

ределенное гравиметрическим методом, составляет 0,22 %. Изучение качественного состава листьев Какалии методами специфических реакций и хроматографии показало наличие флавоноидов (кверцетин, кемпферол), дубильных веществ, органических кислот (винная, лимонная, яблочная, пировиноградная, янтарная, щавелевая, аскорбиновая) и фенолокислот (галловая, хлорогеновая, кофейная), кумаринов (умбеллиферон, скополетин, эскулетин), тритерпеновых соединений (олеаноловая кислота), полисахаридов, каротиноидов, хлорофиллов. Общее содержание флавоноидов составило 1,9 % (в пересчете на рутин), 0,224 % (в пересчете на кверцетин); дубильных веществ — 8,4 %; органических кислот — до 13 % (в пересчете на яблочную кислоту); аскорбиновой кислоты — 1,5 %; каротиноидов — 450 мг. Изучено содержание микроэлементов в золе листьев Какалии. Установлено, что Какалия является накопителем марганца, железа, кобальта, кремния. По содержанию кремния Какалию можно отнести к накопителю этого элемента, что немаловажно для обоснования выраженного, стимулирующего заживление ран, эффекта.

Получен сухой экстракт из листьев Какалии копьевидной, представляющий сумму экстрактивных веществ из данного растения. Впервые раз-

работан и предложен способ получения средства, обладающего противовоспалительным действием (патент на изобретение № 2206333) из данного растения. На основе этого средства получен 5% линимент Какалии копьевидной. Установлено, что 5% линимент Какалии копьевидной обладает выраженным ранозаживляющим действием при раневых повреждениях кожи, способствуя заживлению их в более ранние сроки. Выявлено, что экстракт Какалии копьевидной обладает выраженным противовоспалительным, бактериостатическим, спазмолитическим, антиоксидантным, мембраностабилизирующим и стимулирующим регенерацию действием. Определен механизм ранозаживляющего действия 5% линимента Какалии копьевидной, заключающийся в ингибировании процессов перекисного окисления липидов и стимулировании пролиферативно-репаративных процессов в соединительной ткани соединениями кремния, содержащихся в данном средстве. Экспериментально обоснована возможность применения 5% линимента Какалии копьевидной при ранах и ожогах в клинической практике. Какалия копьевидная заслуживает дальнейшего фармакологического и клинического исследования, поскольку естественные запасы данного растения значительны и производство рентабельно.

Л.А. Блатун

СОВРЕМЕННЫЕ ЙОДОФОРЫ – ЭФФЕКТИВНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН (Москва)

Традиционная стратегия профилактики и лечения инфекционных осложнений в стационарах в основном базируется на широком использовании системной антибактериальной терапии. Несомненно, внедрение в клиническую практику новых групп антибактериальных препаратов позволяет врачам расширять объем оперативных вмешательств, более смело выполнять операции у больных с множеством сопутствующих заболеваний. Однако, частота развития послеоперационных инфекционных осложнений даже при плановых оперативных вмешательствах составляет в среднем по стране 6,5 %.

Летальность в этой группе больных достигает 12 % после выполнения плановых операций и 27 % — после экстренных вмешательств, что во многих случаях обусловлено снижением активности традиционных антибактериальных препаратов вследствие распространения резистентных микроорганизмов, недостаточной способностью антибиотика проникать в ткани гнойного очага.

Частота сепсиса при острых гнойных хирургических заболеваниях, травмах, в результате гнойных осложнений после операций возрастает, а летальность остается на уровне 30 — 40 %. Все чаще наблюдается переход острых гнойных процессов в хронические. Существенно удлинились сроки лечения больных с этими заболеваниями. У 30 % хирургических больных в послеоперационном периоде развиваются инфекционные осложнения различной локализации (область операционного разреза, органы дыхания, органы мочевыводящей системы). Чрезвычайно актуальна проблема реинфицирования раневых поверхностей госпитальными штаммами с рук медперсонала, постельного белья, шовного и перевязочного материала в группах больных в отделениях интенсивной терапии, в группах больных с ограниченными возможностями передвижения (после инсультов, с параличами различного генеза и др.). Гнойные осложнения в области хирургического разреза регистрируются в 33 — 38 %, в 0,6 — 2 % —

