

привлекают растительные средства, обладающие малой токсичностью и отсутствием отрицательных побочных эффектов при длительном применении.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение фармакотерапевтической эффективности применения мягкой лекарственной формы на основе пихтового масла при длительно незаживающих трофических язвах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были изучены результаты лечения длительно незаживающих трофических язв, различной этиологии у 106 больных. Мужчин было 30 (28,4 %), женщин — 76 (71,6 %). С целью оценки динамики заживления ран на 3, 7, 14 и 21 сутки определяли площадь язвенно-раневой поверхности планиметрическим методом, а также определяли индекс капиллярной асимметрии. В качестве контроля использовали мазь «календула».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мазь на основе пихтового масла во всех исследованных концентрациях оказывала ранозаживляющее действие, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение площади язвенно-раневой поверхности.

При этом наиболее выраженный фармакотерапевтический эффект установлен при использовании 5 и 10 % мази пихтового масла. Так, на 3, 7, 14 и 21 сутки отмечено уменьшение язвенно-раневого дефекта на 3,6 и 3,8 %; 30,4 и 30,7 %; 39,4 и 40 %; 59,0 и 61,0 % соответственно.

Язвенно-раневые дефекты при лечении мазью «календула» оставались больше в размерах в отличие от таковых при лечении 10 % мазью на основе пихтового масла почти на 0,1; 8,5; 10,2 и 10,3 %. На 28 сутки исследования на фоне применения 5 и 10% мази пихтового масла отмечалось полное закрытие язвенно-раневых дефектов кожи, тогда как при использовании 2% мази пихтового масла и мази «календула» оставались еще незажившие раневые поверхности.

При гистологическом исследовании выявлено, что у пациентов контрольной группы на 21 сутки не происходило полной эпителизации раневого дефекта. Язвенный дефект был заполнен новообразованной соединительной тканью, которая состояла из коллагеновых волокон, фибробластов, а также отмечались клетки гематогенного происхождения, главным образом, полиморфно-ядерные лейкоциты.

При использовании 5 и 10% мази на основе пихтового масла на 21 сутки отмечались признаки активного заживления язв, выражавшиеся в формировании довольно зрелой грануляционной ткани и нарастании эпителия от краев к центру раны. Грануляционная ткань состояла из коллагеновых волокон, между которыми находились фибробласты, при этом было много вновь образованных кровеносных сосудов, значительно меньше круглоклеточных элементов, чем в контрольной группе.

При применении препарата сравнения мази «календула» также на 21 сутки отмечалась зрелая грануляционная ткань, встречались участки регенерирующей ткани, где коллагеновые волокна располагались параллельными переплетающимися пучками, между фибробластами. Во всех случаях заживление дефекта кожи происходило путем вторичного натяжения с образованием рубца. Скорость эпителизации язвенно-раневого дефекта, а также сроки наступления конечной стадии заживления раны были различными в зависимости от применяемых для лечения лекарственных средств. Из испытуемых средств более выраженным ранозаживляющим действием обладали 5 и 10 % мазь пихтового масла, при использовании которых происходило ускорение формирования зрелой грануляционной ткани и превращение ее в рубцовую ткань.

ВЫВОД

Мягкая лекарственная форма в виде 10% мази пихтового масла обладает выраженной фармакотерапевтической эффективностью при язвенно-раневых повреждениях, стимулируя их заживление в более ранние сроки.

Е.А. Поддубный, Ю.В. Феоктистова

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИНФУЗИИ НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

*ГУЗ «Краевой клинический центр охраны материнства и детства» (г. Владивосток)
ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)*

Фармакокинетика является одним из критериев эффективности и безопасности лекарственных средств (ЛС) при разработке новых и усовершенствовании старых алгоритмов терапии. Как известно,

