Vansovich V.E., Kotick Yu.M.

Use of "Interceed" as Barrier in the Complex Prevention of Recurrence of Acute Adhesive Intestinal Obstruction

Summary. Intestinal obstruction occurs in 50-75% of patients with adhesive disease, and recurrence of acute adhesive intestinal obstruction ranges from 25 to 30%. Comparing the results of traditional treatment of patients with recurrent acute adhesive intestinal obstruction and original own methods. It is shown that prevention and treatment of relapse of adhesive disease complicated by acute intestinal obstruction by combined use of synthetic material "Interceed» with "Berlition" and "Karsil" as part of postoperative care is reasonable and effective treatment that promotes rapid healing of patients and improve long-term results.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, relapse, prevention, "Interceed".

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.592.7.–002.3–08.454.1

Вільцанюк О.А., Хуторянський М.О.

Клінічна оцінка ефективності застосування сучасних препаратів для місцевого медикаментозного лікування гнійних ран

Кафедра загальної хірургії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. У роботі наводяться результати медикаментозного лікування гнійних ран в залежності від фаз ранового процесу і обґрунтовано доцільність використання препаратів вітчизняного виробництва «Діоксизоль®-Дарниця» та мазь «Метилурацил з мірамістином».

Ключові слова: гнійно-запальні процеси, місцеве лікування, препарат «Діоксизоль®-Дарниця», мазь «Метилурацил з мірамістином».

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Ведення післяопераційного періоду у хворих, прооперованих з приводу гнійно-запальних процесів, залишається актуальною проблемою хірургії [1]. Після проведення оперативного втручання важливе місце займає медикаментозне лікування ран, яке повинно проводитись згідно з фазами перебігу ранового процесу і забезпечувати дію на збудників гнійно-запального процесу, профілактувати приєднання госпітальної інфекції та стимулювати процеси репаративної регенерації в рані [2, 4].

На жаль, стандартів місцевого лікування гнійно-запальних процесів в Україні немає, і місцеве лікування гнійних ран в багатьох випадках здійснюється емпірично. Крім того, лікування проводиться без урахування фаз перебігу ранового процесу [3, 6].

На сьогодні в Україні ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» виробляє препарати для місцевого медикаментозного лікування гнійних ран, в залежності від фаз ранового процесу - «Діоксизоль-Дарниця», «Офлокаїн-Дарниця®», «Нітацид®-Дарниця», «Мірамістин®-Дарниця» для першої фази ранового процесу та оригінальну мазь «Метилурацил з мірамістином», для другої фази ранового процесу.

Мета дослідження – оцінка ефективності застосування препаратів «Діоксизоль®-Дарниця» та «Метилурацил з мірамістином» для місцевого медикаментозного лікування гнійних ран.

Матеріал і методи дослідження

Порівняльна оцінка застосування препаратів «Діоксизоль®-Дарниця» в першій фазі ранового процесу і «Метилурацил з мірамістином» в другій фазі ранового процесу проведена у 85 хворих віком від 19 до 72 р із гнійно-запальними захворюваннями. Хворі були розподілені на дві групи: основну та групу порівняння. У 45 хворих групи порівняння лікування проводили з використанням мазі на гідрофільній основі «Левомеколь», а в основній групі 40 хворих в першій фазі ранового процесу використовували «Діоксизоль®-Дарниця» (препарат містить антисептик діоксидин, місцевий анестетик лідокаїн 6 % та гідрофільну осмотичноактивну основу). У другій фазі ранового процесу в групі порівняння використовували метилурацилову мазь на жировій основі, а в основній групі хворих – мазь «Метилурацил з мірамістином» (препарат містить метилурацил, антисептик мірамістин та помірно осмотичну гідрофільну основу).

В обох групах хворих в післяопераційному періоді при проведенні перев'язок рани промивали антисептиками, після чого, залежно від фази ранового процесу, на ранову поверхню наносили відповідні препарати. Перев'язки хворим обох груп робили один раз на добу. Усі хворі в післяопераційному періоді отримували дезінтоксикаційну та антимікробну терапію парентеральним шляхом. Ефективність місцевого лікування гнійно-запальних процесів вивчали за допомогою загально-клінічних критеріїв, загально-лабораторних та біохімічних показників крові. Динаміку перебігу ранового процесу оцінювали за загальноприйнятими методами [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Після проведеного оперативного втручання у всіх хворих мікробна забрудненість ран складала 10^7-10^8 КУО/г тканини (колонієутворюючих одиниць). При цитологічному дослідженні у хворих обох груп в цитограмах виявлявся тканинний детрит, дегенеративно змінені нейтрофільні лейкоцити з незавершеним фагоцитозом та одиничні еозинофіли, лімфоцити та макрофаги з дегенеративним змінами.

