

О.А. Буслаев, И.А. Ильин, И.В. Астапенко, М.А. Бобров

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БАНЕОЦИН В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН, ОЖОГОВ И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Центральная районная больница (Шелехов)

Инфицированные раны, ожоги и трофические язвы занимают ведущее место в структуре патологии общехирургического отделения. Большое значение в сроках реабилитации и прогнозе у больных данными заболеваниями играет правильно подобранная местная терапия. В статье представлен метод лечения инфицированных ран, ожогов, трофических язв с использованием препарата Банеоцин. Результатом сравнительного исследования явились данные о высокой клинической эффективности Банеоцина, что нашло отражение в более быстром переходе раневого процесса во вторую фазу, и, соответственно, в сокращении сроков пребывания в стационаре.

Ключевые слова: хирургия, инфицированные раны, лечение

APPLICATION OF BANEOTSIN IN TREATMENT OF INFECTED WOUNDS, BURNS AND TROPHIC ULCERS

O.A. Buslayev, I.A. Ilyin, I.V. Astapenko, M.A. Bobrov

Central Regional Hospital, Shelekhov

Infected wounds, burns and trophic ulcers take major part in the structure of pathology in general surgery unit. Properly chosen local therapy is of great significance for the terms of rehabilitation and prognosis for the patients with these diseases. The article describes the method of treatment of infected wounds, burns and trophic ulcers with application of Baneotsin. The results of comparative study testify to high clinical efficacy of Baneotsin. This was expressed in quicker transition of the wound process to the second stage and correspondingly in reducing of stay in the hospital.

Key words: surgery, infected wounds, treatment

ВВЕДЕНИЕ

Инфицированные раны и ожоги различной этиологии и локализации занимают значительное место в структуре заболеваний общехирургического отделения, а их лечение подчас представляет значительные трудности. В общепринятом комплексе лечебных мероприятий, включающих применение системной фармакотерапии, хирургической коррекции, физиотерапевтических процедур особую роль играет местное лечение. Его основной задачей является тщательная санация и полное заживление раны. С этой целью применяют различные местные фармакологические лекарственные средства, современные раневые покрытия или готовые повязки с лечебными свойствами, соответствующими стадиям раневого процесса.

За последние 50 лет число препаратов для местного лечения существенно увеличилось, но сроки заживления ран у большинства пациентов в среднем составляют около 2–3 месяцев, у ряда больных они не заживают годами, высока частота рецидивов (трофические язвы) [3, 4]. Недостаточная эффективность применяемых в настоящее время лекарственных средств и методов обусловлена, с одной стороны, невозможностью в ряде случаев устранить основную причину, с другой стороны — следствием применения устаревших лекарственных препаратов и длительным применением широко известных лекарственных средств [1, 2]. Практика показывает, что применение тра-

диционных лекарственных средств с односторонним действием часто оказывается неэффективным. Например, гипертонический раствор способствует оттоку экссудата, раствор диоксида или левомеколь оказывают антимикробное действие и осмолярный эффект, ферменты — некротическое действие. Таким образом, изолированное применение одного из вышеперечисленных препаратов не может в полной мере привести к достижению эффекта [2].

Кроме того, залогом успеха местной терапии ран является дифференцированный подход к выбору тактики лечения. Так, местные лекарственные средства на первой стадии течения раневого процесса должны способствовать удалению избыточного экссудата, очищать от гноя и некротических тканей при одновременном подавлении микрофлоры и стимуляции репаративных процессов. Во второй-третьей стадии раневого процесса (развитие грануляционной ткани и эпителизации) препараты должны защищать раневую поверхность от вторичного инфицирования и стимулировать процессы репарации. Помимо этого, хирург должен учитывать эстетические моменты последствия гнойных ран, т.е. всегда стремиться получить в исходе минимальные рубцовые изменения кожи.

