

Տ. Ա. ՄՍԻՍԵԱՆ, Վ. Վ. ՏԵՄԵՐԺՅԱՆ, Գ. Ս. ՏԱՐԿԻՍՅԱՆ,
Մ. Գ. ՄԱՐԿԱՐՅԱՆ, Լ. Բ. ԵՎՈՐԿՅԱՆ

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО АНТИМИКРОБНОГО ПРЕПАРАТА КОРИНАЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ИНФИЦИРОВАННЫХ И ВЯЛОЗАЖИВАЮЩИХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ

Антибактериальная и антимикробная терапия инфицированных и вялозаживающих ран до настоящего времени является одним из эффективных методов лечения. Успешно применяются антибиотики широкого спектра действия: левомецетин, биомицин, неомицин, мономицин и др. Длительное и бесконтрольное применение антибиотиков в большинстве случаев приводит к образованию устойчивых форм патогенных бактерий. Этим и можно объяснить случаи неэффективности антибиотиков при лечении вялогранулирующих ран, трофических язв и остеомиелитических свищей. В связи с этим в настоящее время опубликован ряд сообщений, в которых рекомендуется перед началом лечения непременно определять чувствительность микроорганизмов к антибиотикам [1 и др.].

В настоящее время актуальность проблемы синтеза новых антимикробных препаратов, эффективно воздействующих на полимикробную флору, приобретает особую важность.

Новый антимикробный препарат кориналь (паранитро α -хлоркоричный альдегид), синтезированный в лаборатории химической технологии Харьковского научно-исследовательского химико-фармацевтического института Б. Ю. Ясницким и Е. Б. Дольберг [2]—порошок с желтоватым оттенком, без запаха, хорошо растворим в дихлорэтане, ацетоне. Нерастворим в воде, спирте, эфире. Препарат малотоксичен.

Кориналь апробирован нами у 29 больных, страдающих тяжелыми формами обширных вялогранулирующих ран после ожогов, открытых переломов костей голени и трофических язв, осложненных инфекцией. Больные были в возрасте от 3 до 39 лет.

Проведено тщательное бактериологическое изучение действия кориналя на микрофлору раневой поверхности, а также реакции организма и окружающих рану тканей при применении этого антимикробного препарата.

Перед применением кориналя исследовалась чувствительность раневой микрофлоры к кориналю и антибиотикам—пенициллину, стрептомицину, левомецетину, биомицину, неомицину, мономицину. Одновременно производились исследования крови и мочи до и после применения кориналя. При микробиологическом исследовании раневой

поверхности больных была выявлена резкая чувствительность патогенной микрофлоры этих ран к кориналю. К вышеуказанным же антибиотикам, за исключением неомицина, препарат не чувствителен.

У большинства больных в раневом отделяемом обнаружены золотистый стафилококк, синегнойная палочка и протей. перевязки с кориналевой суспензией производились через каждые два дня.

В результате лечения кориналем у всех больных отмечено резкое уменьшение отделяемого и исчезновение гнойных налетов из раны (через неделю), у 12 больных—интенсивный рост грануляций и у 8—быстрая эпителизация небольших ран. У 9 больных вследствие подавления патогенной микрофлоры успешно произведена свободная кожная пластика.

Описываем три истории болезни:

Больная М. В. 31 год. Поступила с обширным дефектом мягких тканей (скальпированная рана размером 15×8 см) и открытым переломом нижней трети костей левой голени. Произведено скелетное вытяжение. На рану наложена мазезая повязка Вишневого. В дальнейшем рана нагноилась.

Микробиологическое исследование обнаружило смешанную флорукombинацию синегнойной палочки с золотистым стафилококком. Микрофлора раны не чувствительна к пенициллину, стрептомицину, левомицину, биомицину и даже к неомицину. Длительная комплексная антибиотикотерапия не дала результата. После наложения кориналевой суспензии наряду с общим лечением через 6 дней прекратилось выделение гноя, края раны стали розовыми и полностью очистилась от гнойных налетов. Произведенная в дальнейшем кожная пластика свободным аутолоскутом после предварительного санирования кориналем способствовала полному заживлению раны.

Больной В. А., 27 лет. Поступил с трофической язвой размером 5×3 см в области внутренней лодыжки правой нижней конечности. Гнойная язва 2-летней давности с зловонным запахом. Ранее лечился левомицитином, биомицином, преднизолоном и оксикортом безрезультатно. При бактериологическом исследовании обнаружены золотистый стафилококк, синегнойная палочка и протей. Лечение начато кориналевой суспензией. Через 2 недели язва полностью очистилась от гноя, исчез запах, края и дно язвы стали розовыми, постепенно началась эпителизация. Выписан на 22-ой день с полным зарубцеванием язвы.