терапевтический и токсический эффекты ЛС лучше коррелируют с концентрацией препарата в сыворотке крови, чем с его дозой. Поэтому, для более рационального решения вопроса об эффективной и безопасной антибиотикопрофилактике послеоперационных гнойных осложнений, следует опираться на уровень сывороточной концентрации антибиотика (Бегг, 2004, Сергиенко, Джелифф, 2004). На содержание антибактериального препарата в плазме крови оказывают влияние многие факторы: состояние элиминирующих органов, объем кровопотери, интраоперационная инфузия. Поэтому, у больных, получающих препарат в одной и той же дозе, концентрация его в крови может быть различной (Бертрам Г. Катцунг, 2003). Целью нашей работы являлась оценка влияния факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений на фармакокинетику антибиотиков, используемых для профилактики раневой инфекции. Нами обследовано 52 ребенка с различной ортопедической патологией в возрасте от 11 месяцев до 17 лет, находившихся на плановом оперативном лечении в ДХО ГУЗ «ККЦОМД» и получивших антибиотикопрофилактику цефазолином, цефуроксимом, цефтриаксоном. Выбор антибиотика с целью антибактериальной защиты осуществлялся на основании совокупности соматических и интраоперационных факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений. Изучение фармакокинетики вышеуказанных цефалоспоринов проводилось методом высоко эффективной жидкостной хроматографии со спектрофотометрическим детектированием на жидкостном хроматографе LC-10Avp Shimadzu. Исследования показали, что при оперативных вмешательствах продолжительностью более 2 часов, сопровождающихся кровопотерей от 10 % и более ОЦК и заместительной инфузионной терапией свыше 50 % ОЦК, происходит существенное нарушение фармакокинетики цефалоспориновых антибиотиков, снижающее эффективность проводимой антибиотикопрофилактики. При таких условиях ускорение выведения цефалоспоринов достигает двух и более раз, что может привести к развитию инфекционного осложнения в послеоперационном периоде, вследствие снижения концентрации антибактериального препарата ниже МПК для основных возбудителей хирургической инфекции. Это позволяет рассматривать высокие объемы интраоперационной инфузии плазмозамещающих растворов как возможный фактор риска развития послеоперационных инфекционных осложнений. В данном случае требовалось дополнительное интраоперационное введение поддерживающей дозы препарата в объеме S от первоначальной дозы. При оперативном вмешательстве, не сопровождающемся значительной кровопотерей и массивной инфузионной терапией, терапевтически значимого нарушения фармакокинетики цефалоспоринов в нашем исследовании не происходило. Повышение эффективности и безопасности лекарственной терапии возможно только при условии всестороннего учета соматических и интраоперационных факторов риска, влияющих на фармакокинетические и фармакодинамические показатели лекарственных препаратов. Решение вопроса о надежной антибактериальной защите при выполнении высокотравматичных оперативных вмешательств, должно приниматься совместно хирургом, анестезиологом и клиническим фармакологом с целью всесторонней оценки возможных факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений.

**В.А. Подкаменный, Ю.В. Желтовский, С.Ф. Гордеенок, З.З. Надирадзе, М.В. Васенкин,
Н.М. Молчанова, Л.А. Введенская**

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНЫХ ШУНТИРОВАНИЙ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ»

*ГУЗ ИГОКБ (г. Иркутск)
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

В России в 2005 году удельный вес операций на «работающем сердце» ко всем операциям коронарного шунтирования составил 15 % при послеоперационной летальности 0,9 % (Бокерия Л.А., 2006).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать ближайшие результаты коронарных шунтирований на «работающем сердце».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С сентября 1997 года по апрель 2007 года в кардиохирургическом отделении ГУЗ ИОКБ на «работающем сердце» оперировано 1 012 больных с ИБС. Из них у 340 больных коронарное шунтирование выполнено из минидоступов (33,6 %), а у 672 больных из срединной стернотомии (66,4 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первая операция на «работающем сердце» в г. Иркутске выполнена 24 сентября 1997 года. Если первые два года удельный вес операций на «работающем сердце» среди всех коронарных шунтирований составлял 5 %, то в 2006 году операции на «работающем сердце» составили 92 %. Общая 30-дневная