

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЯЗОК АСЕПТИСОРБ-ДТ И АСЕПТИСОРБ-ДК В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

**А. Садкеев**

Городская больница №7, Комсомольск-на-Амуре

**E-mail:** cizio.97@mail.ru

*Использование современных перевязочных средств, таких как АСЕПТИСОРБ-ДТ и АСЕПТИСОРБ-ДК, значительно сокращает переход от 1-й фазы раневого процесса ко 2-й у больных с необширными гнойными поражениями кожи и подкожной клетчатки.*

**Ключевые слова:** хирургия, фазы раневого процесса, необширные гнойно-воспалительные поражения кожи и подкожной клетчатки, перевязочные средства, АСЕПТИСОРБ-ДТ, АСЕПТИСОРБ-ДК.

Ни в одном отделе хирургии мы не имеем такого разнообразия предложенных средств и методов, как в отделе лечения ран.

*И.Г. Руфанов,  
академик АМН СССР, профессор*

**П**роблема лечения гнойных ран и эффективного воздействия на инфекционную флору сохраняет актуальность. В стационары нашей страны госпитализируется около 40% больных с этим видом патологии от общего числа пациентов хирургического профиля, т.е. в среднем по России – 700 тыс. человек в год [1]. Работа в отделении гнойной хирургии в 98% случаев предполагает лечение гнойных, гнойно-некротических и гнилостных ран, как первичных, так и операционных, и использование современных перевязочных средств приобретает особое значение в купе с эффективной общей терапией.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского рассматривает 1-ю фазу раневого процесса как наиболее важную [2]. Чем быстрее купируется воспаление и произойдет очищение, тем раньше ликвидируется общая интоксикация и создадутся предпосылки для ускоренной регенерации, эпителизации, хирургической пластики.

**Фазы раневого процесса (классификация академика АМН СССР М.И. Кузина, 1977):**

1-я – фаза воспаления – включает в себя следующие последовательно протекающие процессы: сосудистые реакции, экссудацию, выпадение фибрина, миграцию и выход форменных элементов, отек и инфильтрацию, очищение раны (3–5 сут);

2-я – фаза регенерации или пролиферации: миграция фибробластов, образование коллагена, новообразование сосудов, уменьшение отека и экссудации до исчезновения, развитие грануляционной ткани (2–4 нед);

3-я – фаза реорганизации рубца и эпителизации – эпителизация и перестройка рубца с образованием эластичных волокон, потерей воды (до нескольких месяцев).

В 1-й фазе раневого процесса основные задачи хирурга – борьба с микроорганизмами в ране; обеспечение адекватного

дренирования экссудата; содействие скорейшему очищению раны от некротических тканей; снижение проявлений воспалительной реакции.

Средние сроки очищения необширных ран (<50 см<sup>2</sup>) – 5–7 сут (Институт хирургии им. А.В. Вишневского, 2005 [3]) в зависимости от многих факторов. С целью эффективного лечения в 1-ю фазу раневого процесса в отделении гнойной хирургии Городской больницы №7 Комсомольска-на-Амуре использовались инновационные перевязочные средства АСЕПТИСОРБ-ДТ и АСЕПТИСОРБ-ДК производства ООО «М.К.Асептика» (Москва). Созданные на основе сшитого поливинилового спирта с диаметром частиц 0,10–0,65 мм в виде порошка с добавлением террилитина или коллагеназы и диоксида, они обладают отличными сорбционными, антибактериальными и протеолитическими свойствами. Необходимо отметить, что их применение не нарушает дренирующего эффекта благодаря формированию капиллярной сети при набухании частиц повязки. Инфекционные агенты с гнойно-серозным отделяемым активно впитываются сорбентом и превращаются в гель. Последний служит буферной основой, которая отделяет повязку от раны, обеспечивая атравматичность и безболезненность перевязок. Все приведенные эффекты способствуют быстрому купированию воспаления.