Наряду с хорошо известными препаратами многоцелевого действия (гели, мази, пены, аэрозоли) для лечения гнойных ран, инфицированных ожогов и профилактики раневой инфекции в пос-

леднее время хорошо зарекомендовал себя комбинированный антимикробный препарат Банеоцин австрийской фармацевтической компании «Биохеми», успешно применяющийся в странах Западной Европы с середины 80-х годов. В России Банеоцин применяется в течение 7 лет. В состав препарата входят два бактерицидных антибиотика — бацитрацин и неомицин с синергичным действием. Комбинированное воздействие двух местных антибиотиков обеспечивает широкий антимикробный спектр, в который не попадают только псевдомонады, нокардии, грибы и вирусы.

Обычно бацитрацин и неомицин не назначаются для системной терапии. Местное применение Банеоцина в значительной степени снижает риск сенсibilизации, что свойственно системному применению антибиотиков. Банеоцин хорошо переносится, в зарубежных исследованиях переносимость препарата оценивается как отличная, инактивация биологическими продуктами, тканевыми компонентами и кровью не отмечается.

Две формы выпуска Банеоцина позволяют применять его последовательно для лечения различных стадий раневого процесса. Банеоцин в виде порошка содержит помимо антибиотиков кукурузный крахмал, обладающий адсорбирующим действием.

В первую фазу течения раневого процесса применение Банеоцина в форме порошка обеспечивает:

- активное поглощение раневого экссудата;
- осушение раны, обеспечение дренажа из раны (в течение 5 часов);
- образование защитного антибактериального слоя.

Для последовательной терапии второй фазы раневого процесса наряду с порошком может быть использована форма в виде мази, основой которой является ланолин и парафин.

В третьей фазе для организации рубца и эпителизации уместно использовать мазь Банеоцин, которая защищает эпителий от повреждения и способствует ускорению эпителизации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе хирургического отделения Шелеховской центральной районной больницы была проведена апробация препарата Банеоцин в лечении гнойно-воспалительных процессов различной этиологии и локализации у 50 взрослых пациентов. Организовано проспективное когортное исследование (все поступившие в течение 3-х месяцев больные с соответствующей патологией) со случайным отбором в опытную либо контрольную группу, при этом у всех пациентов было получено информированное согласие на участие в эксперименте.

Целью исследования явилось изучение влияния Банеоцина на очищение раневой поверхности от гноя и некротических тканей, течение репаративных процессов, скорость заживления, эффективности его применения на разных стадиях раневого процесса.

Раны, ожоги, трофические язвы располагались преимущественно на конечностях, пролежни — на крестцовой и ягодичной областях. Соотношение ран и язв составило 4 : 1. Длительность заболевания варьировала от одного дня до 2-х месяцев. В клинической картине преобладали признаки воспаления, присутствовали фибринозный налет, некротизированные ткани и выраженная экссудация, местами имела краевая эпителизация и вялые грануляции, периферический целлюлит, дерматит.

В группу сравнения были также включены 50 больных, при этом основная группа и группа сравнения были идентичны по возрастному-половому составу. Клиническую эффективность оценивали путем визуального контроля раневой поверхности по изменению ее площади, глубины и степени заживления.

ПРИМЕНЕННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ

Для терапии преимущественно использовался порошок Банеоцин (2—3 раза в день), который наносился при перевязках бесконтактным методом. Системная терапия, как в основной группе, так и в группе сравнения проводилась с применением сосудистых препаратов (пентоксифиллин, детралекс) и антибиотиков (цефалоспорины 1—2 поколения) и не имела существенных различий. Местная терапия в группе сравнения проводилась препаратами левомеколь, диоксиколь, повидон.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования эффективности препарата Банеоцин представлены на рис. 1.

