

ISSN 1684-9280

Травматология
ЖӘНЕ
Ортопедия

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА “БЕТАДИН” В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Т.У. БАТЫРОВ, Л.Г. МАКАЛКИНА, А.К. АЛЬТЕКОВА, Р.С. АБИШЕВ,
М.С. БАЛГАЗАРОВА, З.Н. СОБАРЬ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Жақ бет хирургиясы бөлімшесінде бетадин ерітіндісі (1:20) 495 науқасқа қолданылғанда басқа антисептиктерге қарағанда, оның тиімді қасиеті комплексті емдеуде екінші күні біліне басталды. Бетадин ерітіндісі (1:20) хирургиядағы қабыну және оның алдын алуда қолдауға ұсынылады.

On the of the analysis of an estimation of efficiency of application antiseptics betadin 495 patient of branch of maxillofacial surgery reveals better qualities of a solution betadin (1:20), in comparison with other antiseptics, which were showed for the second day of complex treatment. It is recommended betadin (1:20) to use a solution for treatment and preventive maintenance of purulent inflammations in surgery.

Применение активных антисептических средств является актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии [2, 6, 9]. Это связано с тенденцией к увеличению гнойной патологии, развитием резистентности микроорганизмов к действию часто применяемых антибиотиков и выявлением т.н. микст-инфекции, особенно при длительном пребывании пациента в стационаре [2, 6].

В связи с особенностями локализации повреждений, антисептик, используемый в челюстно-лицевой хирургии должен обладать полифункциональностью действия [9], т.е. наряду с широким спектром антибактериальной активности, оказывать ранозаживляющее, рассасывающее и дезинтоксикационное действие, быть косметически приемлемым. Еще одним важным требованием является сохранение эффективности антисептика в присутствии биологических субстратов (кровь, гной, слюна) и различной pH среды.

Современным антисептиком, хорошо зарекомендовавшим себя во всем мире и отвечающим всем требованиям клиницистов, является поливинилпирролидона йодид (бетадин). Такие свойства бетадина, как широкий спектр антимикробной активности, отсутствие развития устойчивости микроорганизмов, быстрое и продолжительное действие, отсутствие токсичности и раздражающего эффекта, делают его очень ценным средством профилактики и лечения гнойных осложнений в хирургии. Кроме того, бетадин не нарушает нормальный биоциноз кожи и слизистых оболочек и некоторыми авторами предлагается использовать его с целью восстановления их нормальной микрофлоры. Бетадин фиксируется на поврежденных участках кожи или слизистых и как

окислитель оказывает свое бактерицидное действие. С неповрежденных участков он легко смывается водой не окрашивая поверхность, что очень важно с косметической точки зрения. Из всех лекарственных форм бетадина для хирургии актуальны - раствор, мазь и мыло для обработки рук хирурга. В литературе имеется большое количество работ отечественных и зарубежных авторов об эффективности применения бетадина в хирургии, гинекологии, дерматологии, неонатологии [1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13].

Нами ранее было проведено клинико-экономическое исследование эффективности применения раствора бетадина в детской хирургии (5). После успешной первичной апробации в настоящее время бетадин используется нами как основной антисептик.

Целью нашего исследования было обобщить опыт применения бетадина в отделении челюстно-лицевой хирургии за 2002 год.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Раствор бетадина применялся у 603 пациентов при различных видах челюстно-лицевых манипуляций. Раствор бетадина применялся с лечебной целью (воспалительные и нагноительные заболевания челюстно-лицевых пространств) и для профилактики инфицирования при прочих оперативных вмешательствах. Бетадин применялся для обработки операционного поля (2-кратно с экспозицией по 2 мин), обработки полостей (разведение 1:20) и тампонады с использованием концентрированного раствора. Также он применялся для дренирования полостей и обработки швов после операции. Клиническая эффективность оценивалась по динамике состояния

послеоперационной раны или пространства и общему состоянию пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее частым оперативным вмешательством явилось вскрытие абсцессов, флегмон и прочих воспалительных состояний челюстно-лицевых пространств (495 случаев). Локализация абсцессов и флегмон в большинстве случаев была в поднижнечелюстном и крылочелюстных пространствах (82%). Все больные имели характерную клиническую картину, в которой ведущими синдромами были: симптомы гнойно-резорбтивной лихорадки, выраженной интоксикации и местные воспалительные явления, проявляющиеся покраснением, болью и отеком пораженной области. Анализы крови выявили признаки острой воспалительной реакции. В "пейзаже" высшей микрофлоры при нагноительных и воспалительных процессах преобладал *Staphylococcus aureus* (89%) и другие виды стафилококков.

