

*Аннотации изданий,  
представленных на XXI Международную выставку-презентацию  
учебно-методических изданий из серии «Золотой фонд отечественной науки»,  
Россия (Москва), 20-23 мая 2014 г.*

*Медицинские науки*

**ПИОСОРБЦИЯ**

Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Магомедов М.Г.  
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная  
медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала,  
e-mail: dgma-patent@yandex.ru

В книге представлены данные об этиопатогенезе, клинике и диагностике острого пиелонефрита, подробно изложены аспекты медикаментозного и хирургического лечения. Кроме того, приведено описание метода внутриполостной лазеротерапии при обструктивных формах острого пиелонефрита.

Большой интерес представляют методы сорбционной терапии (гемо-, плазмо- и лимфосорбция, местная аппликационная сорбция и др.), которые широко применяются в нефрологии при лечении запущенных форм почечной недостаточности. Однако и в урологии при лечении острой патологии почек и околопочечной клетчатки принципы сорбционной терапии являются уместными, т.к. задачей лечения гнойно-деструктивного пиелонефрита и паранефрита является не только эвакуация гноя из очага острого воспаления, но и скорейшее выведение больного из состояния эндотоксикоза. Это и дало мотивацию для проведения внутриполостного раневого диализа (пиосорбцию) активным дренажем-сорбентом, разработанным на почве аппликационных угольных сорбентов. Авторы, используя пиосорбцию в хирургическом лечении острой патологии пиелонефрита и паранефрита, а у отдельной группы больных (вторичный острый пиелонефрит) и внутриполостную лазеротерапию, добились наилучших результатов, тем самым, наглядно обосновав эффективность предложенной ими методики.

**МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РАЦИОНАЛЬНАЯ  
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ  
ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН**

Галимзянов Ф.В.

Уральский государственный медицинский  
университет, Екатеринбург, e-mail: isurg@okb1.ru

В учебном пособии описывается лечение инфицированных ран и больных хирургической инфекцией современными перевязочными материалами, антибактериальными препаратами, ультразвуком, токами высокой частоты с аргоновым усилением. Пособие предназначено для студентов медицинских академий, универ-

ситетов и хирургов лечебно-профилактических учреждений.

Лечение больных хирургической инфекцией весьма актуальная проблема. В общей структуре хирургической заболеваемости раневая инфекция занимает одно из ведущих мест. Развитие осложнений в послеоперационном периоде приводит к увеличению сроков госпитализации с 10,5 до 17,4 дней при выполнении экстренных операций, с 16,9 до 33,6 дней – при плановых операциях, с 13,6 до 22,8 дней – в группе больных, перенесших абдоминальные операции. В эффективном лечении больных гнойно-воспалительными заболеваниями и раневой инфекцией, в успешном купировании воспалительного процесса важную роль играет как местное лечение и качество осуществляемых перевязок, так и общая рациональная антимикробная терапия. С этиологической точки зрения инфекции кожи и мягких тканей являются обычно бактериальными и во многих случаях полимикробными. Наиболее частым возбудителем в большинстве случаев инфекций является *S.aureus*. Особую тревогу вызывает широкое распространение стафилококков, резистентных к оксациллину/метициллину (MRSA), характеризующихся устойчивостью к бета-лактамам препаратами и часто к аминогликозидам, линкозамидам, фторхинолонам. Кроме того, по данным Российских национальных рекомендаций (2009 г.), в лечебных учреждениях широко распространены грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* – продуценты бета-лактамаз расширенного спектра (*Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *E.Coli*), которые резистентны к цефалоспорином. Наблюдающаяся в последние годы высокая частота генерализации инфекционного процесса, даже при локальных формах инфекций кожи и мягких тканей, обусловлена стремительным ростом резистентности не только к наиболее распространенным в стационарах системным антибактериальным средствам, но и к традиционным препаратам, применяемым для местного лечения.

Особенности заживления раны зависят от ряда причин, включающих характер травмирующего агента (этиология), условия течения воспалительного процесса, как внешние, так и внутренние (патогенез). Важным компонентом является местная антибактериальная терапия. Здесь хорошо зарекомендовал себя препарат отечественного производства – диоксидин. Это синтетический антимикробный препарат с бактерицидным типом действия, об-

ладающий высокой активностью в отношении широкого спектра грам-положительных, грам-отрицательных микроорганизмов, облигатных анаэробов, спорообразующих и не образующих споры (формы выпуска 0,5% – 10,0 № 10; 0,5% – 5,0, № 10,0, а также 1% – 10, № 10 и виде 5% мази). Препарат эффективен для лечения больных с раневой инфекцией, вызванной полирезистентной флорой, синегнойной палочкой и возбудителями неклостридиальной анаэробной инфекции. Средняя терапевтическая суточная доза диоксида в растворе не превышает 70 мл при применении 1% раствора и 140 мл – 0,5% раствора.