инфекции кровотока, в 2 % — пролежни. Сроки их пребывания в стационаре увеличиваются на 15–18 дней. В структуре внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах частота постинъекционных инфекций в стационарах достигает 20 %, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях — 76,5 %. Инфицированные кожные покровы в месте введения сосудистого катетера являются наиболее частым источником колонизации и инфекции при нахождении катетера в сосуде в период до 10 дней. В США в год регистрируется около 400 тысяч катетер-ассоциированных инфекций.

Изменилась этиологическая структура многих инфекционных заболеваний, возросла роль грамотрицательной микрофлоры, стафилококка и условно патогенных микроорганизмов. Частота выделения патогенных стафилококков из ран составляет 76,7 %. В 83 % случаев нагноение ран после операций на брюшной полости обусловлено *Ps. aeruginosa*, *Proteus sp.*, *E. Coli*. В посттравматических ранах доминируют микробные ассоциации стафилококка с грамотрицательной флорой (37 %), среди которых ассоциации грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов: *E. coli* — в 28,2 %, *Ps. aeruginosa* — в 13,9 %. При хронических гнойных процессах в ранах чаще всего встречается *Ps. aeruginosa*. Палочка сине-зеленого гноя является причиной 20–80 % всех смертельных исходов в детских отделениях, пульмонологических центрах, гинекологических и ожоговых стационарах. Поливалентная микрофлора (от четырех и более микроорганизмов) с преобладанием анаэробного компонента выявляется в группе больных с перитонитом, диабетической, атеросклеротической гангреной стопы, обширными и глубокими пролежнями. При посттравматическом остеомиелите с инфекцией мягких тканей в 10 раз чаще встречаются анаэробы, чем аэробы. Сегодня мы являемся сви-

детелями интенсивного процесса формирования устойчивости проблемных микроорганизмов к применяемым антибиотикам. Более 80 % стафилококков устойчивы к пенициллину, полусинтетическим пенициллинам, некоторым цефалоспорином первого-второго поколений, отмечается появление большого количества метициллин-резистентного стафилококка у больных в различных стационарах. Грамотрицательная флора в 70–80 % случаев устойчива к гентамицину, карбенициллину и чувствительна к полимиксину, амикацину и нетилмицину. Неклостридиальные анаэробные микроорганизмы сохраняют свою чувствительность к имипенему, метронидазолу и клиндамицину. Многие антисептические средства, предназначенные для обработки операционного поля, рук хирурга, кожи перед инъекциями, введением сосудистых катетеров, локтевых сгибов перед пункцией сосудов не всегда обеспечивают надежную стерильности. Госпитальные штаммы микроорганизмов устойчивы к традиционным антисептикам (фурациллину, водному раствору хлоргексидина, раствору калия перманганата). Так, например, в растворе фурациллина *Ps. aeruginosa* сохраняется в количестве 10^6 КОЕ/мл. Частота выделения клинически устойчивых к фурациллину *Staphylococcus spp.*, *Pseudomonas spp.* среди контаминантов антисептических средств составляет $89,6 \pm 2,7$ и $100,0 \pm 0,8$ %. Постоянную угрозу реинфицирования раневой поверхности госпитальными микроорганизмами в течение столь длительного периода пребывания больного в стационаре невозможно сдерживать только системной антибактериальной терапией и устаревшими, традиционными малоэффективными антисептиками. Наиболее перспективный выход из сложившейся ситуации виден в активном внедрении в каждый стационар новых антисептиков, новых перевязочных средств, позволяющих не только пре-

Таблица 1

Клинико-лабораторная эффективность повидон-йода при лечении больных с гнойными процессами кожи и мягких тканей

