

Препарат, производитель	Состав	Форма выпуска	Начало действия	Максимум действия	Длительность действия
Бринсуларп Ч (Brinsularp H) <i>Ферейн</i>	Полусинтетический монокомпонентный человеческий инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/мл флак. 10 мл	30 мин	1–3 ч	8 ч
Инсулид Р (Insulidd R) <i>Марвел</i>	Полусинтетический монокомпонентный человеческий инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/мл и 100 ЕД/мл флак. 10 мл	–	–	–
Инсуман Рапид (Insuman Rapid) <i>Авентис</i>	Нейтральный инсулин, идентичный человеческому, полученный ферментацией свиного инсулина	Р-р для инъекций 40 ЕД/мл флак. 10 мл и 100 ЕД/мл флак. 5 мл Р-р для инъекций 100 ЕД/мл картридж для шприц-ручки 3 мл	30 мин	1–2 ч	5–8 ч
Инутрал Инсулин НМ (Inutral Insulin NM) <i>ICN</i>	Рекомбинантный человеческий инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/мл флак. 10 мл	30 мин	2–4 ч	6–8 ч
НовоРапид Пенфилл (NovoRapid Penfill) НовоРапид ФлексПен (NovoRapid FlexPen) <i>Novo Nordisk</i>	Рекомбинантный инсулин аспарт, аналогичный человеческому	Р-р для инъекций 100 ЕД/мл картридж для шприц-ручки 3 мл Р-р для инъекций 100 ЕД/мл в предварительно наполненной шприц-ручке 3 мл Р-р для инъекций 100 ЕД/мл картридж для шприц-ручки 1,5 мл	10–20 мин	1–3 ч	3–5 ч
Пенсулин ЧР (Pensulin HR) <i>Ферейн</i>	Полусинтетический монокомпонентный человеческий инсулин	Р-р для инъекций 100 ЕД/мл картридж для шприц-ручки 1,5 мл	30 мин	1–3 ч	8 ч

Хоморан 40 (Homonar 40) <i>Pliva</i>	Рекомбинантный человеческий инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/ мл флак. 10 мл	30 мин	2,5–5 ч	8 ч
Хумалог (Humalog) <i>Lilly</i>	Рекомбинантный ЛизПроИнсулин, аналогичный человеческому	Р-р для инъекций 40 ЕД/ мл и 100 ЕД/мл флак. 10 мл Р-р для инъекций 100 ЕД/мл картридж для шприц-ручки 1,5 мл	15 мин	0,5–2 ч	3–4 ч
Хумулин Регулар (Humulin Regular) <i>Lilly</i>	Рекомбинантный человеческий инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/ мл и 100 ЕД/мл флак. 10 мл Р-р для инъекций 100 ЕД/ мл картридж для шприц- ручки 1,5 и 3 мл	30 мин	1–3 ч	5–7 ч

Животные инсулины короткого действия

Актрапид МК (Actrapid MC) <i>Novo Nordisk, Torrent</i>	Монокомпонентный нейтральный свиной инсулин	Сусп. для инъекций 40 ЕД/мл и 100 ЕД/мл флак. 10 мл	30 мин	1–3 ч	6–8 ч
Бринсуларип МК (Brinsulapir MC) <i>Ферейн</i>	Монокомпонентный нейтральный свиной инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/ мл флак. 10 мл	30 мин	1–3 ч	8 ч
Илетин II Регулар (Iletin II Regular) <i>Lilly</i>	Монокомпонентный нейтральный свиной цинк-инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/ мл и 100 ЕД/мл флак. 10 мл	30 мин	2–4 ч	6–8 ч
Инсулин Максрапид BO-C (Insulin Maxirapid WO-S) <i>Pollfa</i>	Монокомпонентный нейтральный свиной инсулин	Р-р для инъекций 40 ЕД/ мл флак. 10 мл	15–30 мин	2,5–5 ч	7–8 ч



