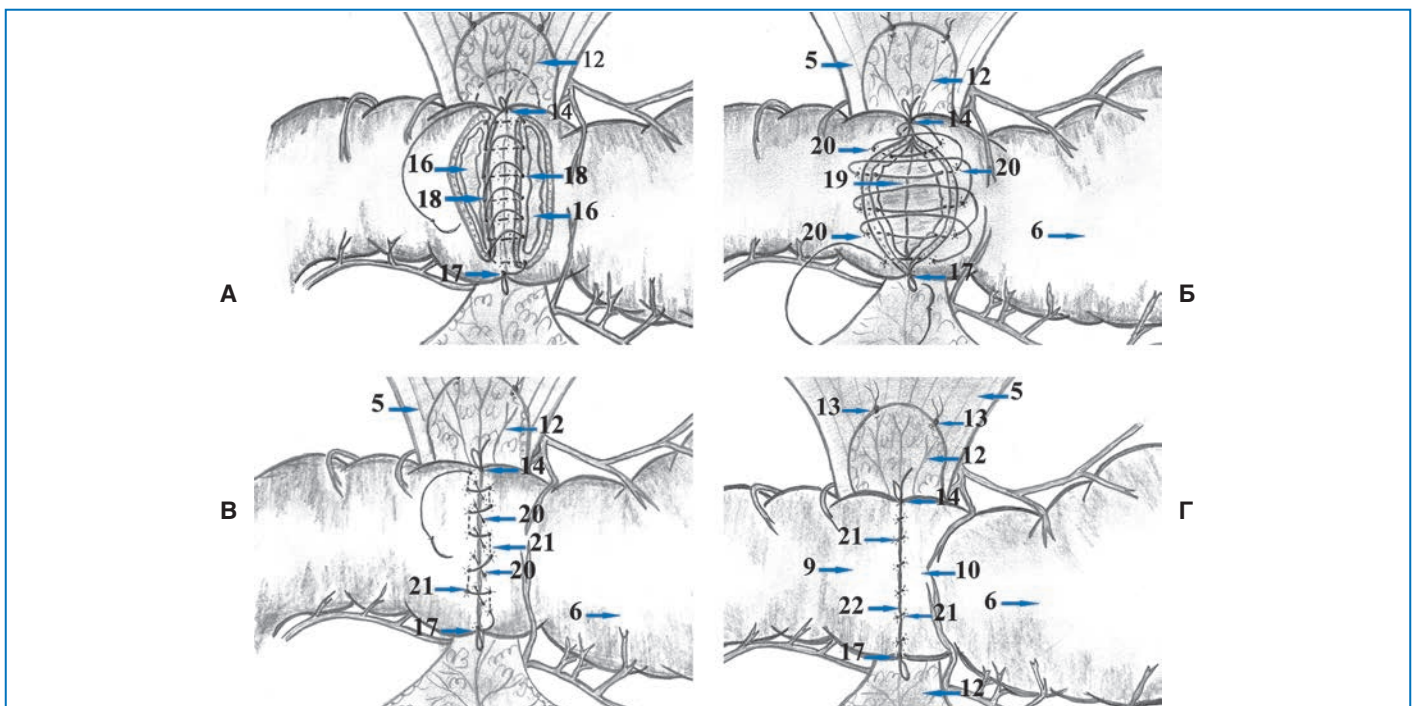


Рис. 2. Схема завершающих этапов радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК. А — формирование задней губы дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец»; Б, В, Г — формирование передней губы дуоденодуоденоанастомоза «конец-в-конец».

Примечание. 1 — луковица ДПК; 2 — перфоративное отверстие; 3 — линия поперечного рассечения передней стенки луковицы ДПК через перфоративное отверстие; 4 — язвенный кратер, пенетрирующий в печечно-двенадцатиперстную связку; 5 — печечно-двенадцатиперстная связка; 6 — желудок; 7 — язвенный кратер, пенетрирующий в головку поджелудочной железы; 8 — поджелудочная железа; 9 — отводящий сегмент луковицы ДПК; 10 — приводящий сегмент луковицы ДПК; 11 — линия иссечения язвенного дефекта передней стенки луковицы ДПК орально и аборально, под визуальным контролем по границе язвенного кратера и периульцерного отека; 12 — прядь большого сальника на сосудистой ножке; 13 — поверхностные узловые швы, захватывающие висцеральные листки брюшины; 14 — первый узел-фиксатор; 15 — стежки непрерывного челночного серо-серозного шва; 16 — просвет ДПК; 17 — второй узел-фиксатор; 18 — стежки непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки на задней губе межкишечного анастомоза; 19 — сформированная задняя губа межкишечного анастомоза; 20 — стежки непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки на передней губе межкишечного анастомоза; 21 — стежки непрерывного челночного серо-серозного шва на передней губе межкишечного анастомоза; 22 — сформированная передняя губа межкишечного анастомоза

листки брюшины (рис. 1В). Формирование задней губы дуоденодуоденоанастомоза начинали с наложения непрерывного челночного серо-серозного шва в поперечном направлении к оси органа. Первый стежок непрерывного шва делали на крайних краях приводящего и отводящего сегментов ДПК на расстоянии 0,5 см от линии пересечения, завязывали первый узел-фиксатор, восстанавливая целостность брюшинного покрова стенки кишки. Далее накладывали 6–7 стежков непрерывного челночного серо-серозного шва (рис. 1Г), нить затягивали до соприкосновения тканей и формировали второй узел-фиксатор, затем этой же нитью в обратном направлении погружали первую линию шва наложением 6–7 стежков непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки; последний стежок выполняли на крайнем краю формируемой задней губы анастомоза (рис. 2А), нить затягивали до соприкосновения тканей, ассистент удерживал нить в натяжении, переходили к формированию передней губы анастомоза. Этой же нитью в обратном направлении накладывали 6–7 стежков непрерывного обвивного вворачивающего подслизисто-мышечно-серозно-мышечно-подслизистого шва, не проникающего в просвет кишки, последний стежок выполняли на каудальном краю формируемой передней губы анастомоза (рис. 2Б), нить затягивали до соприкосновения тканей и связывали со вторым узлом-фиксатором. Второй уровень шва в области передней губы анастомоза производили этой же нитью в обратном направлении наложением 5–6 стежков непрерывного челночного серо-серозного шва на расстоянии 0,5 см от линии первого уровня шва (рис. 2В), нить затягивали до соприкосновения тканей и связывали с первым узлом-фиксатором (рис. 2Г).

Радикальная дуоденопластика производилась синтетическими рассасывающимися нитями длиной 75 см типа «Викрил» или полигликолидной нитью (ПГА) 3/0 на атравматической игле, которые рассасываются в течение 1,5–3-х месяцев. С целью уменьшения нагрузки на линию шва анастомоза в раннем послеоперационном периоде и профилактики нарушения дуоденальной проходимости производили низведение дуоденоюнального перехода (операцию Стронга). После завершения дуоденопластики и санации брюшной полости производили дренирование (в зависимости от распространенности перитонита) и послойное ушивание стенок брюшной полости. Лечение в раннем послеоперационном периоде у всех пациентов включало антисекреторную и эрадикационную фармакотерапию, а также профилактику тромбоэмболических осложнений и коррекцию сопутствующей патологии.

Виды сопутствующей патологии у оперированных пациентов: ишемическая болезнь сердца, диффузный кардиосклероз, стенокардия, хроническая сердечная недостаточность II–III степени, артериальная гипертензия II–III степени — у 3-х пациентов (100%); хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический бронхит, дыхательная недостаточность II–III степени — у 2-х (66,7%); хроническая анемия средней степени тяжести (Hb 87 г/л) у 1 пациента (33,3%); сахарный диабет 2-го типа, субкомпенсация — у 2-х пациентов (66,7%).

Гигантские дуоденальные язвы во всех случаях являлись пенетрирующими. Распределение пациентов в зависимости от органов, вовлеченных в патологический процесс, представлено в таблице 1.

Результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по длительности операции, продолжи-

тельности стационарного лечения, количеству осложнений и летальных исходов. Исследуемые показатели имели нормальное распределение, среднее арифметическое переменных определялось с учетом 95% доверительного интервала.

Статистический анализ данных исследования проведен с помощью прикладных компьютерных программ Microsoft Office Excel и Statistica 6,0 на операционной платформе Windows XP.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средняя длительность операции составила 108,3 мин (95% ДИ: 64,7; 151,9; min 90, max 125). Длительность стационарного лечения: от 13 до 18 койко-дней, в среднем — 14,7 (95% ДИ: 7,5; 21,8). Осложнения раннего послеоперационного периода представлены в таблице 2.

Раневая инфекция в виде инфицированной серомы (около 40 мл) срединной раны передней брюшной стенки выявлена у одного пациента на 4-е сутки после оперативного вмешательства. Своевременное опорожнение и адекватное дренирование позволило купировать патологический процесс на 6-е сутки. Очаговая правосторонняя пневмония, осложнившая ранний послеоперационный период у одного пациента с ХОБЛ, кардинально не повлияла на заживление ран после операции, больной выписан домой на 18-е сутки в удовлетворительном состоянии. Других, наиболее часто встречаемых осложнений, связанных с особенностями выполнения оперативного вмешательства, в виде несостоятельности швов, в нашем исследовании не выявлено. Смертельных исходов не наблюдалось.

Через год после операции в амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 3 (100%) пациента.

Интегральные средние значения физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья: PH — $42,4 \pm 16,4$ и MH — $47,3 \pm 14,6$ соответственно.

ОБСУЖДЕНИЕ

Прободная дуоденальная язва — это патологическое состояние, обусловленное внезапно возникшим сквозным дефектом в стенке кишки, характеризующееся яркой кли-

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от органов, вовлеченных в патологический процесс

Орган, вовлеченный в патологический процесс	Количество пациентов (n=3)	Процентное отношение к общему количеству
Головка поджелудочной железы	3	100%
Гепатодуоденальная связка	3	100%
Желчный пузырь	2	66,7%

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде

Осложнение раннего послеоперационного периода	Количество пациентов (n=3)	Процентное отношение к общему количеству
Раневая инфекция	1	33,3%
Пневмония	1	33,3%
Несостоятельность швов	0	0%

нической картиной с прогрессирующим эндотоксикозом и развитием полиорганной дисфункции на фоне перитонита. Выраженная полиморбидность пациентов пожилого и старческого возраста, казалось бы, предполагает минимальный объем операции, что наиболее часто и реализуется в виде паллиативных вмешательств: тампонады перфоративного отверстия прядью большого сальника либо формирования дуоденостомы [6].

Однако перфорация гигантских (наиболее часто циркулярных) дуоденальных язв происходит на фоне длительно существующего воспалительно-деструктивного процесса с предшествующей пенетрацией язвенных кратеров в окружающие органы и ткани. Перфорация язвенного кратера циркулярной язвы на передней (или переднебоковой) стенке луковицы ДПК — наиболее клинически значимое на данный момент осложнение болезни. Язвенный кратер циркулярной язвы на задней стенке луковицы ДПК при этом либо уже отягощен эпизодом состоявшегося кровотечения, либо прогностически угрожает по кровотечению в раннем послеоперационном периоде. Ангиосклероз в области длительно существующего язвенного воспаления повышает вероятность возникновения рецидивирующего профузного кровотечения. Вышеизложенные факты диктуют выбор радикального оперативного вмешательства. Отдельные хирурги выполняют дистальную резекцию желудка [8], опасную несостоятельностью швов [2].

