

*Е. Н. Аккалиев*

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК  
г. Алматы

## ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ РАН В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

### АННОТАЦИЯ

Приведены результаты лечения гнойных ран комбинированным методом: хирургическое лечение, традиционное антибактериальное лечение и хлорофиллипт внутривенно капельно и местно. Применение этого метода способствует значительному сокращению сроков заживления гнойных ран, снижению пребывания на больничном листе, предотвращает значительный экономический ущерб.

**Ключевые слова:** гнойная рана, абсцесс, флегмона, сухожильный панариций, комбинированное лечение, хлорофиллипт.

**П**роблема лечения гнойных ран остается на сегодняшний день одной из актуальных в хирургии. Количество больных с данной патологией по-прежнему не уменьшается. Нагноение ран составляет 11-62,2 % в структуре госпитальной инфекции в хирургической клинике [1,2]. Главными принципами профилактики развития раневой инфекции является предупреждение микробного загрязнения ран, раннее и систематическое применение антимикробных препаратов широкого спектра действия, нормализация общезиологической, иммунологической реактивности организма [3].

Важным показателем, определяющим эффективность лечения гнойных инфекций мягких тканей и влияющим на работоспособность и качество жизни больных, является срок полного заживления раны. Наличие гнойного отделяемого и сроки появления грануляций служат одними из показателей, наиболее четко отражающих динамику местного процесса при гнойных инфекциях местных тканей [4].

В современных условиях актуальность проблемы эффективности лечения гнойных инфекций мягких тканей возрастает вследствие развития резистентности большинства штаммов к антибиотикам и антисептикам [5]. Антиби-

отикорезистентность резко снижает эффективность традиционных способов лечения, требует постоянного обновления арсенала лекарственных средств и применения сложных и дорогостоящих методик лечения [6]. Следует определить особенности заживления гнойных ран при выполнении комбинированного лечения с хлорофиллиптом.

В хирургическом кабинете поликлиники ЦКБ МЦ УДП РК пролечено 30 пациента (18 мужчин и 12 женщин), обратившихся с гнойными ранами мягких тканей. Возраст пациентов варьировал от 32 до 68 лет. Абсцессы диаметром до 3-4 см локализовывались на верхних и нижних конечностях у 12 пациентов, флегмоны диаметром до 5-6 см – на верхних и нижних конечностях у 6 пациентов, панариции сухожильные – у 12 пациентов. Все больные были разделены на 2 группы по 15 чел., сопоставимые между собой по половозрастному составу и проявлениям основного заболевания:

- 1) основная группа – хирургическое лечение гнойных ран и комбинированный метод антибактериального лечения с хлорофиллиптом;
- 2) контрольная группа – хирургическое лечение гнойных ран и традиционное антибактериальное лечение.

Пациентам проводилось предоперационное клинико-лабораторное обследование, включая: определение сахара в крови, показателей свертываемости крови, ЭКГ, флюорографию. Течение раневого процесса оценивалось по следующим критериям: самочувствие больного, интенсивность симптомов воспаления, температурная реакция тела, лабораторное исследование крови (лейкоцитоз, СОЭ). Проводилось также бактериологическое исследование раны на идентификацию возбудителя инфекции и его чувствительность к антибиотикам. Судя по результатам исследования, в гнойных ранах различного генеза преобладали в основном грамположительные бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*) – 80-86 %, чувствительные к полусинтетическим антибиотикам (цефазолин) и аминогликозидам (гентамицин). Доля грамотрицательных микробов (*Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*), чувствительных к аминогликозидам, составляла 8-9 %.

Главный метод лечения гнойных ран у пациентов обеих групп заключался в хирургической обработке, а именно: вскрытие гнояника; иссечение нежизнеспособных тканей; активное дренирование и раннее закрытие раневой поверхности. Кроме того, пациентам назначалась антибактериальная терапия с учетом чувствительности. При этом больные основной группы получали стандартное лечение, комбинированное с хлорофиллиптом. Хлорофиллипт – сложное органическое соединение, содержащее смесь хлорофиллов из листьев эвкалипта, обладает антибактериальной активностью. Препарат активен в отношении антибиотикоустойчивых стафилококков, его можно применять вовнутрь, внутривенно, местно.

Пациентам основной группы, наряду с антибактериальным препаратом, назначали внутривенно 2 мл 0,25 %-ного раствора хлорофиллипта, предварительно разведенного в 38 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида, в течение 4-5 дней. Местно применяли 1 %-ный спиртовой раствор в разведении 1:5 в 0,25 %-ном растворе новокаина. Курс лечения 5-7 ежедневных аппликаций. Перед применением препарата определяли чувствительность к нему. С этой целью больному дают 25 капель препарата, растворенного в одной столовой ложке воды. При отсутствии через 6-8 ч признаков аллергии (отечность губ, слизистой зева и др.) хлорофиллипт можно приме-

нять. Были проанализированы сроки заживления и купирования основных симптомов на фоне традиционной и комбинированной терапии.

Установлено, что при полной хирургической обработке гнойных ран состав микрофлоры существенно менялся в сторону уменьшения бактериальной обсемененности ран. Для оценки эффективности лечения у пациентов обеих групп определяли динамику местного процесса: сроки очищения раны от гнойного отделяемого и сроки появления грануляций.

