

Ранозаживляющую активность «баданопласта» в эксперименте исследовали на моделях плоскостной кожно-мышечной, инфицированной раны и химического ожога кожи. На всех экспериментальных моделях повреждений кожи была установлена выраженная ранозаживляющая активность «баданопласта». Об этом свидетельствовали заживление ран в более ранние сроки, а также более полноценная структурная организация новообразованной ткани, что подтверждалось результатом тензиометрии — под влиянием «баданопласта» отмечалось повышение прочности рубцовой ткани на 33 % по сравнению с контролем. Известно, что скорость и прочность сращения раневых краев обусловлены сложным комплексом биологических процессов, происходящих в ране, и, в первую очередь, связана с пролиферацией соединительнотканых элементов. Показатели механической прочности и скорость эпителизации раны находятся в прямой зависимости от указанных процессов и поэтому объективно отражают развитие и течение последних.

Разработана комплексная методика лечения больных с трофическими язвами нижних конечностей с использованием флебосклеротерапии и ранозаживляющего средства «баданопласт» в клинике. Увеличение количества клеточных элементов на язвенной поверхности, ответственных за репаративные процессы (макрофаги, фибробласты, тучные и гигантские многоядерные клетки), происходило в среднем на 3 суток раньше у больных с применением «баданопласта», в сравнении с пациентами, которым проводилась только флебосклеротерапия. Кроме того, отмечалось наиболее раннее появление грануляционной ткани типичной структуры и ее созревание, рубцевание, эпителизация и закрытие дефекта. Микробиологическое исследование отпечатков трофических язв показали, что при сочетанном применении склеротерапии и «баданопласта» у пациентов наступает полное очищение язвенной поверхности от патогенной микрофлоры на 10–14-е сутки от начала лечения. Комплексное применение склеротерапии и «баданопласта» способствовало сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Таким образом, исследование растительного препарата — экстракта черных листьев бадана в форме коллагеновой губки «баданопласт», в качестве ранозаживляющего и противоязвенного средства, действующего на протяжении всего раневого процесса, позволяет рекомендовать его к применению в клинической практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Колла В.Э. Перспективы поиска стимуляторов регенерации среди растительных препаратов, содержащих биофлавоноиды / В.Э. Колла, П.Л. Билич // Фармакологическая регуляция регенераторных процессов в эксперименте и клинике: Межвузовский сборник ГГУ. — Горький, 1978. — С. 3–10.
2. Лубсандоржиева П.Б. Фитохимическая характеристика листьев бадана толстолистного и получение адаптогенного средства: Дисс. ... канд. фарм. наук. — Улан-Удэ, 1997. — 142 с.
3. Толстых П.И. Клиническое применение иммобилизованных ферментов в хирургии / П.И. Толстых, В.К. Гостищев, А.Г. Власов // Хирургия. — 1985. — № 9. — С. 129–136.
4. Чаадаев А.П. Современные методики местного медикаментозного лечения инфицированных ран / А.П. Чаадаев, А.Д. Климиашвили // — Хирургия. — 2003. — № 1. — С. 54–56.
5. Региональное здравоохранение на рубеже тысячелетий: от истории к развитию: материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию В.В. Тармаева (Улан-Удэ, 16 марта 2007 г.). — Улан-Удэ: ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2007. — 288 с.

**Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, И.Н. Номоконова**

### **РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Читинская Государственная медицинская академия (Чита)*

Лечение больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы (ГНФСДС) в настоящее время представляет собой трудную задачу в связи со значительным ростом антибиотикоустойчивых форм различных микроорганизмов, снижением иммунорезистентности организма, особенностями течения раневого процесса.

Лечение больных с ГНФСДС требует комплексного лечения, разработки новых методов лечения, лекарственных препаратов. В связи с широким развитием лимфологии в последние годы широко применяются лимфотропные методы введения лекарственных препаратов. Данный метод создает высокую и длительно удерживающуюся концентрацию препарата в крови, обеспечивает санацию лимфатической системы с повышением иммунной активности организма.