Наиболее оптимальный вариант разрешения ситуации был предложен В.И. Оноприевым [9] в виде тотальной радикальной дуоденопластики. Однако способ не лишен некоторых недостатков: дуоденотомия начинается от центра язвы и поперечно расширяется путем дозированного иссечения краев язвы, чтобы свободно пальцем можно было интрадуоденально исследовать привратник и большой дуоденальный сосочек, это затрудняет определение границы пораженных тканей и сохраняет риск повреждения привратника. Прядь большого сальника на сосудистой ножке, при оментопластике пенетрирующих язвенных кратеров, фиксируется 2–5 П-образными швами к фиброзной капсуле кратера, при этом возможно краевое повреждение поджелудочной железы, а вовлечение ткани большого сальника в швы задней губы дуоденодуоденоанастомоза затрудняет соприкосновение серозных оболочек оральной и аборальной стенок анастомоза, что замедляет процессы репаративной регенерации. Использование узловых швов (в отличие от непрерывного шва) способствует неравномерному распределению нагрузки на сшиваемые ткани и замедляет регенерацию за счет локальной ишемии.

Вместе с тем предложенный способ радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК имеет следующие преимущества:

- 1) поперечное рассечение передней стенки луковицы ДПК уменьшает вероятность повреждения интрамуральных сосудов стенки кишки, которые проходят перпендикулярно оси кишки;
- 2) рассечение передней стенки луковицы ДПК через центр перфоративного отверстия позволяет визуализировать и определить степень язвенного поражения со стороны слизистой, произвести адекватное иссечение язвенного дефекта, что исключает вероятность повреждения пилоруса;

3) отсутствие контакта нити с просветом кишки при наложении первого уровня позволяет использовать эту же нить для наложения второго уровня;

4) использование непрерывного шва способствует равномерному распределению нагрузки на сшиваемые ткани, увеличивает площадь соприкосновения серозных оболочек сшиваемых стенок и, следовательно, механическую прочность места ушивания.

Средняя продолжительность операции 108,3 мин (95% ДИ: 64,7; 151,9) и длительность стационарного лечения 14,7 койко-дня (95% ДИ: 7,5; 21,8) не превышают аналогичных сроков, представленных в литературе [2, 4, 10].

Сравнение послеоперационных показателей качества жизни с представленными в литературных источниках [10] указывает на положительное восприятие пациентами результатов выполненных оперативных вмешательств.

Отсутствие послеоперационных осложнений, которые могли бы привести к гибели пациентов, свидетельствует о надежности и воспроизводимости предложенного способа радикальной дуоденопластики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование предложенного способа радикальной дуоденопластики непрерывным двухуровневым швом при гигантской циркулярной перфоративной язве луковицы ДПК позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов, кишечного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, является воспроизводимым и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

Литература

1. Мугатасимов И.Г., Баранов А.И., Серебренников В.В. и др. Малоинвазивная хирургия перфоративных дуоденальных язв (обзор литературы). Хирургическая практика. М.: Профиль-2С. 2013. №4. С.4–10 [Mugatasimov I.G., Baranov A.I., Serebrennikov V.V. i dr. Maloinvazivnaja hirurgija perforativnyh duodenal'nyh jazv (obzor literatury). Hirurgicheskaja praktika. M.: Profil'-2S. 2013. №4. S.4–10 (in Russian)].
2. Совцов С.А. Летопись частной хирургии. Часть 2: Прободная язва, монография. Челябинск: Цицеро. 2016. 165с. [Sovcov S.A. Letopis' chastnoj hirurgii. Chast' 2: Probodnaja jazva, monografija. Cheljabinsk: Cicero. 2016. 165s. (in Russian)].
3. Сажин В.П., Бронштейн П.Г., Зайцев О.В. и др. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва». XII Съезд хирургов России «Актуальные вопросы хирургии». г. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015. 37 с. http://общество-хирургов.rf/upload/perforated_ulcer.pdf (дата обращения: 16.02.2017) [Sazhin V.P., Bronshtejn P.G., Zajcev O.V. i dr. Nacional'nye klinicheskie rekomendacii «Probodnaja jazva». XII S#ezd hirurgov Rossii «Aktual'nye voprosy hirurgii». g. Rostov-na-Donu, 7–9 oktjabrja 2015. 37 s. http://obshhestvo-hirurgov.rf/upload/perforated_ulcer.pdf (data obrashhenija: 16.02.2017) (in Russian)].
4. Moggia E., Athanasopoulos P.G., Hadjittofi C., Berti S. Laparoscopic Finney pyloroplasty in the emergency setting: first case report in the literature and technical challenges // Ann Transl Med. 2016. Vol. 4(10). P.197.
5. Прудков М.И., Малинкин А.В., Столин А.В. и др. Неотложная хирургия. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Свердловской области. Под руководством проф. М.И. Прудкова. Екатеринбург: Артикул, 2013. С.30–33 [Prudkov M.I., Malinkin A.V., Stolin A.V. i dr. Neotlozhnaja hirurgija. Klinicheskie rekomendacii po okazaniu medicinskoj pomoshhi naseleniju Sverdlovskoj oblasti. Pod rukovodstvom prof. M.I. Prudkova. Ekaterinburg: Artikul, 2013. S.30–33 (in Russian)].
6. Nishikant Gujar, Sachin D.M. Comparative Study Between Omental Plugging With Controlled Tube Duodenostomy for Management of Giant Duodenal Ulcer Perforation // International Journal of Science and Research (IJSR). March 2015. Vol. 4. Issue 3. P.1675–1678.
7. Жаров С.В., Нарезкин Д.В., Романенков С.Н. Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Новости хирургии. 2012. Т.20. №2. С.25–28 [Zharov S.V., Narezkin D.V., Romanenkov S.N. Rezul'taty operativnogo lechenija pacientov pozhilogo i starческого возраста s oslozhnennymi gigantскими jазvami zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki // Novosti hirurgii. 2012. T.20. №2. S.25–28 (in Russian)].
8. Nobori C., Kimura K., Ohira G., et al. Giant duodenal ulcers after neurosurgery for brainstem tumors that required reoperation for gastric disconnection: a report of two cases // BMC Surg. 2016. Vol. 16. P.75.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Хроническая венозная недостаточность — взгляд на проблему

Профессор С.С. Дунаевская

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск

РЕЗЮМЕ

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — термин, определяющий нарушение венозного кровотока в сосудах нижних конечностей, вызванное варикозным расширением вен, посттромбофлебитическим синдромом, венозной мальформацией. В статье рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза ХВН. Современная тактика лечения, наряду с хирургической коррекцией, отводит значимую роль фармакотерапии. Флебопротекторы оказывают комплексное воздействие: капилляропротективное, вентонизирующее, лимфотропное, реологическое, анальгезирующее и противовоспалительное. Именно эта особенность воздействия на основные звенья патогенеза хронических заболеваний вен нижних конечностей (ХЗВНК) объединила многие препараты в группу флебопротекторов и сделала их базовыми в консервативной терапии заболевания. Одним из синтетических препаратов, достаточно широко рекомендуемых при ХЗВНК и имеющих определенное научное досье в этой области, является кальция добезилат (Докси-Хем). Действие препарата обусловлено снижением повышенной проницаемости сосудов, увеличением резистентности капилляров и уменьшением вязкости крови, что приводит к улучшению микроциркуляции и дренажной функции лимфатических сосудов. Механизмы действия кальция добезилата обеспечивают комплексный — флеботропный и лимфотропный — эффект.

Ключевые слова: венозная недостаточность, флеботоники, кальция добезилат.

Для цитирования: Дунаевская С.С. Хроническая венозная недостаточность — взгляд на проблему // PMJ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 60–63.

ABSTRACT

Chronic venous insufficiency — a look at the problem

Dunaevskaya S.S.

State Medical University named after V.F. Voyno-Yasenetskiy, Krasnoyarsk

Chronic venous insufficiency is a term determining the violation of venous blood flow in the vessels of the lower extremities caused by varicosity, postthrombophlebitic syndrome, venous malformation. The article discusses the etiology and pathogenesis of chronic venous insufficiency. Pharmacotherapy plays an important role in current tactics of treatment along with the surgical correction. Phleboprotectors have a complex effect: capillaroprotective, venotonic, lymphotropic, rheological, analgesic and anti-inflammatory. Due to this effect on the main links of the pathogenesis of chronic lower extremity veins diseases, many drugs have been combined into the group of phleboprotectors and now they are used as the basis of conservative therapy of the disease. Calcium dobesilate (Doxy-Hem) is one of the synthetic drugs with specific scientific dossier, which is widely recommended for the treatment of chronic lower extremity veins diseases. The effect of the drug is due to a decrease of high vascular permeability, increased resistance of capillaries and a decreased blood viscosity, which leads to improved microcirculation and drainage function of the lymph vessels. Mechanisms of action of calcium dobesilate (Doxy-Hem) provide a complex, both phlebotropic and lymphotropic, effects.

Key words: venous insufficiency, phlebotonics, calcium dobesilate.

For citation: Dunaevskaya S.S. Chronic venous insufficiency — a look at the problem // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 60–63.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — термин, определяющий нарушение венозного кровотока в сосудах нижних конечностей, вызванное варикозным расширением вен, посттромбофлебитическим синдромом, венозной мальформацией. Различными формами ХВН страдают 30–65% населения земного шара. В России зарегистрировано более 35 млн человек с признаками ХВН, большинство трудоспособного возраста. Наиболее частой причиной (в 25–33% случаев) заболевания

является варикозная трансформация вен нижних конечностей, женщины заболевают в 2–3 раза чаще. Прогрессирование болезни чревато развитием рецидивов в 10% случаев и формированием венозных трофических язв в 1%, что нередко приводит к инвалидизации и обуславливает высокую социально-экономическую значимость проблемы [1].

Прогрессирование венозного стаза приводит к повышению давления в сосудах и, как следствие, развитию

клапанной недостаточности. Дисфункция клапанного аппарата поверхностной вены нижних конечностей является предиктором развития патологических явлений в мелких венах, венулах и капиллярах на фоне повышения гидростатического давления. Длительная венозная гипертензия приводит к недостаточности микроциркуляторного русла, что, по мнению ряда авторов, является ключевым моментом патогенеза венозной недостаточности. В ходе проведенных исследований установлены застойные явления микроциркуляции у пациентов с ХВН. Это объясняется нарушением модуляции тканевого кровотока за счет снижения вазомоторной активности микрососудов. В дальнейшем происходит отложение фибрина вокруг капилляров за счет выхода белковых фракций из кровяного русла. Утолщение стенки капилляров приводит к вазодилатации и снижает функциональный потенциал микроциркуляторного русла [2].