Поскольку эффективность указанных перевязочных материалов уже научно и клинически доказана (Казанский государственный медицинский университет [4]; клиники госпитальной хирургии Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва [5], и др.), для клинической оценки действия повязок и наглядной демонстрации результатов выбраны 25 пациентов с разными гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Больные принадлежали к разным возрастным группам, находились в удовлетворительном состоянии, получали одинаковую антибактериальную и обезболивающую терапию,

имели гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки (2-й уровень по Ahrenholz D., 1991), представленные абсцессами и карбункулами конечностей и туловища.

В день поступления производилась операция – вскрытие и дренирование гнойника. Наблюдение велось, начиная со следующих суток с момента наложения повязки. Рана велась открытым способом. При перевязке производились орошение 3% раствором перекиси водорода и осушка тампоном; затем засыпался тонким слоем (1–2 мм) АСЕПТИСОРБ-ДТ или АСЕПТИСОРБ-ДК. Сверху рану закрывали сухой стерильной марлевой салфеткой; повязку фиксировали бинтом или лейкопластырем. Кроме того, в ходе перевязок производилась некротомия – хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО).

Результаты обследования представлены в таблице.

У большинства пациентов с необширными гнойно-воспалительными поражениями кожи и подкожной клетчатки очищение раны на 20% наступило через 1 сут, у всех – через 2 сут. На 50% раневая поверхность освободилась от некрозов преимущественно на 2-е сутки. У наибольшего числа больных очищение раны на 80% наступило на 3-и сутки, а на 100% – на 4-е. Более длительно – 7 сут – 1-я фаза раневого процесса протекала у больных со вскрытыми абсцессами стоп на фоне диабетической ангиопатии нижних конечностей [6]. Динамика очищения ран наглядно отражена на рис. 1. У 22 (88%) пациентов уже на 3–4-е сутки произошло полное очищение ран. На 5–7-е сутки у всех больных закончилась 1-я фаза раневого процесса и началась 2-я, что автор рассматривает как хороший результат.

В течение 1 сут раневое отделяемое преобразовывалось сорбентом в крупнозернистый гель. Поверхностная марлевая салфетка и бинт пропитывались серозным отделяемым, что доказывает отличные дренажные возможности материала. Гель вместе с расплавленными некротическими массами легко отделялся при обработке раны 3% раствором перекиси водорода или физиологическим раствором, обнажая розовые здоровые подлежащие ткани. Протеолитический эффект расценен как отличный по всей площади соприкосновения во всех случаях. Плотные некрозы удаляли хирургическим путем (ХОГО), рыхлые – тампоном во время обработки. Значительное уменьшение отека, гиперемии и инфильтрации вокруг ран достигнуто уже в 1-е сутки лечения. Повязка не вызывала дискомфорта у пациентов, безболезненно накладывалась и удалялась. Полное очищение ран наступало на 4-е сутки в большинстве случаев. Как уже отмечалось, исключение составили пациенты с сахарным диабетом, у которых были вскрыты абсцессы стоп.

Для демонстрации эффекта лечения выбраны 2 клинических случая: 1-й – пациент 42 лет с карбункулом на правой кисти, 2-й – больная 60 лет с постинъекционным абсцессом правой ягодицы. В обоих случаях в течение первых 2 ч с момента поступления выполнено вскрытие гнойника с дренированием салфетками с гипертоническим раствором. На следующий день производилась перевязка с АСЕПТИСОРБ-ДТ и АСЕПТИСОРБ-ДК методом припудривания тонким слоем (2 мм). У пациента №1 (рис. 2, 3) при 1-м наложении повязки при отсутствии опыта рана была заполнена порошком на 2/3 глубины. На рис. 2 представлена рана на 1-е и 2-е сутки после вскрытия карбункула с повязкой и без нее. Уменьшились отек и гиперемия, кожа стала более бледной. Некрозов серого цвета и участков гнойного расплавления на дне стало меньше, местами обнажилась здоровая розовая ткань. Инфильтрация краев раны уменьшилась.