Одним из последних достижений химико-инженерной технологии является создание нового регуляторного пептида — рекомбинантного дрожжевого интерлейкина-2. Данный препарат рекомендуется использовать на всех фазах вторичной иммунной недостаточности. Очевидны три стратегических направления применения препарата — с целью иммунопротекции, иммунокоррекции и иммунореставрации. Иммунокорректирующее действие препарата направлено на усиление и оптимизацию противобактериального, противовирусного, противогрибкового иммунитета. Также положительным качеством ронколейкина является регионарный и местный иммуномодулирующий эффект, что позволяет использовать данный препарат непосредственно в очаге инфекции (внутриплеврально, внутреуретрально, в виде инстилляций в околоносовые пазухи) и регионально (лимфотропное введение препарата).

Для оценки эффективности лимфотропной иммунотерапии с использованием рекомбинантного ИЛ-2 (Ронколейкин «Биотех») мы проводили лечение 2 групп больных с ГНФСДС. Наш выбор был обоснован имеющимися у таких больных явлениями вторичного иммунодефицитного состояния. Течение раневого процесса у больных сахарным диабетом имеет свои особенности. Сахарный диабет и гнойные заболевания мягких тканей являются заболеваниями взаимоотягощающими друг друга. Протекание воспалительного процесса у этих больных зависит также от возраста больных, локализации очага, формы заболевания.

Лимфотропная терапия с использованием данного препарата нами проведена в комплексной терапии ГНФСДС у 24 пациентов. Контрольную группу составил 41 пациент. Препарат вводился подкожно в 1–2 межпальцевые промежутки стоп, а также в ряде случаев подкожно в области задней поверхности голени. Для этого накладывали манжетку от аппарата Рива-Роччи на среднюю треть бедра и создавали там давление 40 мм рт. ст. Предварительно, за 8–10 минут перед введением препарата, с целью усиления проницаемости лимфатических капилляров подкожно вводили лидазу, а затем ронколейкин в дозе 250 тыс. ЕД с интервалом 3–5 дней.

Клинические наблюдения за этими больными показали, что у них через 4–6 дней температура начинает нормализоваться, а лейкоцитоз — снижаться, происходит уменьшение отека и инфильтрации тканей на 10–14 сутки, гнойного отделяемого — на 14–16 день, очищение площади язв — на 21–24-е сутки, появление грануляций — на 27–29 день, эпителизация язв — на 33–35 сутки. В 4 случаях достигли практически полного заживления язвенных дефектов. В контрольной группе, соответственно, уменьшение отека на 15–17 день, гнойного отделяемого — на 25–27 день, очищение площади язв — на 30–32 сутки, образование грануляций — на 35–37 день, эпителизация — на 42–45 день. Сравнение этой группы больных с контрольной, 39 пациентам которой проводилось лечение традиционными способами, показало, что при лимфотропной терапии гнойно-некротических форм СДС с использованием ронколейкина в 1,2–1,5 раза быстрее стихает воспалительный процесс, и сокращаются сроки заживления язв. Осложнения (лимфаденит, некроз) в основной группе наблюдались в 19 %, в контрольной — в 25 % случаев. Средние сроки лечения составили в основной группе 34–36 койко-дней, в контрольной — 39–41 койко-дней.

Таким образом, регионарная лимфотропная терапия при лечении гнойно-некротических форм СДС легко доступна, технически проста, не требует микрохирургического инструментария, сопровождается положительной динамикой клинико-лабораторных данных.

**Л.В. Борбоев, А.Н. Плеханов, Е.В. Петров**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПОЛИФИТОХОЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ**

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)  
Бурятский научный центр СО РАН (Улан-Удэ)*

Проблема лечения больных с хронической дуоденальной непроходимостью до настоящего времени остается нерешенной. Многочисленные результаты лечения больных с данной патологией основываются на таких показателях, как режим (обязательная госпитализация), диета (исключение из рациона питания грубой пищи) и комплексное лечение с использованием широкого арсенала медикаментозных препаратов. Все эти аспекты терапевтического лечения, учитывая их малоэффективность, требуют пересмотра.

В настоящее время в стране возрос интерес к фитотерапии. При заболеваниях гепатобилиарной зоны используются различные лекарственные фитопрепараты: дезинтоксикационные, противовоспа-