

Применение мази «АНИКОЛ» в гнойной хирургии

Э. В. Луцевич*, Г. Б. Рисов*, Е. Л. Ананьев*, К. Э. Миронов*, И. В. Алексеева**, В. И. Панцуркин**

* Московский медико-стоматологический государственный университет,
Центральная клиническая больница № 2 им. Н. А. Семашко МПС РФ

** ГОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия МЗ РФ»

Проблема ран и раневой инфекции в настоящее время в отделениях гнойной хирургии остается такой же актуальной, как и много лет назад. Это связано с тем, что быстро увеличивается число устойчивых к антибиотикам микроорганизмов, учащаются аллергические реакции, дисбактериозы, растет количество нагноений ран после так называемых чистых операций. В связи с этим изыскиваются новые препараты для ускорения очищения и стимуляции репаративных процессов в ране.

В Пермской государственной фармацевтической академии на основе нового отечественного местного анестетика анилокаина [1], включенного приказом МЗ РФ №292 от 03.10.97 г. в Государственный реестр лекарственных средств России, разработана мазь «АНИКОЛ» для лечения ран [2]. Помимо анилокаина в состав мази входит димексид, усиливающий фармакологические свойства основного компонента, а также способствующий проникновению его через клеточные мембраны. Проявляет мазь «АНИКОЛ» местноанестезирующую, противовоспалительную, антимикробную активность. Представляет собой стойкую вязко-пластично-упругую массу белого, слегка желтоватого цвета со слабым специфическим запахом. Решением Фармакологического комитета МЗ РФ (протокол №9 от 11.09.97 г.) разрешены клинические испытания мази у взрослых больных в качестве местноанестезирующего и противовоспалительного средства.

Клинические исследования мази «АНИКОЛ» проведены в 2004 г. в отделении гнойной хирургии Центральной клинической больницы им. Н. А. Семашко МПС РФ на базе кафедры факультетской хирургии № 1 Московского государственного медико-стоматологического университета. В отделении постоянно находятся на лечении большое количество больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей с язвами и длительно незаживающими ранами. Наиболее трудным моментом в

лечении подобных больных является очищение язвы (раны) и стимулирование репаративных процессов в тканях. Язвенный (раневой) процесс, протекающий на фоне выраженных трофических нарушений в тканях, характеризуется торпидностью течения, склонностью к рецидивам и часто выраженным болевым синдромом.

Лечение проводилось в комплексе с обработкой поверхности язв (ран) низкочастотным ультразвуком, вакуумированием, этапными механическими некроэктомиями. При этом проводилось сравнительное исследование эффективности мази «АНИКОЛ» по результатам лечения по площади и глубине язв (ран), выраженности перифокального воспаления. Мазь «АНИКОЛ» применялась при лечении 32 больных, группа сравнения составила 35 больных. Применение препарата подтвердило ее местноанестезирующую, противовоспалительную и антимикробную активность.

Очищение язв (ран) достигалось в среднем к 11,6 суткам от начала лечения (в группе сравнения — к 13,6 суткам), выполнение их грануляциями к 12,7 суткам (в группе сравнения — к 14,3 суткам), появление эпителизации — к 10,2 суткам (в группе сравнения — к 12,2 суткам) и окончательное заживление язв (ран) — к 18,3 суткам (в группе сравнения — к 19,4 суткам) от начала лечения, что позволило сократить срок пребывания больных на госпитальной койке с 20 до 15,3 суток. Болевой синдром уменьшался на 2-3 сутки после начала применения мази. Стоимость суточного пребывания больного в настоящее время в стационаре г. Москвы составляет 1000 руб. Применение мази «АНИКОЛ» с учетом сокращения срока лечения позволяет экономить около 5000 руб. на одного больного.

Аллергических реакций общего и местного характера при использовании мази «АНИКОЛ» не отмечено. Противопоказаний к применению препарата не выявлено.