Важная роль в патогенезе заболевания отводится развитию эндотелиальной недостаточности. Венозный стаз и развивающаяся гипертензия приводят к активации эндотелиальных клеток, которые запускают синтез биологически активных веществ. Медиаторы воспаления запускают приток и адгезию полиморфно-ядерных нейтрофилов и тромбоцитов. Хронический процесс приводит к накоплению активных метаболитов кислорода и развитию окислительного стресса [3].

Преобладающими симптомами являются отечность нижних конечностей, возникающая после нагрузок в вечернее и ночное время, парестезии и болевые ощущения. В более поздние сроки развиваются трофические изменения кожных покровов нижних конечностей в виде липодерматосклероза, дерматитов, индурации кожи и трофических язв. Патогенез данных явлений многогранен и рассматривается на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях [4].

Лечение

Распространенность заболеваний, приводящих к формированию и прогрессированию венозной недостаточности, обуславливает поиск новых методов как консервативного, так и хирургического лечения.

Фармакотерапия — ключевой и постоянный способ купирования патологических явлений на фоне венозного стаза. Ее задачи: уменьшение прогрессирования веноспецифических симптомов, профилактика осложнений ХВН, потенцирование эффектов компрессионного лечения и снижение побочных явлений послеоперационного периода. К базисным препаратам относятся: флеботоники, веноактивные препараты, венотоники, которые представляют биологически активные вещества растительного происхождения или синтетические. Существующие на фармакологическом рынке препараты обладают комплексным действием на венозную стенку сосудов нижних конечностей и отличаются по механизму действия и выраженности клинических проявлений [5]. Доказано, что при начальных стадиях венозной недостаточности фармакотерапия оказывает хороший результат на купирование симптомов, однако внешние проявления в виде телеангиэктазий и расширения вен остаются. А. Ciarponi et al. (2004) в своем метаанализе эффективности и безопасности добезилата кальция изучили десять рандомизированных клинических

исследований, включавших 778 пациентов, в которых группы с ХЗВНК, принимавших добезилат кальция, сравнивали с группами плацебо. Авторы пришли к выводу, что кальция добезилат значительно (почти в 2 раза) уменьшал боль, тяжесть в нижних конечностях, ночные судороги и развитие парестезии.

Блокирование гиалуронидазы, стабилизация гиалуроновой кислоты клеточной мембраны приводят к снижению проницаемости сосудистой стенки и уменьшению выхода плазматической составляющей крови в экстравазальное пространство, что приводит к купированию отеков.

Капилляропротективный эффект флебопротекторов реализуется за счет угнетения адгезии и миграции нейтрофильных лейкоцитов. Действие экстракта гинкго билоба реализуется за счет накопления внутри клетки циклического гуанозинмонофосфата, что снижает тонус артериол и улучшает микроциркуляцию. Препараты рутина расширяют просвет артериол путем воздействия на гладкую мускулатуру венозной стенки. Основное действие препарата кальция добезилата основано на нормализации сосудистой проницаемости и улучшении микроциркуляции. В ходе проведенных исследований у пациентов, принимавших кальция добезилат каждые 8 часов, достоверно уменьшились отеки в области бедра и голени [6].

Основное фармакологическое действие флеботропных препаратов выражается в повышении тонуса сосудистой стенки, снижении проявлений веноспецифических симптомов. Выраженность норадреналин-зависимого механизма определяет силу воздействия на тонус сосудистой стенки. Венотонизирующий эффект проявляется в протекции венозных клапанов и сосудистой стенки. Повреждение эндотелия сосудов приводит к развитию недостаточности венозной стенки, ряд препаратов гамма-бензопиринов и кальция добезилата оказывают защитное действие на эндотелий сосудов. Экстракт иглицы колючей стимулирует постсинаптические альфа-адренергические рецепторы гладкомышечных клеток венозной стенки и оказывает флеботонический эффект [6, 7].

Хронический венозный стаз запускает механизмы внутрисосудистой коагуляции за счет взаимодействия факторов свертывания плазмы и тканевого фактора. Реологический механизм в виде профибринолитического эффекта наиболее выражен у препарата кальция добезилата. Дозозависимые микроциркуляторные эффекты кальция добезилата снижают агрегацию тромбоцитов путем ингибирования простагландинов, а также уменьшают агрегацию эритроцитов и их вязкость [8].

J. Brunet et al. (1998) в эксперименте показали, что кальция добезилат оказывает в терапевтических дозировках антиоксидантный эффект при накоплении гидроксильных и супероксидных радикалов, а также значительно снижает концентрацию фактора активации тромбоцитов (PAF) — медиатора воспаления, синтезируемого многими типами клеток: нейтрофилами, базофилами, тромбоцитами и эндотелиальными клетками.

Венозный стаз и нарушения микроциркуляции вызывают локальную ишемию, гипоксия запускает механизм активации лейкоцитов, которые продуцируют провоспалительные цитокины, что приводит к воспалению в зоне поражения. В дальнейшем это проявляется прогрессирующим трофическим изменениям кожных

покровов нижних конечностей и формированием длительно не заживающих язв. Противовоспалительный эффект препаратов группы гамма-бензопиранов выражается в блокаде синтеза простагландинов и тромбосанов, являющихся медиаторами воспаления. Трибенозид, являясь антагонистом брадикинина, гистамина и серотонина, оказывает противовоспалительное действие. Благодаря антиоксидантному действию кальция добезилат купирует синтез простагландинов и тромбосана и существенно снижает выраженность воспалительных явлений. К аналогичным выводам об антиоксидантном эффекте кальция добезилата пришли и O. Alda et al. (2011), исследовавшие состояние ряда маркеров окислительного стресса (общего антиоксидантного статуса, концентрации малонового диальдегида) в удаленных интраоперационно фрагментах варикозно измененных вен при индукции окислительного стресса. Выяснилось, что применение *in vitro* кальция добезилата в концентрациях полумаксимального ингибирования предотвращало нарастание концентрации малонового диальдегида. Однако при трофических язвах нижних конечностей фармакотерапия эффективна лишь в сочетании с постоянной компрессией [5, 9].

Представляют интерес клинические данные F. Flota-Cervera et al. (2008), исследовавших характер и изменения лимфодинамики с помощью лимфогаммаграфии у пациентов с ХЗВНК на фоне приема кальция добезилата в дозировке 1,5 г/день (500 мг через каждые 8 часов). В большинстве случаев у этих пациентов наблюдалась нормализация индекса захвата и скорости тока лимфы (80% и 78% соответственно). Улучшение лимфооттока отмечалось только в группе кальция добезилата ($p < 0,001$). По свидетельству авторов, улучшение клинической картины наблюдалось у 22 из 25 (88%) пациентов, получавших кальция добезилат, и только у 5 из 24 (20,8%) пациентов группы плацебо. В ходе проведения экспериментальных исследований на модели искусственно вызванного лимфатического отека и повышения интралимфатического давления применение кальция добезилата приводило к увеличению лимфатического тока, снижению выработки конечных продуктов карбоксиметиллизин гликирования, избыточного синтеза эндотелиального фактора роста клеток и экстравазации альбумина.

На современном этапе наряду с **комбинированной флебэктомией** развиваются альтернативные методы хирургического пособия: радиочастотная абляция большой подкожной вены, эндовазальная лазерная коагуляция, эндоскопическая диссекция и склеротерапия. Основной задачей остается ликвидация вертикального и горизонтального венозного сброса и лигирование вен-перфорантов, проводимая комбинированным методом. Обязательным критерием кроссэктомии является высокая приустьевая перевязка большой подкожной вены со всеми притоками. Протяженность стриппинга зависит от уровня рефлюкса по большой подкожной вене и в большинстве случаев регистрируется до верхней трети голени. Оптимальным считается «короткий» стриппинг, а «тотальный» стриппинг приводит к повреждению подкожных нервов и развитию парестезий в послеоперационном периоде. Оставшийся сегмент вены служит биопротезом при сосудистых реконструктивных операциях. При выборе направления тракции вены предпочтение отдают ретроградному типу. Во время хирургического

вмешательства необходимо удалять притоки большой и малой подкожных вен через мини-доступы и стремиться к полному удалению притоков и овариксов. Вены-перфоранты рекомендуется лигировать при диаметре более 3,5 мм, при рефлюксе и локализующейся в этой зоне открытой или зажившей трофической язве.

Эндовазальная термическая коагуляция — эффективный и малотравматичный способ хирургической коррекции венозной недостаточности. Механизм основан на тепловом воздействии на венозную стенку с применением электромагнитных колебаний в радиочастотном диапазоне, лазерного излучения, энергии перегретого под высоким давлением пара, что приводит к окклюзии вены и трансформации ее в соединительнотканый тяж. Операция выполняется под местной анестезией под ультразвуковым контролем и позволяет устранить стволовую рефлюкс. Это альтернатива кроссэктомии и стриппингу. Анатомическими противопоказаниями являются извитой ход и большой диаметр вены, удвоение ствола и поверхностное ее расположение, наличие множества приустьевых притоков [10].

Склеротерапия позволяет провести облитерацию венозного русла путем введения склерозирующих агентов в жидкой или пенной форме. К склерозанту предъявляются следующие требования: хорошая растворимость в физиологическом растворе, безболезненность при введении, эффективность в зоне венозного стаза и безопасность в зоне быстрого кровотока. В косметических целях склеротерапия применяется при ретикулярном варикозе, с лечебной целью выполняется склерозирование большой и малой подкожной вен под контролем ультразвуковой доплерографии, эффективно введение склерозанта при угрозе кровотечения из просвета сосуда.

Одним из важных звеньев терапии венозной недостаточности является **дозированная компрессия**. Ее эффект выражается в усилении капиллярного кровотока, снижении проницаемости венозной стенки, уменьшении лимфатического и интерстициального давления, приводящего к редукции периферических отеков нижних конечностей, а также в профилактике развития и рецидива трофической язвы. При подборе оптимальной компрессии учитывается давление покоя (давление компрессионного изделия на мышцы в покое), рабочее давление (давление компрессионного изделия на мышцы при сокращении) и жесткость (разность между давлением в горизонтальном и вертикальном положениях). Варианты компрессии: эластическое бинтование, компрессионный трикотаж и прерывистая пневматическая компрессия [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение хронической венозной недостаточности носит многокомпонентный характер, включая фармакотерапию, эластическую компрессию и хирургическую коррекцию. Современные флебопротекторы доказали свою эффективность за счет поливалентного механизма действия на все факторы патогенеза заболевания, высокой биодоступности и минимальных побочных явлений. Раннее назначение флеботоников позволяет купировать или уменьшить клинические про-

явления венозной недостаточности и ее осложнений. Эффективность препарата кальция добезилата (Докси-Хем) обусловлена снижением проницаемости сосудистой стенки, уменьшением вязкости крови и эндотелиальной протекцией, что в итоге улучшает макро- и микроциркуляцию при ХВН [12].

