

Рецензия редакции на статью А.В. Голуба, В.В. Привольнева «Местная антибактериальная терапия хирургических инфекций кожи и мягких тканей в амбулаторных условиях: слагаемые успеха»

Л.А. Блатун

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

Контакты: Леонид Александрович Блатун lablatun@mail.ru

Peer-review of the editorial board of the paper “Topical antibacterial therapy for surgical skin and soft tissue infections in outpatient settings: summands of success” by A.V. Golub, V.V. Privolnev

L.A. Blatun

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery, Ministry of Health of Russia, Moscow

Рецензируемая статья крайне актуальна, так как хирургическая инфекция кожи и мягких тканей (ИКМТ) в амбулаторной практике остается проблемой труднорешаемой. На протяжении последних 20–30 лет в практическое здравоохранение внедрено достаточно большое количество препаратов для лечения больных с инфекционными процессами кожи и мягких тканей, хорошо адаптированных к особенностям течения 1-й или 2-й фаз раневого процесса, видовому составу колонизирующих рану микроорганизмов. Однако многие из них обладают однонаправленным действием. Так, например, первый сорбент Дебризан, обладая только хорошей сорбционной способностью, не мог подавить рост патогенных микроорганизмов в ране и не имел обезболивающего действия.

В последующие годы появилось новое поколение зарубежных и отечественных препаратов для местного лечения ран, содержащих в своем составе различные антимикробные добавки, активно подавляющие рост патогенных возбудителей инфекционного процесса. Эта тенденция стала распространяться на препараты как для 1-й фазы раневого процесса, так и для 2-й фазы, что объяснялось чрезвычайно высоким риском реинфицирования раневой поверхности госпитальными штаммами микроорганизмов. Именно этим обстоятельством можно объяснить появление зарубежных раневых покрытий, мазей и растворов, содержащих серебро или повидон-йод. У нас в стране лидирующее место среди новых групп препаратов для местного лечения ран заняли мази на полиэтиленгликолевой

(ПЭГ) основе, разработанные и внедренные более 30 лет тому назад и пришедшие на смену неэффективным мазям на ланолин-вазелиновой основе (тетрациклиновая, гентамициновая). В качестве антимикробного компонента в этих мазях были использованы хлорамфеникол, сульфадиметоксин, норсульфазол, диоксидин, мафенида ацетат, солафур, белый стрептоцид, нитазол, мирамистин.

Однако до сих пор почему-то некоторые врачи считают, что введение таких препаратов, как хлорамфеникол, белый стрептоцид, сульфадиметоксин или норсульфазол, неоправданно, так как эти препараты уже давно рассматриваются как устаревшие и потерявшие свою активность по причине сформировавшейся высокой резистентности к ним современных штаммов микроорганизмов. Здесь необходимо вспомнить, что основным действующим компонентом современных мазей с ПЭГ является основа (комбинация полиэтиленоксидов с разной молекулярной массой), создающая абсолютно новые условия для действия антимикробного препарата на микробную клетку. В присутствии ПЭГ-основы резко (в десятки раз) повышается активность антибиотиков, антисептиков, сульфаниламидов [1, 2].

Еще одним принципиально важным свойством ПЭГ-основы является ее способность образовывать с антибиотиками и антисептиками комплексные соединения и транспортировать их в глубину тканей, где концентрируется большинство микроорганизмов [1–4], в связи с чем мази на ПЭГ-основе (Левомеколь,

Левосин, 5 % диоксициновая) сохраняют свою актуальность при лечении ИКМТ в первую фазу раневого процесса, и не только в амбулаторных условиях, но и в стационаре.

Разработанный компанией «Сандоз» препарат Банеоцин® (порошок, мазь) обладает высокой антимикробной активностью практически при всех возбудителях хирургической инфекции! Однако, как и у всех лекарственных препаратов в форме порошка, использование его ограничено при обширной раневой поверхности, глубокой полости раны, особенно при наличии «карманов». Так, порошком невозможно заполнить глубокую рану при гнойно-некротических поражениях синдрома диабетической стопы, гнойном мастите, обширных посттравматических и послеоперационных ранах. В то же время после хирургической

обработки поверхностных гнойных процессов (нагноившаяся атерома, липома, небольшие по площади трофические язвы, посттравматические и послеоперационные раны без клиники обширного воспалительного процесса и без обильного гноетечения), а также при лечении больных с импетиго, паронихией, пиодермией порошкообразный препарат удобен для использования, а при его применении в короткие сроки лечения достигается высокая клиническая и бактериологическая эффективность. Порошок Банеоцин® следует рекомендовать при лечении ран в 1-й фазе раневого процесса, а мазь – во 2-й фазе. Наличие 2 лекарственных форм препарата позволяет дифференцированно делать выбор при лечении больных не только на амбулаторном этапе лечения, но и в стационарах.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Даценко Б.М., Белов С.Г., Тамм Т.И. Гнойная рана. Киев: Здоров'я, 1985. 136 с.
2. Теория и практика местного лечения

- гнойных ран. Под ред. Б.М. Даценко. Киев: Здоров'я, 1995. 384 с.
3. Раны и раневая инфекция. Руководство для врачей. Под ред. М.И. Кузина,

- Б.М. Костюченка. М.: Медицина, 1990. 591 с.
4. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран. Хирургия 2011;4:51–9.