В основній групі хворих через 3 доби після операції зменшувались ознаки інтоксикації, температура тіла нормалізувалась і тільки в окремих випадках у вечірній час відзначалось підвищення температури тіла до 37,2^{0}С. Біль в ділянці рани не турбувала, значно зменшувалась гіперемія шкіри та набряк навколишніх тканин. У ранах з'являлись острівці грануляційної тканини. Забрудненість ран мікроорганізмами зменшувалась до 10^4-10^5 КУО/г тканини. Цитологічні прояви запалення також зменшувались, у мазках-відбитках зменшувалась кількість пошкоджених нейтрофільних гранулоцитів та з'являлись фібробласти у вигляді скупчень.

У групі порівняння загальний стан хворих також покращувався, але зберігався больовий синдром, залишалась підвищеною температура тіла. Набряк та гіперемія тканин, так як і у хворих основної групи, зменшувався. Але, на відміну від основної групи хворих, грануляційна тканина в ранах не виявлялась. Цитологічна картина ранового вмісту у хворих групи порівняння характеризувалась великою кількістю пошкоджених нейтрофілів з незавершеним фагоцитозом. Мікробна забрудненість ран складала 10^6-10^7 КУО/г тканини, що було вище критичного рівня.

Через 5-6 діб після операції в основній групі хворих рани очищались від некротичних тканин, з'являлись яскраво-червоні грануляції. В мазках-відбитках спостерігалось багато скупчень фібробластів, кількість їх збільшувалась, зменшувалась кількість лейкоцитів, що свідчило про регенераторний тип цитограм. Мікробна забрудненість ран була на рівні до 10^2 КУО/г тканини. При цьому на 5-6 добу спостереження покращувались лабораторні показники крові, зменшувався лейкоцитоз та знижувався рівень ШОЕ. Фактично на 5-6 добу завершалась перша фаза ранового процесу, що дозволяло накладати вторинні шви або у випадках, де були протипоказання для закриття рани швами, переходити на лікування рани маззю «Метилурацил з мірамістином». При використанні мазей на поліетиленоксидній гідрофільній основі на 5-6 добу спостереження набряк тканин та

гіперемія шкіри навколо рани також зникали. Грануляційна тканина була блідо-рожевого кольору у вигляді острівців, в окремих випадках вона займала майже всю поверхню ран. У частини хворих спостерігався больовий синдром. Температура тіла в вечірній час піднімалась до 37,2-37,4^{0}С. Репаративні процеси в рані були менш вираженими. В мазках-відбитках спостерігались дегенеративно змінені лейкоцити, були наявні нейтрофіли з незавершеним фагоцитозом, хоча спостерігалась активація фагоцитозу та наявність фібробластів у вигляді скупчень. Мікробна забрудненість ран зменшувалась в порівнянні з попереднім терміном спостереження до 10^3-10^4 КУО/г тканини і тільки на 8-9 добу спостереження процеси репаративної регенерації та наявність зрілої грануляційної тканини дозволяли накладати вторинні шви або використовувати мазі з репаративними властивостями.

Друга фаза ранового процесу в цій групі хворих також мала менш сприятливий перебіг. У трьох випадках були рецидиви гнійної інфекції за рахунок інфікування антибіотикостійкими госпітальними штамами мікроорганізмів. Інтенсифікація процесів репаративного регенерації в рані відбувалась в цілому на 2-3 доби пізніше, ніж у хворих основної групи.

Отримані результати дослідження свідчать, що використання препарату «Діоксизоль®-Дарниця» в першій фазі ранового процесу дозволяє, за рахунок його складу, забезпечити зняття больового синдрому, запобігти резорбції токсинів з ранової поверхні та досягти більш раннього очищення ран від некротичних тканин, швидко, за рахунок антисептика діоксидину, знищити мікроорганізми в рані. Використання мазі «Метилурацил з мірамістином» у другій фазі ранового процесу забезпечує поліпшення метаболізму в клітинах, відбувається стимуляція процесів репаративної регенерації, попереджається вторинне інфікування ранової поверхні антибіотикорезистентними госпітальними штамами мікроорганізмів і тим самим скорочуються терміни перебування хворих в стаціонарі.