Литература

1. Азизов Г.А., Козлов В.И. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: особенности микроциркуляции // Вестник РУДН. Серия «Медицина». 2003. №3. С.117–120 [Azizov G.A., Kozlov V.I. Hronicheskaja venoznaja nedostatochnost' nizhnih konechnostej: osobennosti mikrocirkuljicii // Vestnik RUDN. Serija «Medicina». 2003. №3. S.117–120 (in Russian)].
2. Кошкин В.М., Каралкин А.В., Сaitова Г.Д. и др. Микро- и макроциркуляция в нижних конечностях у больных с различными формами хронической венозной недостаточности // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2004. №2. Т.3. С.47–51 [Koshkin V.M., Karalkin A.V., Saitova G.D., i dr. Mikro- i makrocirkuljacija v nizhnih konechnostjakh u bol'nyh s razlichnymi formami hronicheskoy venoznoj nedostatochnosti // Regionarnoe krovoobrashhenie i mikrocirkuljacija. 2004. №2. T.3. S.47–51 (in Russian)].
3. Золотухин И.А., Кириенко А.И. Функциональная венозная недостаточность (флебопатия) нижних конечностей: клиника, диагностика, лечение // Флебология. 2009. №3. Т.3. С.3–9 [Zolotuhin I.A., Kirienko A.I. Funkcional'naja venoznaja nedostatochnost' (flebotacija) nizhnih konechnostej: klinika, diagnostika, lechenie // Flebologija. 2009. №3. T.3. S.3–9 (in Russian)].
4. Вахитов М.Ш., Улимбашева З.М., Ковалева О.В. Особенности использования эндоваскулярной лазерной коагуляции в комплексном лечении варикозной болезни // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009. №3. Т.168. С.61–65 [Vahitov M.Sh., Ulimbasheva Z.M., Kovaleva O.V. Osobennosti ispol'zovanija jendovazal'noj lazernoj koaguljicii v kompleksnom lechenii varikoznoj bolezni // Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2009. №3. T.168. S.61–65 (in Russian)].

5. Ахтямова Н.Е. Венопротектор кальция добезилат в лечении хронических заболеваний вен // Флебология. 2016. №4. Т.10. С.214–218 [Ahtjamova N.E. Venoprotektor kal'cija dobezilat v lechenii hronicheskikh zabolevanij ven // Flebologija. 2016. №4. T.10. S.214–218 (in Russian)].
6. Черняков А.В. Современные принципы лечения пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей // РМЖ. 2017. №8. Т.25. С.543–547 [Chernjakov A.V. Sovremennye principy lechenija pacientov s hronicheskimi zabolevanijami ven nizhnih konechnostej // RMZh. 2017. №8. T.25. S.543–547 (in Russian)].
7. Сапелкин С.В., Тимина И.Е., Дударева А.С. Хронические заболевания вен: функция клапанов и лейкоцитарно-эндотелиальное взаимодействие, возможности фармакотерапии // Ангиология и сосудистая терапия. 2017. №3. Т.23. С.89–97 [Sapelkin S.V., Timina I.E., Dudareva A.S. Hronicheskie zabolevanija ven: funkcija klapanov i lejkocitarno-jendotelial'noe vzaimodejstvie, vozmozhnosti farmakoterapii // Angiologija i sosudistaja terapija. 2017. №3. T.23. S.89–97 (in Russian)].
8. Allain H., Ramelet A.A., Polard E., Bentué-Ferrer D. Safety of calcium dobesilate in chronic venous disease, diabetic retinopathy and haemorrhoids // Drug Saf. 2004. Vol. 27. P.649–660.
9. Микадзе И.Ш. Венотоники // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006. №2. Т.165. С.114–118 [Mikadze I.Sh. Venotoniki // Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2006. №2. T.165. S.114–118 (in Russian)].
10. Стойко Ю., Гудымович В. Флеботропная терапия в комплексном лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Врач. 2006. №7. С.26–29 [Stojko Ju., Gudymovich V. Flebotropnaja terapija v kompleksnom lechenii hronicheskoy venoznoj nedostatochnosti nizhnih konechnostej // Vrach. 2006. №7. S.26–29 (in Russian)].
11. Пономарева А.И., Каменева Е.С., Компаниец О.Г. и др. Добезилат кальция в фармакотерапии микроангиопатий // Consilium Medicum. 2012. №10. Т.14. С.126–127 [Ponomareva A.I., Kameneva E.S., Kompaniec O.G. i dr. Dobezilal kal'cija v farmakoterapii mikroangiopatij // Consilium Medicum. 2012. №10. T.14. S.126–127 (in Russian)].
12. Инструкция по медицинскому применению Докси-Хем от 25.07.2017. Интернет-источник: <https://www.stada.ru/products/doksi-hem.html> [Instrukcija po medicinskomu primeneniju Doksi-Hem ot 25.07.2017. Internet-istochnik: <https://www.stada.ru/products/doksi-hem.html> (in Russian)].



БОЛЕЕ 15 ЛЕТ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МНОГОЕ МЕНЯЕТСЯ –
ПРОВЕРЕННОЕ ОСТАЕТСЯ
ДОКСИ-ХЕМ®

- ✓ Ангиопротектор и антиагрегант
- ✓ Снижает повышенную проницаемость сосудов
- ✓ Улучшает микроциркуляцию
- ✓ Доступен по цене

Имеются противопоказания, перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией



кальция добезилат
капсулы 500 мг
№ 30, № 90

STADA

www.stada.ru

АО "Нижфарм": Россия, 603950, г. Нижний Новгород, Бокс-459, ул. Салганская д.7
тел: +7 831 278 88 08, факс: +7 831 430 72 13
e-mail: med@nizhpharm.ru

Реклама

Антибактериальные препараты для местной терапии ранений различной этиологии

Профессор И.П. Левчук, профессор М.В. Костюченко

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются современные проблемы антибактериальной терапии при ранениях различной этиологии, возможности и ограничения применения местных антибактериальных препаратов. Ведущим ограничением в выборе антибактериальных препаратов в настоящее время является широкое распространение полирезистентных микроорганизмов. Это значительно сужает выбор как системных, так и местных препаратов эмпирической антибактериальной терапии ран. В настоящее время в целях профилактики прогрессирования раневой инфекции находят широкое применение местные антибактериальные препараты, позволяющие избежать системных побочных эффектов. К местным антибактериальным препаратам, наиболее активно применяемым для амбулаторного ведения ран, можно отнести сульфаниламид (Ранавексим), сульфатидин серебра, неомицин с бацитрацином. Местная терапия инфицированных ран должна базироваться на этиологических и анамнестических характеристиках раны, фазе раневого процесса и объеме поражения. Местное применение антибактериальных препаратов (например, сульфаниламида) возможно при небольших по площади поражениях без активного инфекционного процесса в ране (бытовые ссадины, царапины, неглубокие порезы и ожоги).

Ключевые слова: раны, антибактериальная терапия, полирезистентность, местное применение антибиотиков, сульфаниламид.

Для цитирования: Левчук И.П., Костюченко М.В. Антибактериальные препараты для местной терапии ранений различной этиологии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 64–69.

ABSTRACT

Antibacterial drugs for topical therapy of the wounds of various etiologies
Levchuk I.P., Kostyuchenko M.V.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The article deals with modern problems of antibiotic therapy of the wounds of various etiologies, possibilities and limitations of the use of topical antibiotics. Currently, the main limitation in the choice of antibacterial drugs is the widespread use of multiresistant microorganisms. This fact significantly reduces the choice of both systemic and topical drugs for empirical antibiotic therapy of wounds. At present, topical antibiotics are often used to prevent the progression of wound infection, which often allows to avoid systemic side effects. Topical antibacterial preparations most actively used for outpatient management of wounds can be attributed to a sulfanilamide (Ranavexim), sulfatides silver, neomycin with bacitracin. Topical therapy of wounds should be based on etiological and anamnestic characteristics of the wound, phase of the wound process and the extent of the lesion. Topical use of antibacterial drugs (e. g. sulfanilamide) is possible with small lesions without an active infectious process in the wound (such as abrasions, scratches, small cuts and burns).

Key words: wounds, antibacterial therapy, multidrug resistance, topical application of antibiotics, sulfanilamide.

For citation: Levchuk I.P., Kostyuchenko M.V. Antibacterial drugs for topical therapy of the wounds of various etiologies // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 64–69.

Все раны, полученные в нестерильных условиях, являются инфицированными, рост бактериальной флоры в ране провоцирует развитие воспалительного процесса, сопровождающегося повышением местной температуры, гиперемией, болью и нарушением функции части тела, на которой находится рана. Частота развития инфекционных осложнений остается весьма значительной и достигает в целом 45%. Наиболее подвержены развитию инфекционных осложнений раны, загрязненные землей, с нарушением кровоснабжения в области непосредственно самого повреждения или всей части тела, огнестрельные и минно-взрывные раны, укусы животных и человека. В зависимости от вида повреждения и условий окружающей среды в раны могут попадать различные микроорганизмы:

резидентные — постоянно живущие и размножающиеся на коже (преимущественно коагулазонегативные кокки, например *Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus*, и дифтероиды, например *Corinebacterium spp.*, реже — грамотрицательные бактерии), и транзиторные — в норме отсутствующие и попадающие на кожу после контакта с контаминированными объектами окружающей среды и больными людьми. В зависимости от области тела (голова, конечности, перианальная область и т. д.) спектр резидентной микрофлоры может быть различным. Транзиторная флора также неодинакова по составу, который зависит от характера раны, этиологии, окружающей среды и может быть представлен различными инфекционно-опасными микроорганизмами (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*,

Salmonella spp. и другими грамотрицательными бактериями, *S. aureus*, вирусами и грибами, *Candida albicans*, ротавирусами и др.). При повреждении кожи транзитные микроорганизмы способны длительно колонизировать и инфицировать кожу, формируя при этом новую, гораздо более опасную резидентную (но не нормальную) флору. В большинстве случаев инфицирование обусловливается микробными ассоциациями. Так, укусы собак сопровождаются инфекционным осложнением примерно в 20% случаев, кошек — до 30–50%, человека — 70–80% [1–3].

Из-за изменения гистохимических параметров тканей в результате повреждения и разрушения защитной барьерной функции кожи даже непатогенные микроорганизмы могут стать причиной выраженных воспалительных, гнойных процессов. Для выбора оптимальной антибактериальной терапии необходимо учитывать возможный микробный спектр раны (табл. 1).

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

В настоящее время внебольничные штаммы остаются чувствительными к большому числу антибиотиков, в т. ч. β-лактамам. До конца 1990-х годов метициллин-резистентные микроорганизмы (MRSA) были исключительно

внутрибольничной проблемой с преимущественным распространением в Европе. Однако в настоящее время имеются сведения и о внебольничных резервуарах полирезистентного стафилококка зоонозного происхождения, который составляет в общей массе до 50% и более на юге Европы и 10–25% в Центральной Европе и Великобритании [14]. В России в амбулаторных условиях частота встречаемости MRSA не превышает 3,8%, однако в условиях стационара частота встречаемости этих микроорганизмов, а также устойчивых к цефалоспорином грамотрицательных *E. coli* и *Klebsiella spp.* достигает 60,4–84,9%. При выявлении высокого риска инфицированности MRSA-штаммами необходимо включить анти-MRSA-препарат в схему лечения [6–7].

