



По основному клиническому диагнозу больные распределялись следующим образом: с колоректальным раком было 22 человека, с опухолевым поражением матки и яичников — 12, бронхов — 7, гортани — 6, поджелудочной железы — 6, почек и мочевого пузыря — 5, пищевода — 4, желудка — 4. Средний возраст больных составил 66,4 года.

В дооперационный период выявлены изменения слизистой оболочки желудка у 19 (28,8%) больных. В анамнезе у 5 человек этой группы была установлена язвенная болезнь желудка, у 8 — язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки.

В 31,8% случаев в ранний послеоперационный период возникли кровотечения из острых язв желудка, в 22,7% — из острых язв 12-перстной кишки, в 16,7% — из острых эрозий пищевода, в 19,7% — из острых эрозий желудка, в 3% — из острых эрозий 12-перстной кишки, в 6,1% — из зоны анастомоза.

Для остановки кровотечения у 20 больных применялось орошение капрофером с раствором эпсилонаминокапроновой кислоты в соотношении 1:5, у 11 — аргонплазменная коагуляция, в 3 случаях инъектирование краев и дна язвы сочеталось с аргонплазменной коагуляцией, в 2 — инъектирование дна и краев язвы 0,1% раствором адреналина в 0,9% растворе натрия хлорида, в 1 — клипирование кровоточащего сосуда дна язвы, в 1 случае клипирование сосуда сочеталось с аргонплазменной коагуляцией.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616-001.4-085.28

Н.С.Демина, Д.Л.Рототаев, А.И.Линев — Новый отечественный ранозаживляющий препарат «Стрептолавен», содержащий коллагеназу микробного происхождения.

Цель работы заключалась в создании новой более эффективной ранозаживляющей композиции, которая отличалась бы разносторонней направленностью, способностью удалять некротические ткани, гной и экссудат из ран, осуществлять быстрое их заживление, не пересушивать ткани, активно удалять струпы, улучшать качественный состав рубцовой ткани, оптимизировать процессы репарации, подавлять патогенную микрофлору, не вызывая аллергических реакций и тем самым создавая возможность использования одного препарата для многовекторного воздействия на разных фазах раневого процесса.

Основным действующим компонентом этого препарата послужила высокоактивная истинная коллагеназа, полученная по российской технологии из непатогенного штамма актиномицета *Streptomyces lavendulae*.

В 28 случаях местный гемостаз расценен как стабильный, что не потребовало локального воздействия на источник кровотечения.

Рецидив кровотечения возник в 11 (16,7%) случаях. Чаше всего он происходил после применения капрофера.

У 5 больных с язвами слизистой оболочки при повторном гемостазе использовалась аргонплазменная коагуляция. У 2 пациентов с эрозиями пищевода выполнено орошение раствором капрофера с раствором эпсилонаминокапроновой кислоты. Во всех случаях был достигнут стабильный гемостаз.

Хирургическое вмешательство по поводу рецидива кровотечения из язвы желудка пришлось выполнить 4 пациентам. У этих больных язвенный дефект превышал 3 см в диаметре и имел множество сосудов в дне язвы.

Таким образом, для остановки кровотечения из острых язв и эрозий пищевода, желудка и 12-перстной кишки могут использоваться различные методы гемостаза (орошение раствором капрофера, инъектирование, клипирование и аргонплазменная коагуляция источника кровотечения). Наиболее эффективны аргонплазменная коагуляция и клипирование сосудов. Обработку капрофером следует считать временным способом остановки кровотечения, требующим проведения повторных эндоскопий сроком от 12 до 24 ч после воздействия на источник геморрагии.

В результате проделанной работы была получена мазь «Стрептолавен» (патент РФ от 30.06.2000 г. № 2166950, авторы и разработчики Н.С.Демина и С.В.Лысенко), получившая золотую медаль на международной выставке «Салон изобретений Эврика-2004» в Брюсселе.

Мазь отвечает поставленной цели и состоит из следующих компонентов:

- коллагеназа (ультрализин);
- мирамистин;
- проксанол-268;
- полиэтиленоксид-400.