Висновки

1. Місцеве застосування препарату «Діоксизоль®-Дарниця» в першій фазі ранового процесу, при лікуванні гнійних ран, забезпечує швидке усунення больового синдрому, сприяє швидкому очищенню ран від некротичних тканин і ранній появі грануляцій, ліквідацію ранової інфекції.

2. У другій фазі ранового процесу використання мазі «Метилурацил з мірамістином» створює умови для профілактики вторинного інфікування ранової поверхні госпітальною мікрофлорою, стимуляції процесів репаративної регенерації, прискорює загоєння ран, скорочує терміни перебування хворих в стаціонарі, завдяки чому досягається значний економічний ефект.

Перспективи подальших досліджень

Отримані позитивні результати при місцевому медикаментозному лікуванні гнійно-запальних процесів м'яких тканин сучасними препаратами вітчизняного виробництва ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» дозволять проводити їх подальше використання для лікування хворих з внутрішньо-очеревинними гнійними ускладненнями, що потребує подальшого вивчення.

Література

1. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: Руководство для врачей / В.К. Гостищев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 768 с.
2. Даценко Б. М. Исследование полиэтиленоксидов для их клинического применения в хронологическом изложении / Б. М. Даценко // Харківська хірургічна школа. – 2009. – №2.1(33). – С.21-27.
3. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция. Практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. – Донецк: Новий світ, 2007. – 512 с.
4. Порівняльне дослідження протимікробних властивостей антисептиків / Мороз В.М., Палій Г.К., Соболєв В.О., Шевчук Н.М., Заріцький О.М. / Вісник Вінницьк. держ. мед. у-ту. – Т.6. – №2. – 2002. – С. 315-320.
5. Теория и практика местного лечения гнойніх ран / [Безугла О.П., Белов С.Г., Гунько В.Г. и др..] ; под ред. Б.М.Даценко. – К.: Здоровя, 1995. – 384 с.
6. Шаповал С.Д. Гнійно-септична хірургія / С.Д. Шаповал. – Запоріжжя : «Орбіта-Ю». – 2007. – 188 с.

Вильцанюк О.А., Хуторянский М.О.

Клиническая оценка эффективности применения современных препаратов для местного медикаментозного лечения гнойных ран

Резюме. В работе приводятся результаты медикаментозного лечения гнойных ран в зависимости от фаз раневого процесса и обоснована целесообразность использования препаратов отечественного производства «Диоксизоль®-Дарница» и мазь «Метилурацил с мирамистином».

Ключевые слова: гнойно-воспалительные процессы, местное лечение, препарат «Диоксизоль®-Дарница», мазь «Метилурацил с мирамистином».

Viltsanuk O.A., Khutoryanskiy M.O.

Clinical Evaluation of the Effectiveness of the Use of Modern Medicines for Local Medicinal Treatment of Purulent Wounds

Summary: The work presents the results of medical treatment of wounds depending on the phases of wound healing and expediency of using domestically produced preparations «Dioxizol-Darnitsa» and ointment «Methyluracil with Myramistin» in the management of postoperative period in patients operated with inflammatory processes. Use of these preparations in the clinic for the complex treatment of inflammatory processes showed their high effectiveness.

Key words: purulent-inflammatory processes, local preparations treatment, preparation «Dioksyzol®-Darnitsa», ointment «Methyluracil with Myramistin».

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616–24.; 616–079

Герич І.Д., Чемерис О.М,, Стояновський І.В

Чи можливий компартмент синдром при опіках кисті?

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Резюме. Проведені дослідження у 70 хворих дозволили встановити, що клініка опікової травми кисті може ускладнюватися розвитком КС. Це зумовлюється взаємним обтяженням термічного і гіпертензійного чинників. Рання алгоритмічна діагностика, яка грунтується на верифікації "тріади ознак КС", дозволяє своєчасно виявити цю патологію при опіках кисті і застосувати відповідні лікувальні заходи.

Ключові слова: опік, кисть, футляри кисті, компартмент синдром.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. На сьогоднішній день компартмент-синдром (КС) у комбустіології залишається поза межами уваги [1]. КС виникає внаслідок підвищення тиску всередині фасціальних футлярів, що призводить до феномену вазоконстрікції, критичного зменшення перфузії в м'язових і нервових внутрішньофасціальних структурах і виявляється типовою клінічною тріадою – набряком ураженого сегмента, болем і глибоким порушенням чутливості [2,3,4].

Зазначена клінічна симптоматика КС виявляється при травматичних ураженнях опорно-рухового апарату, в тому числі – при термічній травмі кисті [3,4,6]. За таких обставин закономірно виникає запитання: "Яку роль відіграє КС у формуванні клінічної