

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДЕКАМЕТОКСИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.П. Кравец, В.В. Кравец

*Медицинский институт Сумского государственного
университета, г. Сумы*

Применение для обеззараживания инъекционного поля полимерной бактерицидной композиции на основе декаметоксина позволило снизить частоту возникновения постинъекционного инфильтрата с 12,9 до 4%. При местном применении препаратов на основе декаметоксина для лечения гнойных постинъекционных осложнений у 10 больных отмечено уменьшение продолжительности фазы гидратации до 5,5, стационарного лечения - до 11 сут. В контрольной группе (17 больных) эти показатели были соответственно 8,4 и 13,2 сут.

ВВЕДЕНИЕ

В гнойной хирургии особое место занимают осложнения, возникающие вследствие инфицирования больного во время выполнения лечебных и диагностических манипуляций. Постинъекционные гнойные осложнения выявляют у 5,1-5,4% общего числа пациентов гнойных отделений [8]. Увеличение их частоты отмечено у больных сахарным диабетом [1]. Ежегодно такие осложнения возникают у 150 тыс. больных, из них 84 тыс. лечат в хирургических стационарах. При тяжелой форме постинъекционного абсцесса и флегмоны возможно возникновение инфекционно-токсического шока, сепсиса, декомпенсации основного заболевания [3,4]. В микробном загрязнении инъекционного канала ведущую роль играет микрофлора рук медперсонала и кожи инъекционного поля [4,5,6,7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить эффективность обработки инъекционного поля новыми бактерицидными лекарственными формами декаметоксина и 70% этанола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для бактериологического исследования делали смывы с кожи наиболее часто используемых для инъекции участков (область локтевого сгиба, верхняя треть плеча, верхний наружный квадрант ягодицы).

При бактериологическом исследовании 196 смывов с кожи инъекционного поля после ее обеззараживания 70% этанолом (1-я группа больных) микрофлора в области верхней трети плеча выявлена в 20% наблюдений, в локтевом сгибе – в 13,3%, в верхнем наружном квадранте ягодиц – в 13,2%. Обеззараживание кожи 0,025% водным раствором декаметоксина произведено перед 190 различными инъекциями (2-я группа больных). Микрофлора обнаружена в смывах с кожи верхней трети плеча у 14,3% больных, с кожи локтевого сгиба – у 11,8%, с кожи ягодиц – у 14%. Обработка кожи инъекционного поля полимерной бактерицидной композицией на основе декаметоксина выполнена перед 159 инъекциями (3-я группа больных). Микрофлора на коже верхней трети плеча выявлена в 7,1% наблюдений, локтевого сгиба – в 1,4%, ягодиц – в 3,5%. Всем больным осуществляли внутримышечные инъекции антибиотиков в ягодицу. В 1-й группе выполнено 108 инъекций. Воспалительный

инфильтрат возник у 12,9% больных, у одного больного инфильтрат нагноился.

Во 2-й группе выполнили 92 инъекции. Воспалительный инфильтрат возник в 12% наблюдений. Нагноения инфильтрата не было. В 3-й группе выполнено 90 инъекций. Воспалительный инфильтрат образовался у 4% больных. Нагноения инфильтрата не было.

Различия результатов бактериологического исследования у больных 1-й и 3-й групп достоверны ($P \leq 0,05$). Показатели в 1-й и 2-й группах не различались.

Для лечения возникшего постинъекционного воспалительного инфильтрата применяли компрессы со спиртом и декаметоксином, УВЧ, электрофорез декаметоксина, облучение лазером. К сожалению, больные с инфильтратом поздно обращались к хирургу. Поэтому в большинстве наблюдений диагностировали воспалительный инфильтрат.

Нами наблюдалось 27 больных (20 женщин и 7 мужчин) с постинъекционными гнойными осложнениями. В возрасте до 60 лет было 19 пациентов, старше 60 лет – 8. Абсцесс и флегмона одной ягодицы диагностированы у 18 больных, обеих ягодиц – у 4, плеча – у 3, другой локализации – у 2.

Хирургическая обработка гнойного очага у всех больных включала широкое рассечение тканей, вскрытие всех карманов и затеков гноя. При вскрытии флегмоны иссекали все нежизнеспособные, пропитанные гноем и мутным экссудатом ткани. Полость промывали 3% раствором перекиси водорода, раствором фурацилина или другого антисептика. В зависимости от размеров полости ее дренировали трубчатыми или резиново-трубчатыми дренажами. После операции больным назначали обезболивающие и противовоспалительные средства, проводили лечение основного заболевания.