Она применялась при лечении 78 больных с ожогами I, II, III, IV степеней с площадью от 3 до 25% поверхности тела, 50 больных с гнойно-некротическими ранами мягких тканей, трофическими язвами, пролежнями и синдромом «диабетическая стопа»,



11 больных с острым панкреатитом, панкреонекрозом, 4 больных с рецидивирующим фурункулезом, 3 больных атипичным дерматитом, осложненным микробной инфекцией, 56 детей в возрасте 1–17 лет с термическими ожогами ПИАБ – IV степени на площади поражения 1–30% поверхности тела, 32 пациентов с ожогами ПИБ – IV степени, которым проводилось раннее хирургическое лечение. Мазь наносили 2 раза в день, лечение сочетали с системной антибактериальной терапией, местной антисептической обработкой.

При ожогах I–II степеней, как правило, было достаточно наложить повязку с мазью, чтобы добиться полной эпителизации ран за 7–10 сут с момента травмы. Сроки стационарного лечения у таких больных в среднем составляли 9 сут. При ожогах ПИА степени очищение ран достигалось через 12–14 сут, а эпителизация – через 18–20 сут. При лечении другими комплексными средствами эпителизация ран обычно наступала не ранее 23 суток.

При наличии ожогов ПИБ–IV степеней применение мази способствовало подсушиванию струпов, предупреждало нагноение и перифокальное воспаление. Клиническая эффективность препарата составила 90%, бактериологическая – 80%.

Цитологические исследования раневых отеков показали, что очищение ран сопровождалось отчетливой клеточной реакцией с появлением в раневом отделяемом к 5–7-м суткам полибластов, фибробластов, макрофагов, уменьшением числа микробов в поле зрения.

Во всех наблюдениях фагоцитоз был завершенным, с внутриклеточным содержанием поглощенных микробов, что указывало на

не осложненное течение процесса очищения ран. Ни в одном отпечатке не было признаков развития аутоиммунной реакции на применение мази.

Плотно фиксированный влажный некроз в области ожоговых ран, пролежней, трофических язв через 2–3 сут размягчался и легко удалялся с раневой поверхности. Высокая осмотическая активность препарата обеспечивала хороший отток раневого отделяемого в повязку. Элиминация грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов без применения системной антимикробной терапии достигнута в 90% случаев.

Применение мази «Стрептолавен» у больных с фурункулезом и атопическим дерматитом, осложненным микробной инфекцией, позволило достигнуть быстрого удаления некротических тканей, значительно ускорило процесс заживления, позволило сократить длительность системной антибактериальной терапии.

На основании проведенных клинических исследований установлено, что препарат «Стрептолавен» обладает следующим комплексным действием:

- очистка мацерированных ран и ожоговых поверхностей;
- удаление гноя и экссудата из ран;
- уничтожение патогенной микрофлоры;
- подавление роста коллагеновой рубцовой ткани и улучшение ее качественного состава;
- быстрое заживление ран и восстановление тканей;
- устранение осложнений;
- оптимизация процессов репарации кожи;
- полное заживление ран средней тяжести на 10–12-е сутки.

© А.Н.ИШЕКОВ, И.Г.МОСЯГИН, 2009
УДК 616.12-008.3-092

А.Н.Ишекков, И.Г.Мосягин — Показатели вариабельности сердечного ритма в восстановительный период при адаптации к условиям нормобарической гипоксической гипоксии на Европейском Севере России.

Целью настоящего исследования являлось изучение изменений показателей и функциональных резервов сердечно-сосудистой системы у студентов в процессе 15-дневной адаптации к *нормобарической гипоксической гипоксии* (НГГ) в условиях Европейского Севера.

Мы приводим данные сравнительной характеристики вариабельности сердечного ритма согласно преобладания тонуса регуляции *вегетативной нервной системы* (ВНС) в восстановительный период после воздействия гипоксической нагрузки.

Обследуемый контингент включал практически здоровых студентов, средний возраст $20,0 \pm 0,6$ года. Согласно индексу вегетатив-

ной регуляции Кердо были составлены две однородные группы по 15 человек (парасимпатотоники, симпатотоники).

Для оценки вариабельности сердечного ритма применялся монитор сердечного ритма Поляр. Показатели регистрировались в восстановительный период ежеминутно в течение 3 мин.

В целях моделирования искусственной гипоксии применялся гипоксикатор «Эдельвейс», создающий дыхательную смесь с концентрацией кислорода 10%, соответствующую высоте 5800 м над уровнем моря. Оптимальная экспозиция газовой смеси подобрана согласно методике А.Я.Чижова (1994): по 3–4 мин в течение 15 дней.