Группы больных	Число больных	Эффективность	
		клиническая	бактериологическая
Острые гнойные заболевания мягких тканей (флегмоны, абсцессы)	64	90,6	93,7
Посттравматические гнойные раны	77	92,2	88,3
Послеоперационные гнойные ран	48	91,6	95,8
Хронический остеомиелит	38	89,5	94,7
Трофические язвы	56	92,8	89,3
«Диабетическая стопа»	96	91,6	85,4
Пролежни	12	83,3	75

дупреждать развитие инфекционного процесса в ране, но и быть постоянным барьером на пути распространения внутрибольничной инфекции. Широкие возможности для успешного лечения ран, профилактики гнойных осложнений, как в ургентной, так и плановой хирургии, травматологии, комбустиологии появились с внедрением в клиническую практику новой группы антисептиков — йодофоров, среди которых наибольшее распространение получил в последние 10 лет повидон-йод. Комплексное соединение йода с поливинилпирролидоном высокоактивно в отношении грамположительных, грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов и простейших. Наличие нескольких лекарственных форм (раствор, мазь, пена) позволило использовать повидон-йод

в комплексном лечении 391 больного на разных этапах лечения больных с гнойными заболеваниями, как с лечебной, так и профилактической целью. Независимо от интенсивности использования повидон-йода в стационаре, на протяжении многих лет сохраняется высокая клиническая и бактериологическая эффективность (табл. 1).

Своевременное включение в комплексное лечение повидон-йода (раствор, мазь, пена) позволяет в большинстве случаев предупредить нагноение послеоперационных ран, в короткие сроки купировать клинические признаки нагноительного процесса и в 2–3 раза сократить показания к назначению дорогостоящих антибиотиков широкого спектра действия, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Ю.А. Бельков, И.В. Шуликовская, С.А. Кыштым, Э.В. Шинкевич, А.Г. Макеев

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ КОЖИ

*ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

Нами проведен анализ лечения 42 пациентов с сочетанной лимфовеенозной недостаточностью нижних конечностей при рецидивирующем рожистом воспалении кожи, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии Иркутской государственной ордена «Знак Почета» областной клинической больницы с 2000 по 2005 гг.

Алгоритм диагностики базировался на основании данных анамнеза, физикального осмотра, дуплексного сканирования венозного кровотока нижних конечностей с проведением функциональных проб в горизонтальном и вертикальном положении больного. Тактический подход к лечению данных пациентов позволил выделить 2 клинические группы. Первая — 30 (71,4 %) больных, у которых хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей была ведущим симптомом на фоне варикозной болезни с целлюлитом и дерматитом. В данной группе пациентов выполнялись двухэтапные (1 этап — устранение вертикального веновенозного сброса в пределах неизменной трофики кожи, 2 этап — субфасциальное разобщение перфорантов и удаление варикозных вен), либо одноэтапные операции с субфасциальной диссекцией перфорантных вен из минимизированного доступа. Вторая группа — 12 (28,6 %) больных, у которых лимфатическая недостаточность с целлюлитом и частыми рецидивами рожистого воспаления

кожи были основным симптомокомплексом. Хирургическое лечение варикозной болезни в этой группе определяли строго по индивидуальным показаниям. Всем пациентам проводилась комплексная терапия. В предоперационном периоде наряду с местным лечением трофических нарушений кожи, лазеротерапией, больным назначались противовоспалительные и антигистаминные препараты, ангиопротекторы, флеботоники, антиагреганты, витамины. Пациентам с выраженными воспалительными проявлениями проводили курсы ультрафиолетового, лазерного облучения крови. В обязательном порядке осуществлялась эластичная компрессия нижних конечностей. На фоне проводимой терапии применялись и физиотерапевтические процедуры. Предоперационный период обычно составлял 5–7 суток. Далее выполнялась стандартная флебэктомия в пределах здоровых тканей с субфасциальной диссекцией перфорантных вен из мини-доступа.

Таким образом, лечение хронической декомпенсированной лимфовеенозной недостаточности нижних конечностей должно быть комплексным и индивидуальным, включающим в себя консервативные и хирургические методы. Обязательным компонентом лечения данной категории больных является постоянная эластичная компрессия нижних конечностей и периодические курсы физиолечения.