Больные были распределены на две группы. В 1-ю группу включены 17 больных, у которых для местного лечения ран применяли растворы перекиси водорода, фурацилина, диоксидина, хлоргексидина биглюконата и др.; во 2-ю группу – 10 больных, которым для местного лечения гнойной раны назначали новые лекарственные формы на основе декаметоксина. После хирургической обработки гнойника полость промывали 0,05% раствором декаметоксина в 3% растворе натрия хлорида. В данной прописи удачно сочетается антимикробное действие декаметоксина и слабогипертоническое – 3% раствора натрия хлорида [1,5,7]. Небольшие полости рыхло заполняли салфетками, пропитанными этим раствором, или декаметоксиновой мазью на полиэтиленгликолевой основе. Повязки меняли ежедневно до очищения раны от гнойно-некротических масс. В большие полости после хирургической обработки вводили перфорированные трубчатые дренажи, концы которых выводили наружу через рану или через отдельный разрез. Через дренажи осуществляли проточное промывание раны растворами декаметоксина и ее активное дренирование. Во время перевязки одновременно с промыванием полости стенки ее облучали низкоэнергетическим лазером. По завершении фазы гидратации и появления грануляций накладывали вторичные ранние швы или края раны сближали с помощью полоски липкого пластыря.

Из содержимого гнойника выделены патогенный стафилококк – у 59% наблюдений, эшерихии – у 14%, псевдомонады – у 5%, другая микрофлора – у 7%. В 15% исследований аэробная микрофлора не выявлена. Наличие возбудителей острой гнойной инфекции в содержимом гнойников свидетельствует о том, что в момент инъекции происходит микробное загрязнение инъекционного раневого канала.

Для оценки эффективности местного лечения постинъекционных гнойных осложнений изучали длительность фазы гидратации и продолжительность лечения больного в стационаре.

В 1-й группе больных продолжительность фазы гидратации составила $(8,0 \pm 0,8)$ сут, лечения в стационаре – $(13,2 \pm 1,0)$ сут; во 2-й группе – соответственно $(5,5 \pm 0,45)$ и $(11,0 \pm 0,8)$ сут.

ВЫВОДЫ

Результаты клинических и лабораторных исследований свидетельствовали о высокой эффективности лекарственных форм на основе декаметоксина в профилактике и лечении гнойно-воспалительных осложнений.

SUMMARY

APPLICATION OF NEW MEDICINAL FORMS OF THE DEKAMETOKSIN FOR PROPHYLAXIS OF POST-INJECTION ABSCESSSES

Kravets V.P., Kravets V.V.

Sumy State University, Medical Institute

Application for disinfection of the injection field of polymeric bactericidal composition on the basis of dekametoksin allowed to lower frequency of origin of post-injection infiltrate with 12.9 to 4%. At local application of drugs on the basis of dekametoksin for medical treatment of festering post-injectional complications reduction the fall of duration of phase of hydration was marked at 10 patients to 5.5, stationary medical treatment - to 11 a day, in a control group 17 (patients) these indexes were according to 8.4 and 13.2 a day.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Николаев Н.Е., Бойко Л.В. //Здравоохранение Белоруссии. -1992. -№3. -С. 61-63.
- 2 Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. Сепсис. – М.: Медицина, 1983. – 128 с.
- 3 Беляева О.А. Профилактика и лечение постинъекционных инфильтратов и флегмон: Автореф. дис... канд. мед.наук. – М., 1980. – 18 с.
- 4 Кравец В.П. Профилактика и комплексное лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний пальцев и кисти с применением декаметоксина: Автореф. дис... канд. мед.наук. – К., 1989. – 16 с.
- 5 Шевня П.С. Сравнительная оценка эффективности способов обеззараживания кожи рук хирурга: Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 1991.– 15 с.
- 6 Палий Г.К., Желиба Н.Д., Макац Е.Ф., Ошовский И.Н. Применение декаметоксина для местного лечения гнойных ран // Местное лечение ран: Материалы Всесоюз. конф. – М., 1991. – С. 94-95.
- 7 А.с. 1109168 СССР, МКИ ЗА 61 К 33/14. Способ обработки операционной раны / И.А. Покидько, А.Я. Фищенко, Н.Д. Желиба, О.В. Смирнова (СССР).- Заявлено 23.06.81; Опубл. 23.08.84 // Открытия. Изобретения. – 1984. - № 31.- С. 20.

Кравец В.П., канд. мед. наук, доцент,
Медицинский институт СумГУ, г. Сумы;
Кравец В.В., аспирант, Медицинский
институт СумГУ, г. Сумы

Поступила в редакцию 18 июня 2007 г.