В целях профилактики прогрессирования раневой инфекции в настоящее время находят широкое применение местные антибактериальные препараты, позволяющие избежать системных побочных эффектов. Системной антибактериальной терапии не требуется при очагах менее 5 см после адекватной хирургической обработки [6].

В случае обширных раневых дефектов, клинических проявлений инфекции, включая системные признаки воспаления (повышение температуры тела >38° С или снижение <36° С; лейкоцитоз >12×10⁹/л или лейкопения <4×10⁹/л; тахикардия >90 уд./мин; одышка >24 дыханий/мин),

Таблица 1. Этиология и микробный спектр ран

Этиология ран	Спектр возбудителей раневых инфекционных осложнений
Раны в результате несчастных случаев	Чаще встречаются <i>Enterobacteriaceae spp.</i> и <i>S. aureus</i> , в т. ч. возможны и внебольничные MRSA-штаммы, <i>Staphylococcus spp.</i> [4]. При ранах в области верхних конечностей, особенно кистей рук, преобладают кокковые формы: 90% стафилококк (57% в чистой культуре и 33% – в ассоциации со спороносными палочками); реже обнаруживаются дифтероиды, аэробные спороносные палочки и различные сапрофиты воздушного происхождения; при травме нижних конечностей встречаются кишечная палочка и протей – 13,5%, реже – анаэробы [5]. В перианальной области в ране содержатся разнообразные комбинации грамположительных кокков (стафилококки, стрептококки и энтерококки) и энтеробактерий (кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактер и др.) в возможной ассоциации с анаэробами (пептострептококки, бактероиды, фузобактерии, клостридии и др.) [6]. При ранении в морской воде – <i>Vibrio spp.</i> , <i>Mycobacterium marinum</i> , в пресной воде – <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Aeromonas spp.</i> и <i>Mycobacterium spp.</i> (чаще – <i>M. marinum</i> , <i>Mycobacterium avium</i>), <i>Vibrio spp.</i> , <i>Enterobacteriaceae spp.</i> [7, 8]. Повреждения, сопровождающиеся нарушением кровоснабжения и резким снижением оксигенации тканей, наиболее благоприятны для развития <i>C. perfringens</i> , <i>C. novyi</i> , <i>C. septicum</i> , <i>C. histolyticum</i> , <i>C. bifermentans</i> [6]
Ожоговые раны	Чаще всего рану колонизируют стафилококк, вегетирующий в виде сапрофитной флоры на неповрежденной коже, и стрептококк. На госпитальных этапах – нозокомиальные инфекции (больничная полирезистентная флора), частота MRSA-штаммов – 37–50% [9]. Монокультуры микроорганизмов встречаются в 57% случаев, микробные ассоциации – в 43%, они включают: <i>S. aureus</i> и <i>Proteus vulgaris</i> ; <i>S. aureus</i> и <i>S. epidermidis</i> ; <i>S. aureus</i> и <i>P. aeruginosa</i> ; <i>P. vulgaris</i> , <i>E. coli</i> , <i>S. aureus</i> ; <i>P. aeruginosa</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> (Моррисон В.В., 2015)
Укушенные раны	При укусах животных первое место по числу занимают микробные аэробно-анаэробные ассоциации – 50–65%, <i>Pasteurella spp.</i> – 20–75% (<i>Pasteurella multocida</i> – 60% и <i>P. canis</i> – 18%), а также <i>Peptostreptococcus spp.</i> , <i>S. aureus</i> – 20–40% и <i>Streptococcus mitis</i> , <i>Moraxella spp.</i> , <i>Corynebacterium spp.</i> и <i>Neisseria spp.</i> [9–11]. При укусах кошки: <i>P. multocida</i> , <i>S. aureus</i> , MRSA, <i>Cl. tetani</i> ; при укусах свиньи: полимикробная флора (грамположительные кокки, грамотрицательные палочки, <i>Pasteurella spp.</i> + анаэробы, <i>Cl. tetani</i>); при укусах крысы: <i>S. moniliformis</i> , <i>Cl. tetani</i> ; при укусах змеи: <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Enterobacteriaceae spp.</i> , <i>Clostridium spp.</i> [1, 4]. При укусах человека спектр возбудителей представлен преимущественно <i>Streptococcus spp.</i> (17–90%), <i>S. aureus</i> (13–50%), <i>Eikenella corrodens</i> (10–29%), <i>Haemophilus influenzae</i> (17–26%), <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Fusobacterium spp.</i> (12–33%), <i>Peptostreptococcus spp.</i> (22%), преобладает смешанная флора [4, 9–10, 12]. Возможны внебольничные MRSA-штаммы, особенно при укусах животных [13]
Раны после разделки мяса или рыбы	<i>Erysipelothrix rhusiopathiae</i> [7]
Раны, полученные в результате боевых действий и других ЧС	Часто грамотрицательные аэробные возбудители: <i>Enterobacteriaceae spp.</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , а также <i>Staphylococcus spp.</i> При повреждении полых органов, например при проникающих абдоминальных ранениях: контаминация раны грамотрицательными возбудителями из семейства <i>Enterobacteriaceae</i> и анаэробами [4]. При глубоких ранах, загрязненных землей, с нарушением кровоснабжения и резким снижением оксигенации тканей: <i>C. perfringens</i> , <i>C. novyi</i> , <i>C. septicum</i> , <i>C. histolyticum</i> , <i>C. bifermentans</i> [6]
Послеоперационные раны	<i>S. aureus</i> – 20% (в т. ч. MRSA-штаммы), коагулазонегативные стафилококки – 14%, энтерококки – 12%, <i>E. coli</i> – 8%, <i>P. aeruginosa</i> – 8%, <i>Enterobacter spp.</i> – 7%, <i>P. mirabilis</i> – 3%, <i>K. pneumoniae</i> – 3%, <i>C. albicans</i> – 3–9,5%, другие грамположительные аэробы – 2%, <i>Bacteroides fragilis</i> – 2% [1, 4]

Примечание: MRSA – метициллин-резистентные микроорганизмы, ЧС – чрезвычайные ситуации

Таблица 2. Характеристика антибактериальных препаратов для наружного применения

Препарат, форма выпуска	Фармакологическая группа и механизм действия	Микроорганизмы-мишени	Устойчивость микроорганизмов
Сульфаниламид (Стрептоцид, Ранавексим), порошок для наружного применения	Сульфаниламиды. Бактериостатический эффект за счет антагонизма с ПАБК, угнетения дигидрофолиевой кислоты и конкурентного угнетения бактериального фермента дигидроптероатсинтетазы, что останавливает рост и развитие микроорганизмов [15]	Имеет широкий спектр действия, эффективен в отношении большинства внегоспитальных штаммов: грамположительных и грамотрицательных кокков, в т. ч. стрептококков, пневмококков, менингококков, гонококков, <i>E. coli</i> , <i>Shigella spp.</i> , <i>Vibrio cholerae</i> , <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Bacillus anthracis</i> , <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , <i>Yersinia pestis</i> , <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Actinomyces israelii</i> , <i>Toxoplasma gondii</i>	Госпитальные штаммы в настоящее время могут иметь высокий уровень приобретенной резистентности. Природная устойчивость имеет место только у энтерококков, синегнойной палочки и анаэробов [16]
Сульфадиазин серебра, крем, мазь для наружного применения	Сульфаниламиды. Бактериостатический эффект, ионы серебра усиливают противомикробный эффект	Ионы серебра усиливают действие. Поражает грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы: <i>P. aeruginosa</i> , <i>E. coli</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Staphylococcus spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , грибки рода <i>Candida</i> (в т. ч. <i>C. albicans</i>), дерматофиты	Могут быть устойчивы <i>Providencia stuartii</i> , <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Enterobacter cloacae</i> , некоторые штаммы <i>E. coli</i> [3], госпитальные штаммы в ожоговых отделениях [17]
Тетрациклин, мазь для наружного применения	Бактериостатическое действие за счет подавления синтеза белка возбудителей	Аэробные грамположительные: <i>Staphylococcus spp.</i> (в т. ч. продуцирующие пенициллиназу), <i>Streptococcus spp.</i> ; грамотрицательные: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Bordetella pertussis</i> , <i>Enterobacter spp.</i> , <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Shigella spp.</i> ; анаэробные: <i>Clostridium spp.</i> , <i>Rickettsia spp.</i> , <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Mycoplasma spp.</i> , <i>Spirochaetaceae spp.</i>	<i>P. aeruginosa</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Serratia spp.</i> , большинство штаммов <i>Bacteroides fragilis</i> , большинство грибов, мелкие вирусы. Высокая частота устойчивости среди клинически значимых микроорганизмов не позволяет рассматривать как средство выбора для лечения большинства инфекций [16]. Резистентность <i>S. epidermidis</i> и <i>S. aureus</i> составляет 68,3% и 14,9% соответственно [2]
Гентамицин, порошок для наружного применения	Аминогликозид. Бактерицидный эффект за счет подавления синтеза бактериального белка	Грамположительные: <i>Mycobacterium spp.</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Streptococcus spp.</i> ; грамотрицательные: <i>Aerobacter aeruginosa</i> , <i>Shigella spp.</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>E. coli</i> , <i>Serratia spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i> , <i>Citrobacter spp.</i> , <i>Yersinia spp.</i> , <i>Providencia spp.</i>	<i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Treponema pallidum</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Clostridium spp.</i> , <i>Providencia rettgeri</i> . Резистентны около 5% госпитальных штаммов. Резистентность <i>S. epidermidis</i> и <i>S. aureus</i> составляет 58,3% и 22,1% соответственно [2]. Для России характерна высокая частота распространения устойчивости среди грамотрицательных бактерий, в т. ч. у <i>E. coli</i> и <i>P. aeruginosa</i> [16]
Хлорамфеникол + метилурацил (Левомеколь), мазь для наружного применения	Хлорамфеникол: бактериостатическое действие за счет нарушения синтеза белков микроорганизмов. В высоких концентрациях обладает бактерицидным эффектом в отношении пневмококка, менингококка и <i>H. influenzae</i> . Метилурацил: стимулятор репарации тканей	Грамположительные: <i>Staphylococcus spp.</i> , <i>Streptococcus spp.</i> ; грамотрицательные: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>E. coli</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> (включая ампициллинорезистентные штаммы), <i>Salmonella spp.</i> , <i>Shigella spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Serratia spp.</i> , <i>Yersinia spp.</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Rickettsia spp.</i> , <i>Spirochaetaceae spp.</i> ; некоторые крупные вирусы. Действует на устойчивые к пенициллину, стрептомицину, сульфаниламидам штаммы [16, 18]	Среди энтеробактерий часто отмечается резистентность. В России 50–90% шигелл и 10% сальмонелл устойчивы к хлорамфениколу [16]. Малоактивен в отношении кислотоустойчивых бактерий, синегнойной палочки, клостридий и простейших
Фузидовая кислота, крем, мазь для наружного применения	Бактериостатическое действие, подавляет синтез белка бактерий	Имеет узкий спектр действия: <i>Staphylococcus spp.</i> , включая большинство штаммов <i>S. aureus</i> (в т. ч. MRSA, устойчивые к пенициллину, стрептомицину, хлорамфениколу, эритромицину) и <i>S. epidermidis</i> (в т. ч. MRSA), <i>Corynebacterium spp.</i> , <i>Cladosporium spp.</i>	Неактивен по отношению к грамотрицательным бактериям, <i>Salmonella spp.</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>E. coli</i> . Низкая активность по отношению к <i>Streptococcus spp.</i> , в т. ч. <i>S. pneumoniae</i>
Мупироцин, мазь для наружного применения	Бактериостатическое действие, подавляет синтез бактериальных белков	Грамположительные аэробы, включая <i>S. aureus</i> (в т. ч. штаммы, устойчивые к метициллину), <i>S. epidermidis</i> , <i>S. saprophyticus</i> , <i>S. pyogenes</i> (в т. ч. коагулазонегативные); грамотрицательные (в т. ч. <i>E. coli</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>)	<i>Corynebacterium spp.</i> , <i>Enterobacteriaceae spp.</i> , <i>Micrococcus spp.</i>

Примечание: ПАБК – парааминобензойная кислота

иммунодефицитного состояния необходимо системное применение антибиотиков [7]. Местные лекарственные формы с антибактериальным компонентом при этом также находят место в протоколах лечения.