Больной Д. А., 30 лет. Поступил с термическим ожогом II и III степени обеих нижних конечностей. Бактериологически обнаружена синегнойная палочка и золотистый стафилококк. Последние не чувствительны к пенициллину, стрептомицину, биомицину и слабо чувствительны к левомицину. Длительное консервативное лечение не предупредило инфицирования ожоговой раны. Курс лечения кориналем привел через 5 дней к полному подавлению роста золотистого стафилококка, а к 7-у дню и синегнойной палочки. Ожоговая поверхность полностью очистилась от гноя, что позволило произвести свободную кожную пластику и добиться полного приживления пересаженных лоскутов.

Наши наблюдения показывают, что на фоне комплексного лечения действие кориналевого антимикробного препарата на антимикробную и патогенную флору намного эффективной. Быстро подавляется рост золотистого стафилококка и синегнойной палочки, в результате чего создаются благоприятные условия для заживления трофических язв и длительно не заживающих ран. Последние после применения кориналя становятся относительно стерильными, что позволяет в дальнейшем произвести пластические операции. По сравнению с антибиотиками (пенициллин, стрептомицин, биомицин и др.) кориналь обладает более

выраженным бактериоцидным и стимулирующим действием на инфицированную вялотекущую рану.

Вышеизложенное позволяет нам рекомендовать кориналь для клинического применения с целью активного подавления роста смешанной патогенной микрофлоры при лечении гнойно-инфицированных и вяло-заживающих ран конечностей.

Институт травматологии и ортопедии
Министерства здравоохранения Арм. ССР

Поступило 12/III 1968 г.

Ս. Ա. ՄՈՒՇԵՂՅԱՆ, Վ. Վ. ՍԵՄԵՐՋՅԱՆ, Գ. Ց. ՍԱՐԳՍՅԱՆ, Մ. Գ. ՄԱՐԳԱՐՅԱՆ, Լ. Վ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՎԱՐԱԿԱՑԻՆ ԵՎ ԴԱՆԴԱՂ ԱՊԱՔԻՆՎՈՂ
ՎԵՐՔԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՆՈՐ ՀԱԿԱՄԻԿՐՈԲԱՑԻՆ ՊՐԵՊԱՐԱՏ
ԿՈՐԻՆԱԼԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ

Ա մ փ ն փ ու մ

Հեղինակները այրվածքներից հետո առաջացած ընդարձակ, դանդաղ ապաքինվող վերքերի ծանր ձևերով, սրունքների ոսկրերի բաց շարվածքներով և տրոֆիկական խոցերով (բարդացած վարակով) 29 հիվանդների մոտ, կլինիկական պայմաններում փորձարկել են կորինալ պրեպարատը, որը սինթեզվել է Խարկովի գիտահետազոտական քիմիկո-ֆարմացևտիկ ինստիտուտի կլինիկական լաբորատորիայում:

Հիվանդների մեծ մասի մոտ վնասված մասի միկրոֆլորայում միկրոբիոլոգիական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվել են կապտաթարախային ցուպիկ, ոսկեգույն ստաֆիլոկոկ, պրոտեյ և այլ պաթոգեն շտամներ:

Կորինալային քսուկով բուժելուց 7—10 օր հետո վերքի մակերեսը մաքրվում է թարախային, նեկրոտիկ մասերից, սկսվում է գրանուլացիա և վերքերի եզրային էպիթելիզացիա, ընդ որում, լրիվ բացակայում է պաթոգեն միկրոֆլորան:

Նկատի ունենալով կորինալ պրեպարատի մեծ էֆեկտիվությունը, հեղինակները առաջարկում են այն օգտագործել վերոհիշյալ տրոֆիկ վնասվածքների ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Колесов В. И., Макарова Е. Н., Сараева А. Н. Вестник хирургии, 1957, 4, стр. 13.
2. Ясницкий Б. Ю., Дольберг Е. Б. Вестник Киевского университета (серия биол. наук), 1962, 4, стр. 73.
3. Богданов Ф. Р., Литвиненко А. Д., Байшева В. Г. Ортопедия, травматология и протезирование, 1964, 7, стр. 22.