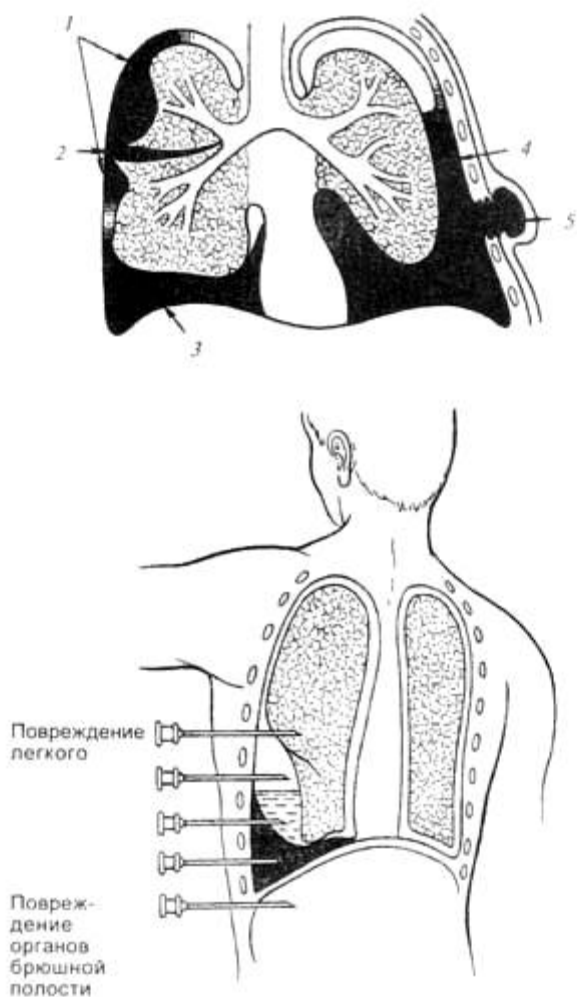


Рис. 4-5. Эмпиема плевры, возможные ошибки при пункции плевры.

- 1 - осумкованная эмпиема;
 2 - междолевая эмпиема;
 3 - диафрагмальная эмпиема;
 4 - пиопневмоторакс;
 5 - empyema necessitatis.

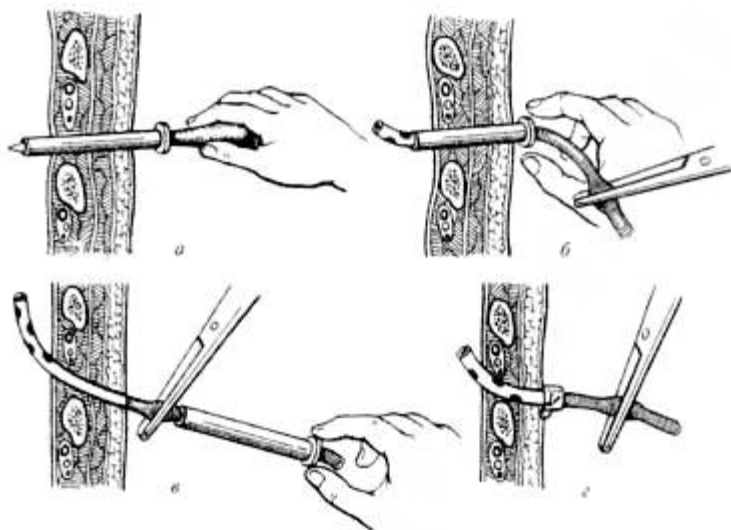


Рис. 6. Дренажирование плевральной полости при помощи троакара.

- а — пункция плевральной полости;
 б — проведение дренажа через канюлю троакара;
 в — удаление канюли троакара;
 г — фиксация дренажа.

гнойного плеврального содержимого с проточным орошением полости раствором антисептика через двухпросветные трубки (рисунок 7 на стр. 134).

Хроническая эмпиема плевры у больных сахарным диабетом подлежит оперативному лечению. Консервативная терапия малоэффективна и не способна излечить пациента от этого тяжелого заболевания. Операцию следует выполнять в специализированном отделении. Используют следующие методы операций:

1. открытый дренаж;
2. декортикация;
3. торакопластика.

Перитонит при сахарном диабете

Этиологии, особенностям клинической картины, диагностике, а также различным вариантам лечения больных с перитонитом на фоне сахарного диабета посвящено большое число публикаций как в отечественной, так и в зарубежной медицинской литературе. Этот вопрос интересует клиницистов по двум причинам: во-первых, сама проблема перитонита, как одного из

