



www.medicinayuga.ru

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНА ОТ МЕДИНФО

№4(38) Декабрь 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Специализированный
медицинский журнал
«МЕДИЦИНА ОТ МЕДИНФО»
Выходит 1 раз в квартал

Распространяется БЕСПЛАТНО
по учреждениям здравоохранения
Российской Федерации.
На медицинских выставках

Учредитель и Издатель:
ООО «МЕДИНФО»

Главный редактор:
ЗЕНЬКОВИЧ Петр Владимирович

Научный консультант:
ЧЕРЕПАНОВА Изольда Семеновна
д. м. н., профессор,
Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
г. Москва

Руководитель
научно-редакционного отдела:
ИЛЬИН Тимур Николаевич

Зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Регистрационный номер
рекламного СМИ
ПИ № ФС 77-59885

Адрес: 350901, г. Краснодар,
ул. 40 лет Победы, 67, к. 22
Тел.: (861) 243-09-18
Факс: (861) 257-53-58
Сайт: www.medicinayuga.ru
E-mail: medicinayuga@mail.ru

Отпечатано
в типографии «Альтаир»,
350020, г. Краснодар,
ул. Дзержинского, 40

Тираж 9 000 экз. Заказ № 1738

Подписано в печать
20.11.2017 г. в 16.00

ООО «ЛЕККЕР»(812) 448-54-98 1 стр. обложки

ООО «НПК ПОЛИСТОМ».....(495) 737-68-922 стр. обложки

ООО «МПК АГАТ»(966) 040-51-553 стр. обложки

Представительство ООО «НОРА СИСТЕМЗ ГмбХ».....(495) 984-20-44 4 стр. обложки

ООО «ЮНИКОРНМЕД» (812) 702-33-04..... 1

ООО «ЗелМедСервис»..... (495) 968-88-29..... 2

ОАО «Фирма Медполимер» (812) 520-64-00..... 5

Зайцев Ю.Е., Смолянинов А.Б., Селиванов Е.А.

Применение фумаратсодержащего инфузионного раствора «Мафусол»
в комплексной терапии острого коронарного синдрома 6

Препараты Нифуроксазида в лечении острой и хронической диареи..... 9

ЗАО «ЭКОлаб»..... (49643) 3-13-74..... 9

Щербак В.А.

Применение Тималина у детей с хроническим гастродуоденитом..... 10

ООО «Самсон-МЕД» (812) 326-36-44..... 11

ООО «Медин-Урал»..... (343) 369-14-12..... 12

ООО «МЕТОС» (383) 325-41-52..... 12

Сарнадский В.Н.

25 лет компьютерной оптической топографии – КОМОТ 13

АЭЭГ – современный метод мониторинга электрической активности мозга новорожденных.... 14

Старостин С.В.

Важные мелочи. В нашем деле нет мелочей или они должны быть важными 17

ООО «Медицинская Компания «ДиалМЕД» (843) 203-57-11..... 17

НП ООО «Росагросервис»..... (495) 543-53-05..... 18

Григорян М.А.

Опыт применения мази «Стелланин-ПЭГ» в лечении незаживающей раны
после радикальной мастэктомии 20

www.medicinayuga.ru

Опыт применения мази «СТЕЛЛАНИН-ПЭГ» в лечении незаживающей раны после радикальной мастэктомии

Григорян М. А., врач хирург

МБУЗ «Городская поликлиника №16 города Ростова-на-Дону»

Проблема вялозаживающих ран и послеоперационных швов у онкологических больных, перенесших операцию, остается актуальной несмотря на большой арсенал средств местного ранозаживляющего действия. Данная группа пациентов отличается значительным снижением регенерационных возможностей, поэтому послеоперационные швы зачастую становятся несостоятельными, разваливаются, возникают осложнения в виде нагноения, формирования зон некроза. В терапии хронических ран у онкобольных недостаточно обеспечивать стандартные процедуры – обработку антисептиками и антибиотиками, необходимо также стимулировать процессы репаративной и физиологической регенерации.

В решении данной задачи хорошо зарекомендовал себя лекарственный препарат «Стелланин-ПЭГ» (ООО «Фармпрепарат» г.Азов Ростовской области), зарегистрированный как антисептическое средство и запатентованный как «Композиция с высокой осмотической активностью антимикробного, противовоспалительного и регенерационного действия».

Приведем случай из практики, наглядно демонстрирующий фармакотерапевтическую эффективность мази «Стелланин-ПЭГ» в лечении незаживающей послеоперационной раны у онкологических больных.