Активно применяющиеся в настоящее время антибактериальные препараты, при кажущемся на первый

взгляд многообразии, с учетом современной концепции лечения инфицированных ран и требований, предъявляемых к подобным препаратам, имеют существенные ограничения. Спектр действия большей части широко известных препаратов значительно сузился для стационарного применения в связи с полирезистентностью микроорга-

Таблица 3. Показания, побочные эффекты и ограничения для антибактериальных препаратов для наружного применения

Препарат, форма выпуска	Основные показания к местному применению	Побочные эффекты	Ограничения для наружного применения
Сульфаниламид (Стрептоцид, Ранавексим), порошок для наружного применения	Инфицированные раны различной этиологии (в т. ч. язвы, трещины, ссадины), ожоги (I и II степени), гнойно-воспалительные поражения кожи. Преимущества препарата: используется при обширных и глубоких ранах. Может применяться в I фазе раневого процесса на очищенной и обработанной антисептиками раневой поверхности [6]	Аллергические реакции	При местном применении надо помнить, что препарат лучше действует в чистой ране. Поэтому рекомендуется предварительно обработать рану, промыть перекисью водорода и другими антисептиками, а затем наносить препарат [19]
Сульфадиазин серебра, крем, мазь для наружного применения	Инфицированные поверхностные раны и ожоги со слабой экссудацией, трофические язвы, пролежни, длительно не заживающие язвы, ссадины. Может применяться в I фазе раневого процесса	Периферическим и системным кровотоком поглощается около 10% сульфадиазина и 1% серебра	Нанесение на обширные раневые поверхности сопровождается повышением концентрации сульфадиазина в крови до 10–20 мкг/мл. При длительном применении на больших раневых поверхностях возможны системные побочные эффекты, в т. ч. нарушение кроветворения, кожные и аллергические реакции, диспепсические явления, гепатит, гепатоцеллюлярный некроз, нарушение функций ЦНС, токсический нефроз
Гентамицин, порошок для наружного применения	Бактериальные инфекции кожи и мягких тканей, вызванные чувствительной микрофлорой: пиодермия. Инфицированные дерматиты, раны (в т. ч. хирургические, вялозаживающие), ожоги (в т. ч. растениями), укусы насекомых, абсцессы кожи и кисты. Вторичное бактериальное инфицирование. Возможно применение при малой площади раневой поверхности	Аллергические реакции: местные – кожная сыпь, зуд, гиперемия кожи, чувство жжения; генерализованные (редко) – лихорадка, ангионевротический отек, эозинофилия	При всасывании с обширных поверхностей возможно развитие системных эффектов – неврит слухового нерва, миастения, паркинсонизм, ботулизм, почечная недостаточность. Ограничение применения у новорожденных и недоношенных и в пожилом возрасте
Фузидовая кислота, крем, мазь для наружного применения	Инфекции кожи и мягких тканей, вызванные чувствительными микроорганизмами, инфицированные раны. Может применяться при выявлении стафилококков, устойчивых к метициллину, пенициллинам, стрептомицину, хлорамфениколу, эритромицину, устойчивых госпитальных штаммов	Местнораздражающее действие (покраснение и зуд кожи), аллергические реакции	Гиперчувствительность, печеночная недостаточность
Мупироцин, мазь для наружного применения	Абсорбция после накожной аппликации крайне мала. Применяют при первичных и вторичных инфекциях кожи, в т. ч. инфицированных травмах, ранах и ожогах; профилактике бактериального инфицирования небольших ран, порезов и других «чистых» повреждений кожи при выявлении резистентных микроорганизмов. Может применяться в I и II фазах раневого процесса	Жжение, зуд в месте аппликации, аллергические реакции	Может адсорбироваться через поврежденную кожу. Ограничения: большая раневая поверхность и изменения функции почек

низмов (табл. 2) и ограничением из-за побочных эффектов при больших раневых поверхностях (табл. 3).

Многие местно применяемые антибактериальные препараты имеют достаточно жесткие ограничения для стационарного применения в связи с резистентностью микрофлоры, а также по площади раневой поверхности из-за активного всасывания и токсичности при попадании в системный кровоток [20]. К местным антибактериальным препаратам, наиболее активно применяемым для амбулаторного ведения ран с целью профилактики развития раневой инфекции, можно отнести сульфаниламид, сульфатидин серебра, неомицин с бацитрацином, при риске негоспитальных устойчивых штаммов — мупироцин и фузидовую кислоту. Сульфаниламид не потерял актуальности и характеризуется противомикробным действием по отношению к негоспитальным штаммам грамположительных и грамотрицательных кокков, *E. coli*, *Shigella spp.*, *Vibrio cholerae*, *Haemophilus influenzae*, *Clostridium spp.*, *Bacillus anthracis*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Yersinia pestis*, а также *Chlamydia spp.*, *Actinomyces spp.*, *Toxoplasma gondii* и некоторым другим бактериям при ранах и ожогах, получен-

ных в результате несчастных случаев и в чрезвычайных ситуациях [15–16, 21].

Применяя местные антибактериальные препараты, которые непосредственно контактируют с раной, необходимо учитывать их форму выпуска и состав вспомогательных веществ, соотнося их с фазами раневого процесса.

В первой фазе раневого процесса рекомендуются для местного применения препараты на водорастворимой основе с сульфаниламидом [6]. Сульфаниламид в виде порошка для местного применения (Ранавексим в банке с дозатором) поглощает раневой экссудат, не травмирует ткани раневой поверхности, препятствует развитию микрофлоры в ране и вторичному инфицированию [21, 22]. При использовании лекарственной формы в упаковке с дозатором легко контролируются дозировка лекарственного вещества и равномерность нанесения порошка без контакта с раневой поверхностью, что уменьшает риск побочных эффектов. При глубоких ранениях в полость раны вносят 5–15 г порошка для наружного применения (Ранавексим), при этом максимальная суточная доза для взрослых составляет 15 г, для детей старше 3-х лет — 300 мг, при местном при-

менении в виде порошка (непосредственным нанесении на раневую поверхность) препарат не обладает раздражающей ткани действием [15, 21, 23].

Во второй фазе раневого процесса следует отдавать предпочтение формам, не наносящим ущерба грануляциям.

Учитывая мультирезистентность микроорганизмов, в настоящее время эмпирические схемы антибактериальной терапии претерпевают значительные изменения. Давно известные и широко используемые антибиотики остаются, как правило, препаратами выбора лишь для ведения небольших ран в амбулаторных условиях у пациентов с низким риском инфицирования MRSA и другими устойчивыми штаммами. Раны, требующие хирургического лечения в условиях стационара, автоматически переводят пациентов в группу риска, и выбор препарата меняется. При этом антибактериальный спектр применяемого препарата должен включать возможных возбудителей с учетом этиологических и анамнестических характеристик раны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при назначении антибактериальной терапии ран необходимо учитывать этиологию и обстоятельства, при которых было получено повреждение, возможный спектр возбудителей, лечение амбулаторное или стационарное, риск инфицирования резистентной микрофлорой, особенности хирургического лечения раны и фазу раневого процесса. При этом, несмотря на широкое использование местных форм антибактериальных препаратов, в настоящее время отсутствуют четкие стандартизированные подходы относительно фаз раневого процесса. Только местное применение антибактериальных препаратов (например, сульфаниламида в форме порошка для наружного применения — Ранавексима) возможно при небольших по площади поражениях без активного инфекционного процесса в ране (бытовые ссадины, царапины, неглубокие порезы и ожоги). При глубоких и обширных раневых дефектах после хирургической обработки применяется системная антибактериальная терапия, дополняемая при необходимости местными лекарственными формами.

Литература

- Блатун Л. А. Местное медикаментозное лечение ран // Хирургия. 2011. № 4. С.51–59 [Blatun L. A. Mestnoe medikamentoznoe lechenie ran // Hirurgija. 2011. № 4. S.51–59 (in Russian)].
- Митрофанов В. Н., Гординская Н. А. Фенотип антибиотикорезистентности возбудителей перипротезной инфекции как основа выбора рационального антимикробного лечения // Медицинский альманах. 2017. № 4 (49). С.72–75 [Mitrofanov V.N., Gordinskaja N. A. Fenotip antibiotikorezistentnosti vozбудitelej periproteznoj infekcii kak osnova vybora racional'nogo antimikrobnogo lechenija // Medicinskij al'manah. 2017. № 4 (49). S.72–75 (in Russian)].
- Привольнев В. В., Забросаев В. С., Даниленков Н. В. Препараты серебра в местном лечении инфицированных ран // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2015. № 3. С.85–91 [Privol'nev V.V., ZabrosaeV V.S., Danilenkov N.V. Preparaty serebra v mestnom lechenii inficirovannyh ran // Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. 2015. № 3. S.85–91 (in Russian)].
- Гайдудь К. В., Муконин А. А. Раневая инфекция. Этиология, диагностика и антибактериальная терапия. АБОЛмед.2005 [Gajdul' K.V., Mukonin A.A. Ranevaja infekcija. Jetiologija, diagnostika i atibakterial'naja terapija. ABOLmed. 2005 (in Russian)].