Сроки прекращения гнойного отделяемого у больных основной группы при применении комбинированной терапии с хлорофиллиптом сокращались почти вдвое и составили в среднем 5-6 дней, тогда как в контрольной группе – 7-10 дней. С другой стороны, сроки появления грануляций при применении хлорофиллипта сокращались в меньшей степени. Причем более выраженными различия были при относительно малораспространенных формах гнойных инфекций мягких тканей. Так, в основной группе появление грануляционной ткани отмечали на 7-8-й день у пациентов с сухожильными панарициями и абсцессами, и на 10-12-й день – с флегмонами, в контрольной группе – на 10-12-й и 15-16-й день соответственно.

У пациентов основной группы регистрировалось сокращение и сроков полного заживления раны, которые составили в среднем 15-16 дней, а в контрольной группе – 20-21 день. Для определения клеточного состава отделяемого раны в динамике в зависимости от проводимого лечения проводили цитологическую диагностику до начала лечения и на 7-е сутки, характеристика которого представлена в таблице.

Следует отметить, что цитологическая характеристика отделяемого имела существенную зависимость от проводимого лечения. Так, в основной группе при применении хлорофиллипта в отделяемом в большей степени уменьшилось содержание детрита, нейтрофилов, а содержание фибробластов, полибластов, макрофагов и клеток эндотелия повысилось значительно в сравнении с контрольной группой.

Таким образом, характеристика отделяемого раны при применении хлорофиллипта у больных с гнойными инфекциями мягких тканей подтверждает существенно более быстрое развитие положительной динамики у больных, получающих комбинированное лечение с хлорофиллиптом. Полученные данные могут счи-

**Цитологическая характеристика отделяемого раны в динамике  
в зависимости от проводимого лечения, %**

Показатель	Традиционная терапия		Хлорофиллипт	
	исход	7-е сутки	исход	7-е сутки
Детрит	8,7±2,8	7,9±2,7	10,4±3,1	4,7±2,1
Нейтрофилы	88,9±3,1	82,5±3,8	88,0±3,2	75,2±4,3*
Эозинофилы	0,5±0,5	2,6±1,6	0,4±0,4	1,4±1,2
Плазмоциты	0,2±0,2	0,2±0,2	0,1±0,1	0,4±0,4
Лимфоциты	0,5±0,5	1,5±1,2	0,4±0,4	0,7±0,7
Моноциты	0,1±0,1	1,6±1,3	0	2,9±1,7
Многоядерные клетки	0,3±0,3	0,1±0,1	0,1±0,1	0,2±0,2
Фибробласты	0,5±0,5	1,1±1,0	0,3±0,3	5,3±2,2*
Полибласты	0	1,7±1,3	0	4,6±2,1*
Макрофаги	0,2±0,2	0,6±0,6	0,1±0,1	2,3±1,5
Эндотелий	0,1±0,1	0,1±0,1	0,2±0,2	1,3±1,1
Эпителий	0	0,1±0,1	0	1,0±1,0

таться основанием для применения данного метода, который способствует значительному сокращению сроков заживления гнойных ран,

снижению пребывания на больничном листе, предотвращает значительный экономический ущерб.

### ЛИТЕРАТУРА

- 1 Блатун А. Флегмоны и абсцессы – современные возможности лечения // Леч. врач. – 2002. – № 1, 2. – С. 30-40.
- 2 Бульнин В. И., Глухов А. А., Мошуров И. П. Лечение ран. – Воронеж: Воронеж. гос. ун-т, 1998. – 248 с.
- 3 Гаркави А. В., Елисеев Е. Т. Раны и раневая инфекция. Ч. 2. Раневая инфекция, ее профилактика и лечение // Мед. помощь. – 2000. – № 5. – С. 3-7.
- 4 Мельников В. В. Комплексное лечение больных с гнойными ранами: автореф. дис. д.м.н. - М., 2005. – 137 с.
- 5 Холубкевич Ю. П., Бачманов А. Е., Родионов О. В. и др. Новые подходы к лечению гнойных ран // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2007. – № 102. – С. 25-27.
- 6 Bergemann R., Lauterbach K. W., Vanscheidt W. et al. Economic evaluation of the treatment of chronic wounds: hydroactive wound dressings in combination with enzymatic ointment versus gauze dressings in patients with pressure ulcer and venous leg ulcer in Germany // Pharmacoeconomics. – 1999. – Vol.16, № 4. – P. 367-377.

### ТҮЙІН

Бұл мақалада іріңді жараларды біріктірілген әдіспен емдеу нәтижелері келтірілген: хирургиялық емдеу, дәстүрлі антибактериялық емдеу және хлорофиллипты тамыр ішіне тамшылап құю және жергілікті. Бұл әдісті қолдану іріңді жаралардың жазылуының мерзімін азайтуға, уақытша еңбекке жарамсыздық парағының уақытын азайтуға, экономикалық залалдың алдын алуға көмектеседі.

**Түйінді сөздер:** іріңді жара, абсцесс, флегмона, сіңірлік күбіртке, біріктірілген емдеу, хлорофиллипт.

### SUMMARY

This article provides the results of treatment of purulent wounds by combined method: surgical treatment, traditional antibacterial treatment, and chlorofylliptum injected intravenously and applied topically. This method allows to significantly reduce the term of healing of purulent wounds, reduces the sick leave duration, and prevents significant economic loss.

**Key words:** purulent wound, abscess, phlegmon, thecal whitlow, combined treatment, chlorofylliptum.