Пациентка С., 61 год., обратилась 21.10.2014 г. с жалобами на незаживающую рану правой половины грудной клетки. Из анамнеза: находилась на стационарном лечении в ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России с 16.09.2014 г. по 29.09.2014 г. Радикальная мастэктомия, модифицированная по Маддену с пластикой передней грудной стенки справа (18.09.2014). Гистологически: инфильтрирующая дольковая карцинома, в клетчатках и лимфоузлах метастазов рака нет. Рана ушита резорбционным внутрикожным швом (материал не указан).

При первичном осмотре (21.10.2014): общее состояние пациентки удовлетворительное, сахарным диабетом не страдает.

Локально: отсутствие признаков завершённой регенерации в ране, в том числе признаков заживления вторичным натяжением. На правой половине грудной клетки в проекции послеоперационного рубца опреде-

ляются раны общим кол-вом 3. Наиболее выраженная рана – размером (см) 5×1×0,3 – расположена по задней подмышечной линии, две другие – каждая размером (см) 1×0,5×0,2 – расположены между передней подмышечной и срединно-ключичной линиями. Отмечаются признаки перифокального воспаления, умеренная отечность, гиперемия, болезненность при поверхностной пальпации. Грануляционная ткань очень вялая. Серозное отделяемое из раны, признаки инфицированности раны (**Рис. 1**).

Предстояло определиться с тактикой максимально эффективного лечения в амбулаторных условиях, определить основную причину незаживления послеоперационной раны и потенцировать регенерацию кожного дефекта в достаточно сжатые сроки до начала курса лучевой терапии, назначенной на 10.11.2014 г.

Выбрана следующая тактика лечения: системно – антибиотикотерапия (АБ широкого спектра действия), курс 7 дней; местно – мазь «Стелланин-ПЭГ» 3%, двукратные перевязки. Назначены общеклинические лабораторные исследования (анализы).



Рис. 1 – перед началом лечения

Через 2 суток после начала лечения отмечена положительная динамика. Общеклинические анализы в пределах нормы, на основании чего сделано заключение о местном (тканевом) уровне подавления регенерация. Обратим внимание, что мазь «Стелланин-ПЭГ» активно стимулирует ранее угнетенные процессы регенерации, значительно повышает интенсивность деления клеток грануляционной ткани; в 2,4 раза ускоряет прорастание капилляров, в 7,5 раз увеличивает число фибробластов в ране (фибробласты – основные клетки, участвующие в восстановлении повреждённого кожного покрова). При наружном осмотре раны: уменьшение перифокальной гиперемии, снижение отека мягких тканей в области кожного дефекта, незначительное уменьшение его просвета (расстояния между краями раны). Грануляции ярко-розового цвета, приобрели зернистость (**Рис. 2**). Количество отделяемого из раны уменьшилось. Повязка практически чистая. Пальпация окружающих рану мягких тканей стала практически безболезненной. Таким образом, все объективные признаки свидетельствуют о правильно выбранной тактике лечения и эффективности применения препарата «Стелланин-ПЭГ» в фазе воспаления раны. Решено продлить курс лечения мазью «Стелланин-ПЭГ» до полного исчезновения признаков воспаления раны.



Рис. 2 – через 2-е суток после начала лечения

На 7 сутки полностью купированы признаки воспаления вокруг раны. Площадь раны практически уменьшилась вдвое. Грануляционная ткань заметно развита. Отделяемое из раны незначительное. (**Рис. 3**). Дальнейшие перевязки препаратом мазь «Стелланин-ПЭГ» 3% рекомендованы с кратностью 1-2 раза в сутки. Курс антибиотикотерапии решено не продолжать.



Рис. 3 – на 7-е сутки лечения

На 12 сутки с момента начала лечения – при осмотре определяется рана, эпителизирующаяся под струпом, размер (см) 2,0×0,3. Отделяемое отсутствует (**Рис. 4**). Достигнутое состояние раны признано удовлетворительным для возможности начать курс лучевой терапии.



Рис. 4 – на 12-е сутки лечения

Вывод. Препарат «Стелланин-ПЭГ» хорошо зарекомендовал себя в местной терапии ран в амбулаторных условиях. Мазь «Стелланин-ПЭГ» обладает выраженным регенерирующим, антибактериальным, противовоспалительным и противоотечным действием, причем сочетание этих фармакотерапевтических эффектов особенно важно для лечения хронических ран у наиболее тяжелых пациентов.