- Мельникова В. М. Химотерапия раневой инфекции в травматологии и ортопедии. М.: Медицина. 1975 [Mel'nikova V.M. Himioterapija ranevoj infekcii v travmatologii i ortopedii. M.: Medicina. 1975 (in Russian)].
- Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: Российские национальные рекомендации. М., 2015. 110 с. [Hirurgicheskie infekcii kozhi i mjagkih tkaney: Rossijskie nacional'nye rekomendacii. M., 2015. 110 s. (in Russian)].
- Голуб А. В., Привольнев В. В. Системная антибактериальная терапия хирургических инфекций кожи и мягких тканей в амбулаторных условиях: что должен знать каждый хирург? // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2014. № 3–4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnaya-antibakterialnaya-terapiya-hirurgicheskikh-infektsiy-kozhi-i-myagkih-tkaney-v-ambulatornyh-usloviyah-cto-dolzhen-znat-kazhdyj-hirurg?>
- Janda J., Abbott S., Brenden R. Overview of the etiology of wound infections with particular emphasis on community-acquired illness // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1997. Vol. 16. P.189–201.
- Савельев В. С. и др. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: Российские национальные рекомендации. М., 2009 [Savel'ev V.S. i dr. Hirurgicheskie infekcii kozhi i mjagkih tkaney: Rossijskie nacional'nye rekomendacii. M., 2009 (in Russian)].
- Страчунский Л. С., Беденков А. В. Антибактериальная терапия укушенных ран у детей // Детский доктор. 2000. № 4. С.32–33 [Strachunskij L.S., Bedenkov A.V. Antibakterial'naja terapija ukushennyh ran u detej // Detskij doktor. 2000. № 4. S.32–33 (in Russian)].
- Talan D., Citron D., Abrahamian F. et al. Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites // N Engl J Med. 1999. Vol. 340 (2). P.85.
- Talan D.A., Abrahamian F.A., Moran G.J. et al. Clinical presentation and bacteriologic analysis of infected human bites presenting to an Emergency Department // Clin Infect Dis. 2003. Vol. 37. P 1481–1489.
- Cuny C., Friedrich A., Kozytska S. et al. Emergence of methicillinresistant Staphylococcus aureus (MRSA) in different animal species // Int. J. Med. Microbiol. 2010. Vol. 300. P.109–117.
- Демиховская Е. В. MRSA — знаменитый и неизвестный Метициллин-резистентный S.aureus: механизмы резистентности, лабораторная диагностика, клиника и эпидемиология // Блезни и антибиотики. 2012. № 2 (7). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34693> [Demihovskaja E.V. MRSA — znamenityj i neizvestnyj Meticillin- rezistentnyj S.aureus: mehanizmy rezistentnosti, laboratornaja diagnostika, klinika i jepidemiologija // Bolezni i antibiotiki. 2012. № 2 (7). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34693> (in Russian)].
- Интернет-ресурс: Ранавексим (Ranaveksim) инструкция по применению — <https://www.vidal.ru/drugs/ranaveksim> [Internet-resurs: Ranaveksim (Ranaveksim) instrukcija po primeneniju — <https://www.vidal.ru/drugs/ranaveksim> (in Russian)].
- Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. URL: <http://www.antibiotic.ru/ab/001-07.html> [Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoj himioterapii / Pod red. L. S. Strachunskogo, Ju.B. Belousova, S.N. Kozlova. URL: <http://www.antibiotic.ru/ab/001-07.html> (in Russian)].
- Atiyeh S. et al. Effect of silver on burn wound infection control and healing: review of the literature // Burns. 2007. Vol. 33 (2). P.139–148.
- Машковский М. Д. Лекарственные средства. М. 2014 [Mashkovskij M. D. Lekarstvennye sredstva. M. 2014 (in Russian)].
- Фармакология / Под. ред. Ю. Ф. Крылова, В. М. Бобырева. М., 1999. https://www.rlsnet.ru/books_book_id_4.html [Farmakologija / Pod. red. Ju.F. Krylova, V.M. Bobyreva. M., 1999. https://www.rlsnet.ru/books_book_id_4.html (in Russian)].
- Левчук И. П., Костюченко М. В., Назаров А. П. Профилактика раневых инфекций при ограниченных повреждениях кожи // Consilium Medicum. 2017. № 7 (2). С.19–22 [Levchuk I.P., Kostjuchenko M.V., Nazarov A.P. Profilaktika ranevyh infekcij pri ogranichenykh povrezhdenijah kozhi // Consilium Medicum. 2017. № 7 (2). S.19–22 (in Russian)].
- Грбарская Е. А., Данилевская Н. В., Дельцов А. А., Правда А. А. Изучение ранозаживляющей активности новой многокомпонентной мази // Российский ветеринарный журнал. Мелкие домашние и дикие животные. 2015. № 3. С.48–50 [Grabarskaja E.A., Danilevskaja N.V., Del'cov A.A., Pravda A.A. Izuchenie ranozazhivljajushhej aktivnosti novej mnogokomponentnoj mazi // Rossijskij veterinarnyj zhurnal. Melkie domashnie i dikiye zhivotnye. 2015. № 3. S.48–50 (in Russian)].
- Бутко Я. А. Фармакокоррекция раневого процесса // Здравоохранение. 2007. № 15 [Butko Ja.A. Farmakokorrekcija ranevogo processa // Zdravoohranenie. 2007. № 15 (in Russian)].
- Интернет-ресурс: Ранавексим. Инструкция по применению. <https://avexima.ru/medicines/ranaveksim/> [Internet-resurs: Ranaveksim. Instrukcija po primeneniju. <https://avexima.ru/medicines/ranaveksim/> (in Russian)].

РАНАВЕКСИМ

Сульфаниламид

порошок
для наружного
применения



ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН И ОЖОГОВ



РУ: ЛП-003495

Противомикробное бактериостатическое средство



Создает **антибактериальный барьер** на поверхности кожи



Порошок **в новой удобной упаковке** – полимерная банка с дозатором. Может применяться многократно.



Наносится **точно на очаг поражения** и не травмирует кожу



Способствует **лечению ран**



Может применяться **у детей старше 3-х лет**

ОАО «АВЕКСИМА»,
Москва, Ленинградский проспект, д. 31А, стр. 1
тел.: +7 (495) 258-45-28
www.avexima.ru


avexima

Клинический случай остановки геморроидального кровотечения с использованием баллонного зонда

К.м.н. С.Е. Каторкин, к.м.н. П.С. Андреев, В.М. Сотников

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара

РЕЗЮМЕ

В статье описывается успешный опыт использования баллонного зонда для остановки геморроидального кровотечения у пациента, которому проводилось лечение геморроя методом латексного лигирования.

Целью клинического наблюдения являлась оценка эффективности баллонного зонда для остановки геморроидального кровотечения. Под наблюдением находился пациент 28 лет, в течение 2-х лет страдающий внутренним геморроем II стадии. На фоне комплексного консервативного лечения, включавшего флеботропные препараты и ректальные суппозитории с трибенозидом, было выполнено лигирование внутренних геморроидальных узлов при помощи латексных колец на 3, 7, 11 часах, за 2 процедуры. В первую процедуру проводилось лигирование геморроидальных узлов на 3 и 7 часах, во вторую — геморроидального узла на 11 часах. На 10-е сутки, после 2-х процедур развилось кровотечение из площадки отторжения геморроидального узла. Для его остановки был применен ректальный баллонный зонд. Это позволило снизить интенсивность кровотечения, идентифицировать кровоточащий дефект и провести эффективную фотокоагуляционную остановку кровотечения.

Применение разработанного нами баллонного зонда эффективно для временной остановки геморроидальных кровотечений в амбулаторных условиях, с последующим проведением процедур для его окончательной остановки.

Ключевые слова: геморрой, геморроидальное кровотечение, латексное лигирование геморроидальных узлов, баллонный зонд, остановка кровотечения.

Для цитирования: Каторкин С.Е., Андреев П.С., Сотников В.М. Клинический случай остановки геморроидального кровотечения с использованием баллонного зонда // PMЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 2(II). С. 70–72.

ABSTRACT

Clinical case of stopping hemorrhoidal bleeding with the use of balloon probe

Katorkin S.E., Andreev P.S., Sotnikov V.M.

Samara State Medical University

The article describes the successful experience of using a balloon probe to stop hemorrhoidal bleeding in a patient with hemorrhoids treated by the use of a rubber band ligation.

The aim of clinical observation was to assess the effectiveness of the use of the balloon probe to stop hemorrhoidal bleeding. The patient aged 28 years, suffering of internal hemorrhoids of stage II for 2 years, was under observation. The complex conservative treatment included the use of phlebotropic drugs and tribenozide rectal suppositories, it was combined with ligation of the internal hemorrhoids with latex rings at 3, 7, 11 hours for 2 procedures. The first procedure included the rubber band ligation of hemorrhoids at 3 and 7 hours, the second procedure - ligation of hemorrhoidal node at 11 hours. On 10-th day, after 2 procedures, there was a bleeding from the site of rejection of the hemorrhoidal node. To stop it, a rectal balloon probe was used. This allowed to reduce the intensity of bleeding, identify a bleeding defect and conduct an effective photocoagulation of bleeding.

The use of the balloon probe developed by us is effective for temporary stopping hemorrhoidal bleeding in outpatient practice, followed by the measures taken for its final stop.

Key words: hemorrhoid, hemorrhoidal bleeding, rubber band ligation, balloon probe, stop of bleeding.

For citation: Katorkin S.E., Andreev P.S., Sotnikov V.M. Clinical case of stopping hemorrhoidal bleeding with the use of balloon probe // RMJ. Medical Review. 2018. № 2(II). P. 70–72.

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость геморроем среди работающего населения составляет от 12 до 15% [1, 2]. Современный взгляд на причины развития геморроя основывается на двух взаимосвязанных патогенетических факторах: гемодинамическом и мышечно-дистрофическом [3]. Гемодинамический фактор развивается в связи с увеличением объема циркулирующей по геморроидальным венам крови. Происходит постепенное расширение их кавернозных полостей и увеличение объема геморроидальных узлов. Из-за увеличения объема, под собственной массой геморроидальные узлы смещаются

в дистальном направлении, что приводит к дистрофическим изменениям в их фиброзно-мышечном каркасе — это мышечно-дистрофический фактор развития геморроя [3].

Для лечения геморроя все большее распространение получают малоинвазивные методики [4–9], позволяющие купировать клинику геморроя с минимальной операционной травмой. Одним из таких методов является лигирование геморроидальных узлов при помощи латексных колец. Данный метод наиболее часто применяется в условиях поликлиники и имеет сравнительно низкую частоту осложнений, в среднем до 7,2% [10, 11]. Наиболее часто встречающееся осложнение — послеоперационное кро-

вотечение, возникающее, как правило, вследствие запора или превышения допустимых физических нагрузок. Для его остановки применяются как консервативные методы, в виде гемостатических препаратов, так и хирургические — коагуляция или прошивание кровоточащего участка. Инфракрасная коагуляция является одним из наиболее эффективных методов лечения при I и II стадиях геморроя, а также остановки кровотечения из аноректальной области [12, 13]. Принцип метода основан на коагуляции сосудистой ножки геморроидального узла под воздействием теплового потока сфокусированного инфракрасного луча, направленного через световод аппарата. Данный метод позволяет выполнить остановку геморроидального кровотечения в амбулаторных условиях. Но в случаях интенсивного кровотечения инфракрасное излучение рассеивается и не создает требуемой температуры ткани кровоточащего участка для его коагуляции. Большинство пациентов с такими осложнениями из поликлиники и стационаров кратковременного пребывания, как правило, направляются в дежурный хирургический стационар. С целью облегчения остановки кровотечений, возникающих после латексного лигирования геморроидальных узлов, и повышения его эффективности нами разработан баллонный зонд для временной остановки геморроидальных кровотечений.