Примеры заболеваний и их лечение

Трофические язвы нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности. Больной С., 76 лет. Диагноз: хроническая венозная недостаточность. Трофические язвы левой голени, страдает хронической венозной недостаточностью 15 лет. В июне 2004 г. в области левой голени возникли незаживающие трофические язвы. Проводимое амбулаторное лечение было без эффекта. При поступлении в отделение в области левой голени по внутренней поверхности в нижней трети имелись 2 язвы размерами 8х6 см и 2х4 см, покрытые некротическими тканями и пленками фибрина со скудным серозно-гнойным отделяемым. Подкожные вены голени и бедра варикозно изменены. Кожные покровы в нижней трети правой и левой голени гиперпигментированы. Пульсация на артериях нижних конечностей определяется на всех уровнях. Для очищения язв применялись повязки с мазью «Аникол». Перевязки осуществлялись 1 раз в день. При этом на 6 сутки отмечено очищение язв от некротических тканей и фибрина, на 8 сутки — появление грануляций. На 10 сутки язвы выполнены грануляционной тканью, после чего было произведено закрытие последних кожно-пластическими методами. После приживления трансплантатов на 16 сутки больной был выписан на амбулаторное лечение.

Ожоговые раны 2-3 степени. Больной В., (26 лет). Диагноз: термические ожоги 2-3 степени левой кисти и предплечья. Гнойно-некротические раны левой кисти и предплечья.

За 10 дней до поступления в результате неаккуратного обращения с горюче-смазочными материалами получил ожоги пламенем левой кисти и предплечья. Лечился амбулаторно, очищения ран не наступало, госпитализирован. При поступлении на тыльной поверхности левой кисти наружной поверхности левого предплечья имеются раны размерами 5х5 см, 8х5 см и 7х6 см, покрытые некротическими тканями, частично струпом, с обильным серозно-гнойным отделяемым. После выполнения некрэктомии на раны выполнялись аппликации с ма-

зью «Аникол» с кратностью 2 раза в день. На фоне проводимого лечения на 2 сутки отмечено купирование болевого синдрома. На 5 сутки раны очистились практически полностью, появились сочные грануляции, значительно уменьшился отек конечности. На 13 сутки раны уменьшились до размеров 2х3 см, 4х4 см и 4х5 см. С целью закрытия ран была выполнена аутодермопластика по Янович-Чайнскому. На 23 сутки трансплантаты прижили полностью, больной был выписан на амбулаторное лечение.

Обширные гнойно-некротические раны. Больная В., (48 лет). Диагноз: постинъекционная флегмона левой ягодицы. Больной по поводу пояснично-крестцового радикулита выполнялись инъекции диклофенака, баралгина, ношпы в область левой ягодицы, где сформировался инфильтрат. Лечилась самостоятельно без эффекта, госпитализирована.

При поступлении в верхнем наружном квадранте левой ягодицы имеется инфильтрат размером 8х9 см, плотный, болезненный, с очагом размягчения в центре. После вскрытия флегмоны в области левой ягодицы сформировалась гнойно-некротическая рана размером 9х1,5х10 см с обильным гнойным отделяемым. В местном лечении раны использовались этапные некрэктомии и аппликации с мазью «Аникол» два раза в сутки. Отмечено на 2 сутки уменьшение болевого синдрома, отека местных тканей. На 6 сутки отмечено появление островков грануляций, на 12 сутки — полное очищение раны. На 15 сутки больная выписана на амбулаторное лечение.

Заключение

Применение мази «Аникол» позволяет сократить сроки заживления язв и ран в среднем на 5 суток по сравнению с традиционными средствами лечения, что позволяет получить значительный экономический эффект. Препарат может быть рекомендован для лечения больных с язвами нижних конечностей, развившихся на фоне хронической венозной недостаточности, а также инфицированными ранами различной локализации.

нопропионовой кислоты, проявляющий противовоспалительную и антимикробную активность, мазь, обладающая анестезирующей, противовоспалительной и антимикробной активностью на его основе» Пат. РФ №2139050.

Литература

1. Регистр лекарственных средств России «Энциклопедия лекарств», изд. 6, Москва «РЛС-2000» 1999, стр. 42.
2. Панцуркин В.И., Колла В.Э., Одегова Т.Ф. и др. «Гидрохлорид орто-броманилида β-диэтилами-