Раствор бетадина был использован в качестве антисептика на всех этапах оперативного вмешательства: обработка места разреза, дезинфекция очага нагноения, промывание или смазывание в послеоперационном периоде. При обработке нагноившихся полостей их предварительно механически очищали и применяли 3% перекись водорода. Кроме того, общая схема лечения при необходимости включала в себя антибиотики и средства симптоматической и дезинтоксикационной терапии.

После вскрытия соответствующих челюстно-лицевых пространств, очищения полости и дренирования очага нагноения с применением бетадина, улучшение

состояния наступало в среднем на 3-5-е сутки. Уменьшался отек, гиперемия, боль в очаге поражения, снижалась температура тела и симптомы интоксикации. Дренируемое содержимое не имело неприятного запаха, раны становились сухими, и выздоровление наблюдалось в среднем на 7-10-е сутки течения заболевания.

Секвестрэктомия (17 случаев) проводилась по общепринятой схеме. После иссечения пораженного участка кости, полость обрабатывалась концентрированным раствором бетадина. Затем мы проводили дренирование концентрированным раствором в течение 2 суток. На 2-3-е сутки отмечалось очищение раны и пребывание больных в стационаре составило от 6 до 13 дней. У всех больных была отмечена положительная динамика местных и общих симптомов.

При синусэктомии после пред- и послеоперационной обработки полости носа раствором бетадина в разведении 1:20, в полость носа устанавливался тампон, пропитанный концентрированным раствором бетадина. После извлечения тампона на следующие сутки было выявлено, что тампон не имел характерного гнойного запаха, а раны были чистыми. К концу 4-5 суток наблюдалось появление грануляций и последующее заживление раневого дефекта. Ни в одном случае осложнений не было.

При пластических операциях (заячья губа и незарращение неба) и манипуляциях на слюнных железах бетадин применялся как антисептик для профилактики нагноений в до- и послеоперационном периоде. Отмечено хорошее заживление раны и снижение отечности на 2-5 сутки (таблица 1).

Таблица 1

**Клиническая эффективность применения раствора «Бетадин»
в челюстно-лицевой хирургии**

Проведенные операции	Кол-во больных	Время наступления эффекта	Продолжительность лечения
Вскрытие флегмон, абсцессов и пр.	495	3-5 сутки (неосложненные формы)	5 – 16 дней
Хирургическая обработка нагноившейся раны	17	2-5 сутки	7 – 8 дней
Синусэктомия	17	2-3 сутки	5 – 10 дней
Сиалоаденэктомия	13	2-3 сутки	5 – 10 дней
Секвестрэктомия кости лицевого черепа	17	2-3 сутки	6 – 13 дней
Удаление доброкачественных опухолей и удаление кист шеи	20	3-5 сутки	10-12 дней.
Манипуляции на слюнных железах	15	2-3 сутки	5 – 6 дней
Устранение заячьей губы и коррекция расщелины неба	9	3-5 сутки	9 – 11 дней
Всего:	603		

Таблица 2

Сравнительная оценка эффективности антисептиков

№ п/п	Название антисептиков	Сроки улучшения местного заживления			
		абсцесс	флегмоны	остемиелиты челюсти	«чистые» операции
1.	3% раствор H ₂ O ₂	3-7	4-8	4-8	4
2.	0,01% р-р хлоргексидина	3-4	4-6	4-7	3
3.	Раствор фурацилина 1:500	4-7	6-8	7-10	5
4.	Раствор KMnO ₄	4-7	5-7	6-8	5
5.	Бетадин (1:20)	2-4	2-5	3-6	2

По клиническим признакам местного заживления ран, в различных случаях применения бетадина раствор(1:20) показал лучшие результаты на 2-ой день комплексного лечения по сравнению с другими антисептиками (таблица 2).

Полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей. Так, Абикуловым К.А. и соавт. [1] было выявлено, что после тампоновой аппликации гнойной раны концентрированным раствором бетадина через 1 сутки роста золотистого и гемолитического стафилококка обнаружено не было. Аналогичные результаты были получены ими при обработке остеомиелитических полостей, ожоговых поражений и др. Мукушевым Н.Р. с соавт. раствор бетадина был применен при оперативном лечении эмпиемы плевры у больных туберкулезом [10]. Сроки обеззараживания эмпиемной полости уменьшались до 2-3 недель. Исследованиями Есенгараевой З.Б. и соавт. [8] была выявлена 100% эффективность применения бетадина в лечении травматических ран.

Ранее нами была выявлена высокая клинико-экономическая значимость применения бетадина в хирургической практике, т.к. при его применении среднее количество койко-дней уменьшилось в 1,2 раза [5]. Значительно снизились минимальные и максимальные сроки пребывания больных в стационаре, больные были выписаны из стационара на 1-2 суток раньше, чем в контроле. Необходимо отметить, что больные очень хорошо переносили бетадин, аллергических реакций или неприятных субъективных ощущений отмечено не было. Напротив, наблюдалось облегчение местных симптомов и улучшение общего состояния в кратчайшие сроки.

Анализ 2-летней работы с бетадином показал его высокую клинико-экономическую эффективность, снижение сроков пребывания больных в стационаре и затрат на лечение. Кроме того, бетадин удобен и экономичен в применении.

Таким образом, на основании собственного положительного опыта использования раствора бетадин в отделении челюстно-лицевой хирургии, мы считаем его одним из лучших антисептиков и можем рекомендовать более широкое применение бетадина для лечения и профилактики нагноительных заболеваний в челюстно-лицевой хирургии, стоматологии и общей хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абикулов К.А., Габидуллина С.Н., Альмамбетов О.Г., Любинский В.П. Опыт применения препарата "Бетадин" раствор, мазь в хирургической практике // Медицина. - Алматы. - 2000. - №5. - С.43-44.
2. Батпеноева Г.Р., Макалкина Л.Г., Сабадашова Н.Н., Потапова Т.А. и соавт. Применение препарата бетадин в детской практике // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - 2001. - №3. - С.110-114.
3. Бойко Г.И., Потыльчанская О.Л., Шатих Л.И. Комбинированная терапия экспериментального кандидоза слизистой оболочки полости рта // Стоматология. - Москва - 1987. - №1. - С. 20-21.
4. Доцанова А.М. Опыт применения раствора Бетадин для профилактики гнойно-септических осложнений после оперативного вмешательства в акушерской практике // Медицина. - Алматы, 2001. - №1. - С.63-64.
5. Дакенов Б.Ш., Абильдин Д.Е., Макалкина Л.Г., Касымбекоев М.А., Батыров Т.У., Абишев Р.С. Опыт применения раствора "Бетадин" в челюстно-лицевой хирургии у детей // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - 2001. - №3.
6. Дьяченко Ю.В., Семеченко Г.И. Стафилококковая флора слизистой оболочки полости носа и рта у больных с незаращениями верхней губы и неба // Стоматология. - Москва. - 1988. - №2. - С. 66-68.
7. Есенгараева З.Б., Сайлауова К.С., Косухин А.Б. Бетадин в дерматологической практике. // Центрально-Азиатский Медицинский журнал. - 1998. - Том IV. - №1. - С.48-49.
8. Есенгараева З.Б., Сайлауова К.С. Применение препаратов бетадина в лечении различных дерматозов // Алматы. - 1999. - 15 с.
9. Левенц А.А., Поляков А.В., Шуваалов С.М. Местное лечение гнойных ран лица и ш. // Челюстно-лицевая хирургия (Сиб. отделение РАМН). - 1993. - №1 - С.28-39.
10. Мукушев Н.Р., Зетов А.Ш., Джунсубекоев А.Д. и соавт. Роль бетадина в лечении туберкулеза легких // Медицина. - 2002. - №3. - С. 34-36.
11. Alhara M. et al. Prevention and control of nosocomial infection caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a premature infant ward-preventive effect of a povidone-iodine wipe of neonatal skin // Postgrad Med. J. - 1993. - 69 Suppl. 3: S 117-121.
12. Eason W. et al. Povidone-iodine at vaginal antisepsis for abdominal hysterostomy // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 1997. - 198: 1011-1016.
13. Rouge B., First A. The management of burns // Elsevier Sci. Publ. Co. Amsterdam. - 1997. - V.2 - Part C. 243.