Осложняют течение раневой инфекции объем повреждения тканей, неадекватность дренирования, нарушение правил хирургической обработки раневой поверхности, техника наложения повязок, наличие очагов хронической инфекции, неправильное использование средств для местного и общего лечения.

В пособии представлены современные перевязочные материалы это – противовоспалительные средства, средства для влажного заживления ран, активные средства и неадгезивные повязки. При изложении материала использована классификация инфекций кожи и мягких тканей, предложенная в Российских национальных рекомендациях в 2009 году. Дается клиническая характеристика и определяется тактика лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Выделена группа больных гнойным воспалением серозных полостей. Описывается хирургическое лечение при инфицированных формах некротизирующего панкреатита (панкреонекрозах), распространенном гнойном перитоните. Заболевание у этих пациентов сопровождается тяжелым течением, так как воспалительный процесс имеет тенденцию к дальнейшему распространению с нарастанием интоксикации и повреждением жизненно важных органов.

В эффективном лечении больных гнойно-воспалительными заболеваниями и раневой инфекцией, в успешном купировании воспалительного процесса важную роль играют как и качество осуществляемых перевязок, так и использование современных физических методов воздействия на раневую поверхность, в частности, ультразвука, аргоноплазменной коагуляции (АПК).

Важно отметить, что при ультразвуковой обработке создается возможность целенаправленного воздействия на раневую инфекцию путем подбора препаратов по чувствительности микрофлоры (например, раствора диоксида), использования различных антисептиков и протеолитических ферментов. Ультразвуковая кавитация ран во время перевязок помогает наилучшим образом подготовить их к раннему за-

крытие, особенно при хирургических вмешательствах из малых доступов, которые сопоставимы с лапароскопическими эндохирургическими операциями.

Достоинства метода АПК: отсутствие непосредственного контакта электрода с тканью, что исключает налипание ткани на электрод и его микробную контаминацию, а также минимизирует риск нежелательных механических повреждений тканей; возможность контролировать глубину коагуляции, в зависимости от выбранного режима и времени воздействия на ткань, глубина термической деструкции не превышает 3 мм; при этом не происходит излишнего перегрева тканей, так как плазменный факел имеет низкую теплоемкость и разогревает ткани на поверхности лишь до температуры 80-90°C; обеспечение эффективной коагуляции, как локальных участков, так и обширных поверхностей, что позволяет осуществить быстрый и надежный гемостаз при капиллярных кровотечениях различного характера и генеза; отсутствие эффекта обугливания (карбонизации) ткани, так как инертный газ аргон вытесняет кислород; вследствие глубокого (до 1-1,5 см) прогрева ткани активизируются репаративные процессы за счет усиления неоангиогенеза и роста эластиновых волокон; мягкая АПК при хирургическом доступе уменьшает объем раневого экссудата в обработанных тканях и предотвращает их отек, что способствует более быстрой нормализации микроциркуляции, уменьшению болевого синдрома, лучшей репарации тканей; отсутствие задымленности способствует хорошей визуализации операционного поля и обеспечивает почти полное отсутствие неприятных запахов; в зависимости от используемого наконечника струя аргоновой плазмы может действовать в аксиальном, радиальном и латеральном направлениях, что обеспечивает полноценный гемостаз в труднодоступных местах. низкая опасность перфорации полых органов и подлежащих тканей за счет ограниченной глубины воздействия генерируемого аппаратом факела аргоновой плазмы на ткани (толщина коагулянта не более 3 мм).

Выделен раздел эмпирической антибактериальной терапии. При большинстве хирургических инфекций выбор стартовой **антибактериальной терапии** является **эмпирическим**, проводится на основании алгоритмов, разработанных на **принципах** доказательной медицины и согласованных ведущими отечественными учеными. При проведении эмпирической антибактериальной терапии учитываются: локализация очага, наиболее вероятный возбудитель, выбор антибиотиков, эффективность которых установлена в доказательных исследованиях, конкретные данные о резистентности микроорганизмов, тяжесть состояния больного.