На данном рисунке представлена более высокая эффективность Банеоцина в лечении инфицированных ран, ожогов и трофических язв по сравнению со стандартной терапией, применяемой у больных контрольной группы. Прежде всего, это находит отражение в сокращении сроков пребывания больных в стационаре за счет более раннего перехода воспаления во вторую стадию. Также в результате проведенного исследования отмечено положительное влияние Банеоцина на репаративные процессы у всех пациентов. Раневая поверхность быстро очищалась от фибрина и некротических тканей, которые размягчались, приобретали гелеобразную консистенцию, легко удаляемую при туалете язвенной поверхности. По мере очищения процессы воспаления в ране регрессировали, о чем свидетельствовало уменьшение экссудации и изменение характера отделяемого с серозно-гнойного до прозрачного серозного.

Нами также была проведена оценка клинической эффективности препарата на основании состояния раневой поверхности к моменту выписки больного из стационара. Эффективность оценивалась как отличная при полной эпителизации раневой поверхности и хорошая при наличии чистой раневой поверхности с сочными грануляциями и краевой эпителизацией. У пациентов, получавших Банеоцин, в 65,9 % случаев эффективность была расценена как «отличная» и в

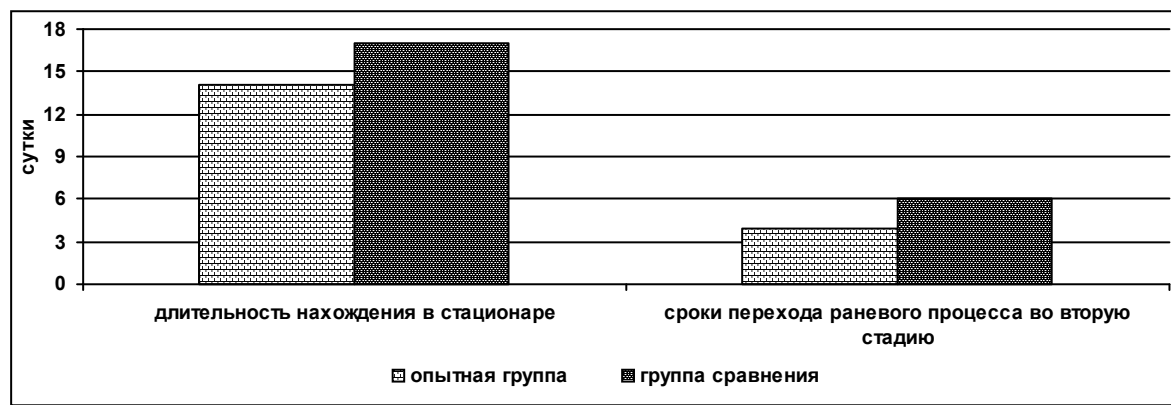


Рис. 1. Эффективность применения Банеоцина в лечении инфицированных ран, ожогов и трофических язв (сутки).

31,8 % случаев как хорошая. В одном случае потребовалась отмена препарата по причине индивидуальной непереносимости (аллергический дерматит). У остальных больных переносимость Банеоцина была хорошей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного исследования можно утверждать о более высокой клинической эффективности Банеоцина при лечении инфицированных ран, ожогов и трофических язв по сравнению со стандартной терапией. Относительно небольшой клинический опыт не дает нам основания делать окончательные выводы обо всех возможных вариантах использования Банеоцина, однако, уникальный состав препарата, удобная форма выпуска, возможность последовательного ис-

пользования на разных стадиях раневого процесса позволяют рекомендовать Банеоцин для широкого внедрения в повседневную практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А. Гнойная хирургия / Г.А. Баиров, Л.М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 78 с.
2. Богданец Л.И. Местное лечение венозных трофических язв / Л.И. Богданец, А.И. Кириенко, Е.А. Алексеева // Гедеон Рихтер в СНГ. — 2000. — № 2. — С. 58—60.
3. Вин Ф. Трофические язвы нижних конечностей / Ф. Вин // Флебология. — 1998. — № 7. — С. 10—21.
4. Сащикова В.Г. Профилактика и лечение трофических язв нижних конечностей / В.Г. Сащикова. — СПб.: Гиппократ, 1995. — 96 с.