Констатировано значительное уменьшение отека; кожа вокруг раны сморщилась, приобрела нормальный цвет. Некрозов на 4-е сутки не стало, появились сочные ярко-розовые

Анализ очищения площади раневой поверхности

Площадь очищения, %	Число больных						
	срок очищения раны, сут						
	1-е	2-е	3-е	4-е	5-е	6-е	7-е
20	20	25	–	–	–	–	–
50	2	18	22	23	25	–	–
80	–	–	18	22	23	25	–
100	–	–	–	22	23	24	25



Рис. 1. Динамика очищения ран у пациентов в 1-ю фазу раневого процесса с применением повязок АСЕПТИСОРБ-ДТ или АСЕПТИСОРБ-ДК

ИННОВАЦИОННОЕ ПОРОШКООБРАЗНОЕ  
ПЕРЕВЯЗОЧНОЕ СРЕДСТВО

# АСЕПТИСОРБ®

СОРБЕНТЫ ДРЕНИРУЮЩИЕ ПОЛИМЕРНЫЕ СТЕРИЛЬНЫЕ



**ОТ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ  
И ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ДО ЛЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ:**

- **В ХИРУРГИИ:**  
лечение инфицированных,  
гнойных и гнойно-некротических  
ран различной этиологии.
- **В ФЛЕБОЛОГИИ:**  
лечение различных видов ран,  
трофических язв.
- **В ЭНДОКРИНОЛОГИИ:**  
лечение синдрома  
диабетической стопы.
- **ЛЕЧЕНИЕ ВЛАЖНЫХ ПРОЛЕЖНЕЙ  
И ОЖОГОВ I И II СТЕПЕНИ.**



**АСЕПТИКА**

Производитель: ООО «М.К. Асептика»  
111524, Москва, ул. Электродная д. 9, стр. 3, пом. 2.  
Тел./факс: +7(495)660-18-00 [www.aseptica.ru](http://www.aseptica.ru)

**e-mail: [sorbent@aseptica.ru](mailto:sorbent@aseptica.ru)  
[www.aseptisorb.ru](http://www.aseptisorb.ru)**





**Рис. 2.** Рана тыла кисти: а – на 1-е сутки; б – рана с повязкой и в – после снятия повязки на 2-е сутки



**Рис. 3.** Рана тыла кисти на 3-и сутки (а); рана с марлевой салфеткой в 4 слоя и перед перевязкой (б); рана на 4-е сутки (в)

Рана до использования повязки АСЕПТИСОРБ-ДК в 1-й день после операции: гной на дне, некрозы и участки расплавления по краям, небольшая гиперемия вокруг раны. Далее (см. рис. 5, б) рана уже очищается, большей частью – на дне, где находился порошок; по краям количество гнойных некротических масс также уменьшилось. На 3-и сутки (см. рис. 5, в) рана практически очистилась, гиперемия вокруг раны сошла, наблюдаются небольшие участки некрозов кожи; появились тонкие слои грануляции, незначительный некроз в месте наложения швов с целью гемостаза (см. рис. 5, г). На 4-е сутки (см. рис. 5, д) рана – чистая. Повсеместно выявляются ярко-алые грануляции, которые незначительно кровоточат после контакта с марлевым тампоном.

Использование перевязочных средств АСЕПТИСОРБ-ДТ и АСЕПТИСОРБ-ДК в 1-ю фазу раневого процесса полностью соответствует первым 3 современным принципам местного лечения – TIME, т.е. мировым стандартам:

- **T** (tissue) – удаление нежизнеспособной ткани;
- **I** (infection) – подавление инфекции;
- **M** (moisture) – контроль уровня влажности в ране;
- **E** (edge) – стимуляция репаративных процессов или эпителизации.

Приведенные данные позволяют сделать следующие выводы:

- использование указанных повязок значительно сокращает переход от 1-й фазы раневого процесса ко 2-й у больных с необширными гнойными поражениями кожи и подкожной клетчатки;
- повязки удобны при любой форме ран;
- они обеспечивают комфорт для пациента, так как их легко накладывать и удалять;
- подтверждена атравматичность повязок АСЕПТИСОРБ;
- доказаны их отличные сорбционная и дренажная функции;
- АСЕПТИСОРБ-ДК и АСЕПТИСОРБ-ДТ дают хороший протеолитический эффект;
- достоверен их противовоспалительный эффект при использовании у всех групп пациентов;
- повязки хранятся в небольших легких упаковках при любой температуре, удобны для транспортировки;
- приведенные клинические примеры позволяют рекомендовать использование повязок АСЕПТИСОРБ-ДК и АСЕПТИСОРБ-ДТ в 1-ю фазу раневого процесса с 1-х суток после операции.