Цель: оценка эффективности применения баллонного зонда для остановки геморроидального кровотечения.

Методика

Для решения проблемы, связанной с остановкой геморроидальных кровотечений на поликлиническом уровне оказания медицинской помощи, нами разработана модель баллонного зонда для остановки геморроидальных кровотечений (патент РФ на полезную модель № 175859 от 21.12.2017) [14]. При его разработке мы основывались на анатомическом расположении артерий, кровоснабжающих геморроидальные узлы.

Баллонный зонд представляет собой полую трубку, имеющую на одном конце расширяющийся эллипсоидный баллон, который в широкой части по всей окружности имеет бортик шириной до 3 мм, высотой до 3 мм; в дистальной части баллон имеет плоский лепесток; на расстоянии 40 мм от проксимальной части баллона по окружности трубки нанесена контрольная метка (рис. 1).

Баллонный зонд используется следующим образом. Через введенный в анальный канал аноскоп, при помощи кровоостанавливающего зажима, наложенного на плоский лепесток, баллонный зонд в спущенном состоянии вводят

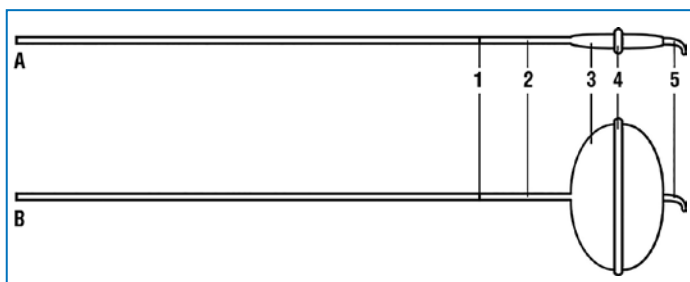


Рис. 1. Схема устройства баллонного зонда для остановки геморроидальных кровотечений в спущенном (А) и раздутом (В) состояниях: 1 — контрольная метка, 2 — полая трубка, 3 — баллон, 4 — бортик, 5 — плоский лепесток

в прямую кишку и устанавливают так, чтобы контрольная метка трубки находилась на уровне аноректальной линии. Под контролем манометра, посредством ручного нагнетателя воздуха раздувают баллонный зонд до давления 80 мм рт. ст. При этом бортик зонда сдавливает терминальные ветви верхней прямокишечной артерии, происходит снижение притока крови к геморроидальным узлам и уменьшается интенсивность кровотечения. Затем выполняют местную инфильтрационную анестезию области кровотечения и обрабатывают источник кровотечения с помощью фотокоагуляции. После окончательной остановки кровотечения зонд в спущенном состоянии удаляется из прямой кишки. Это позволяет проводить временную, а затем и окончательную остановку кровотечений в кратчайшие сроки, без дополнительной терапии и необходимости пребывания пациента в стационаре.

Клинический случай

Больной Ч. 28 лет, обратился в клинику ООО ММЦ Медикал Он Груп (Самара) с жалобами на позывы к дефекации, выделение свежей крови при опорожнении прямой кишки, общую слабость.

Пациент находился на лечении в клинике с диагнозом «наружный и внутренний геморрой II стадии». Анамнез заболевания — около 2-х лет. Лечение проводилось впервые методом лигирования внутренних геморроидальных узлов при помощи усиленных латексных колец. Выполнено 2 процедуры лигирования, с помощью вакуумного лигатора Karl Storz (Германия). В первую процедуру, которая была проведена 24 сут назад, латексные кольца были наложены на геморроидальные узлы на 3 и 7 часах, во вторую — 12 суток назад — выполнено лигирование геморроидального узла на 11 часах.

В начале лечения пациент был проинформирован о необходимости соблюдения диеты и снижения физических нагрузок на период выполнения лигирования, а также на 30 сут после второй процедуры лигирования. В связи с непредвиденной производственной необходимостью на 7-е сутки после второго лигирования пациенту пришлось нарушить рекомендации по режиму физических нагрузок. После этого он почувствовал позыв к дефекации. Во время опорожнения кишечника пациент испытал головокружение, отметил выделение свежей крови из прямой кишки. Это повторилось трехкратно, и пациент обратился к лечащему врачу.

При поступлении пациента в клинику общее состояние удовлетворительное. АД — 110/80 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 80 уд./мин. Во время аноскопии из прямой кишки выделилась алая кровь со сгустками. При осмотре области внутренних геморроидальных узлов было выявлено выделение крови из области отторжения геморроидального узла на 11 часах. В связи с тем что пациент заранее не готовился к визиту и не опорожнял прямую кишку от каловых масс, их отхождение не позволяло провести какие-либо манипуляции на источнике кровотечения. Диаметр используемого аноскопа SapiMed (Италия) 23 мм не позволял выполнить прошивание дефекта слизистой. В связи с этим было принято решение применить фотокоагуляцию. Но продолжающееся выделение крови не позволяло провести остановку геморроидального кровотечения с должной эффективностью. Было принято решение об использовании баллонного зонда, который был установлен согласно описанной выше методике. После его раздувания

до 80 мм рт. ст. в течение 5–10 с интенсивность кровотечения начала снижаться до полной остановки кровотечения. Кровотокающий дефект стал доступен для коагуляции.

Затем была выполнена обработка источника кровотечения раствором антисептика при помощи тупфера и произведена инфльтрация области кровотечения Sol. Lidocaini 2% 1 мл. После этих манипуляций проведена фотокоагуляция источника кровотечения аппаратом Redfield-Lumatec (США). Выделение крови прекратилось.

При контрольном осмотре пациента через час после процедуры АД — 120/80 мм рт. ст., кожный покров и видимые слизистые бледно-розового цвета. При аноскопии признаков продолжающегося кровотечения не выявлено. Пациенту было разрешено покинуть клинику с рекомендациями по диете и режиму физических нагрузок, а также назначен контрольный осмотр через 10 дней.

При контрольном осмотре пациент не предъявлял жалоб. Кровотечения из прямой кишки отсутствовали. При осмотре кожный покров и видимые слизистые розового цвета. АД — 120/80 мм рт. ст. При аноскопии выявлена площадка отторжения геморроидального узла на 11 часах, белого цвета, без признаков выделения крови. Пациенту были даны рекомендации по дальнейшему режиму физических нагрузок.

ОБСУЖДЕНИЕ

Современное лечение пациентов с геморроем основывается на применении малоинвазивных хирур-

гических методов, наносящих как можно меньшую операционную травму [4–9]. Среди них активно применяется метод лигирования геморроидальных узлов с помощью латексных колец. Лечение данным методом проводится в амбулаторных условиях и имеет низкую частоту осложнений, наиболее частое из которых геморроидальное кровотечение [11, 12]. При развитии осложнений такого характера в условиях поликлиники могут возникнуть трудности с гемостазом, и нередко пациентов госпитализируют в дежурный хирургический стационар.

Представленное клиническое наблюдение показывает, что применение разработанного нами баллонного зонда для временной остановки геморроидальных кровотечений позволяет в кратчайшие сроки выполнить гемостаз в условиях поликлиники. С нашей точки зрения, при малоинвазивном хирургическом лечении геморроя методом латексного лигирования амбулаторные центры должны иметь в своем арсенале подобные устройства. Это позволит с большей эффективностью и быстро выполнить купирование данного осложнения и избежать госпитализации в стационар.

Применение разработанного нами баллонного зонда эффективно для временной остановки геморроидальных кровотечений в амбулаторных условиях, с последующим проведением процедур для его окончательной остановки.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Реклама



МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

ХИРУРГИЧЕСКИЙ БОЛЬНОЙ

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Организаторы конференции:

Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

Общество эндоскопических хирургов России (РОЭХ)

Московское научное общество анестезиологов-реаниматологов (РОО "МНОАР")

Конференция предназначена для специалистов различных специальностей, врачей курирующих хирургических больных: хирурги, анестезиологи-реаниматологи, гинекологи, урологи, онкологи, травматологи, клинические фармакологи, трансфузиологи, терапевты, организаторы здравоохранения, реабилитологи

Основные тематики :

- Хирургический больной. Кто лечит: хирург или команда?
- Хирургический больной: взгляд терапевта.
- Нутритивная поддержка в периоперационном периоде.
- Инфекционные осложнения: кто виноват и что делать?
- Минимизация хирургической агрессии: роль хирурга.
- Минимизация хирургической агрессии: роль анестезиолога-реаниматолога.
- Кровосберегающие технологии в хирургии.
- Периоперационное обезболивание.
- Профилактика венозных тромбозных осложнений.
- Хирургические осложнения: где предел совершенства.

Календарь конференций

- 5 апреля Ижевск
- 19 мая Чебоксары
- 26 мая Великий Новгород
- 2 июня Курск
- 22 сентября Ставрополь
- 20 октября Рязань
- 10 ноября Владикавказ
- 1 декабря Саранск

KST

Конгресс-оператор:
ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, 57
телефон/факс: +7 (495) 722-64-20,
+7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro

Подробности на сайте www.surgicalpatient.ru



КОНГРЕСС МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

ИННОВАЦИИ И ПРАКТИКА

29–30 мая 2018, Москва, Крокус Экспо

Сайт: <https://moscow.surgery>

**12 направлений хирургического профиля.
Мастер-классы. Новые методики.
Зарубежные специалисты**

Основные научные направления

- Экстренная хирургия: проблемы и перспективы
- Плановая абдоминальная хирургия: нерешенные вопросы
- Хирургия толстой и прямой кишки: сложный выбор
- Торакальная хирургия: современные тенденции
- Новые технологии в гнойной хирургии
- Инновации в сосудистой хирургии
- Хирургия грыж передней брюшной стенки
- Стационарзамещающие формы хирургической помощи
- Современные возможности эндоскопических методов лечения
- Непрерывное обучение хирургов в Москве
- Эндокринная и метаболическая хирургия
- Детская хирургия

“ В столице доступны все виды высокотехнологичной медицинской помощи
*Профессор А.И. Хрипун, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы,
Председатель Оргкомитета Конгресса*



**Правительство
Москвы**



**Департамента
здравоохранения
города Москвы**



**Российского
Общества
Хирургов**

Конгресс-оператор:



ООО КСТ Интерфорум
Телефон: +7 (495) 722-64-20
E-mail: mail@interforum.pro



**Боткинская
Больница**
Москва 1910

Сайт: <https://moscow.surgery>
Телефон: +7 (499) 490-03-03
E-mail: mail@moscow.surgery

Реклама



СВЕЖИЙ ПОДХОД

сайт для практикующих
врачей

www.RMJ.ru

Полные тексты статей по заболеваниям, которые лечатся оперативным методом, читайте в разделе «Хирургия».

Сохраняйте заинтересовавшие вас материалы в разделе «Избранное» после регистрации в личном кабинете!