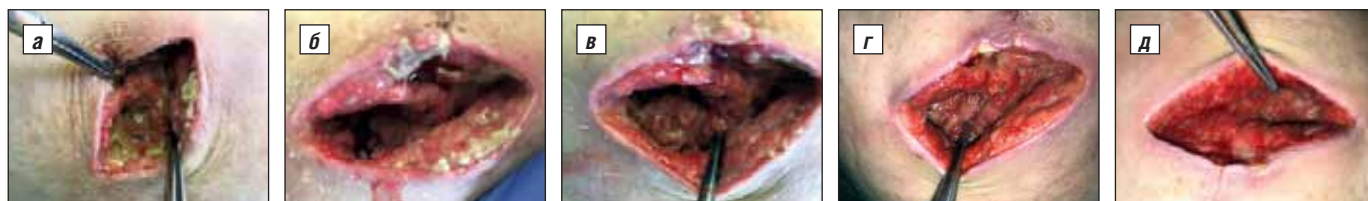
островки грануляционной ткани; отметим влажность поверхности. Края раны сгладились. Наблюдалось шелушение эпидермиса. Видно, что салфетка пропиталась за сутки раневым отделяемым, которое прошло через сорбент, что подтвердило наличие капиллярной дренажной функции.

На рис. 4 представлены повязки АСЕПТИСОРБ-ДТ и АСЕПТИСОРБ-ДК. Упаковка удобна для транспортировки, просто открывается, легкая, хорошо хранится при любой температуре, содержимое легко высыпается из пакетика.

На рис. 5 показана рана после вскрытия постинъекционного абсцесса на 1, 2, 3-и, 4-е сутки после операции. Отмечались те же положительные эффекты, несмотря на большую раневую поверхность, более зрелый возраст больной, иные этиологию возбудителя и возникновения гнойного очага. Некрэктомия в послеоперационном периоде не проводилась.



**Рис. 4.** Повязки: в упаковке – по 5 пакетиков; для наглядности показан пакетик внутри упаковки; масса пакетика – 1 г



**Рис. 5.** Рана до операции и на 1, 2, 3, 4-е сутки после операции (соответственно а, б, в, г, д)

---

## Литература

1. <http://www.zdrav.ru/articles/4293655321-qqess6-12-m9-15-09-2012-mikrobiologicheskij-monitoring-patogenov-gnoyno-vospalitelnyh-zabolevaniy-v-hirurgicheskikh>.

2. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева / М.: Медиа Медика, 2003; с. 335–44.

3. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. с др. Профилактика и лечение инфекции в хирургии. Методические рекомендации. / М.: РГМУ, 2002; 75 с.

4. Корейба К.А., Усманов М.А., Минабутдинов А.Р. Асептисорб в лечении больных синдромом диабетической стопы // Практическая медицина. – 2014; 5 (81): 136–43.

5. Грекова Н.М., Бордуновский В.Н. Хирургия диабетической стопы / М.: Медпрактика-М, 2009; 188 с.

6. Удовиченко О.В., Грекова Н.М. Диабетическая стопа / М., 2010.

---

### **APPLICATION OF THE BANDAGES ASEPTICORB-DT AND ASEPTICORB-DC IN THE TREATMENT OF PURULENT WOUNDS**

**A. Sadkeev,**

*City Hospital Seven, Komsomolsk-on-Amur*

*The application of current bandages, such as ASEPTICORB-DT and ASEPTICORB-DC, substantially reduces the transition from the first phase of a wound process to the second one in patients with non-extensive purulent damages to the skin and subcutaneous tissue.*

**Key words:** surgery; wound process phases; non-extensive purulent damages to the skin and subcutaneous tissue; bandages; ASEPTICORB-DT, ASEPTICORB-DC.