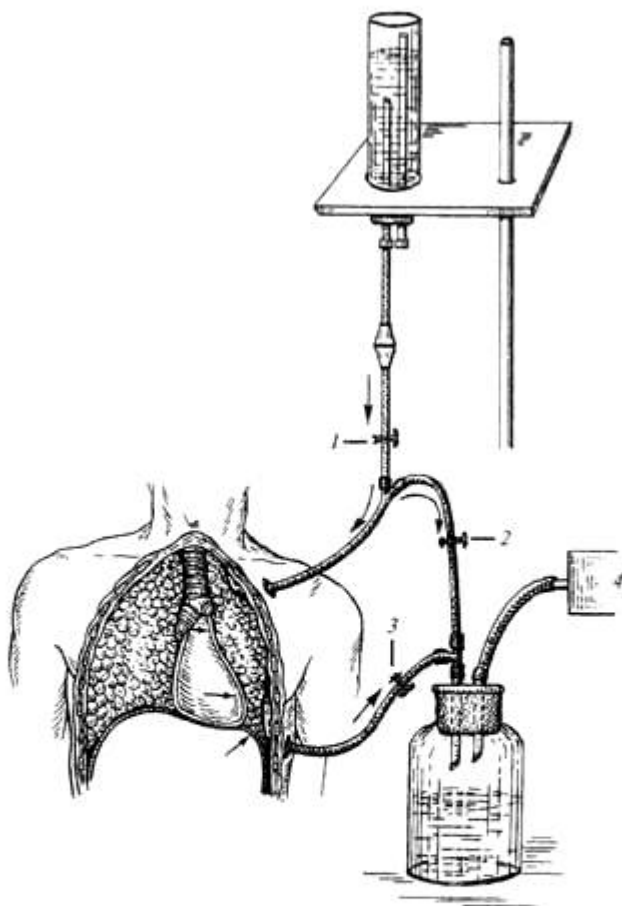


Рис. 7. Активное потоочно-аспирационное дренирование при эмпиеме плевры.

1 — зажим на системе для заполнения полости раствором антисептика,
2, 3 — зажимы на вакуумной системе,
4 — отсос.

наиболее опасных и тяжелых хирургических заболеваний, не является решенной; во-вторых, у больных сахарным диабетом течение перитонита имеет специфические особенности и сопровождается достаточно высокой летальностью. Это подталкивает исследователей к поиску новых, более совершенных вариантов своевременной диагностики, эффективного лечения и

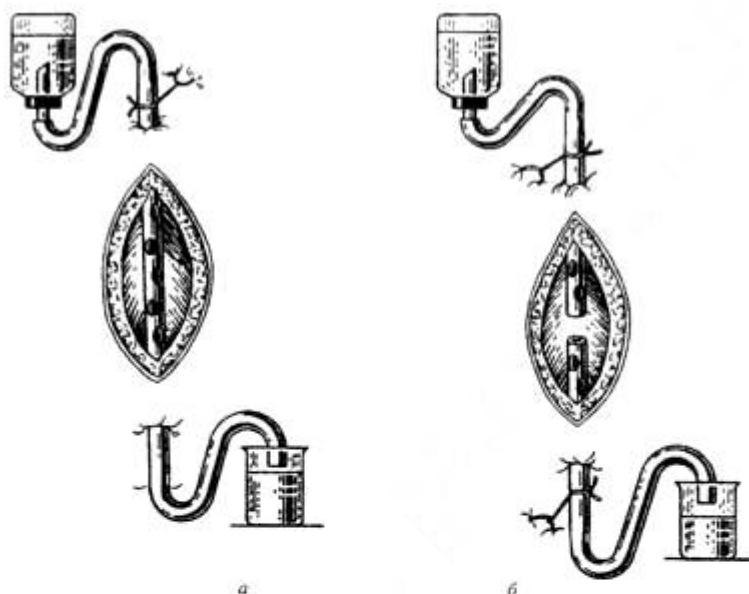


Рис. 10. Дренажирование раны.

а — активный открытый антибактериальный дренаж одной трубкой;
б — то же двумя трубками.

ных тканей, микрофлору. К выпускному дренажу может быть налажен вакуумный аспиратор. Недостатком постоянного проточно-промывного дренирования является то, что с течением времени промывной раствор образует как бы «каналы» в гнойной полости, и жидкость начинает омыwać только часть гнойника по пути наименьшего сопротивления. Таким образом могут образовываться новые гнойные полости и затеки.

Фракционное проточно-промывное дренирование лишено этого недостатка. При этом виде дренирования гнойную полость вначале постепенно заполняют антисептическим раствором при закрытом выпускном дренаже. Затем, после экспозиции в 1-3 часа, выпускной дренаж открывают и дренируемую полость опорожняют. Такие циклы повторяют 5-6 раз в сутки. Экспозиция антисептика, раствора антибиотика или ферментативного препарата в гнойной полости способствует более интенсивному лизису некротизированных тканей и гибели микрофлоры, и способствует более быстрому купированию воспалительного процесса.

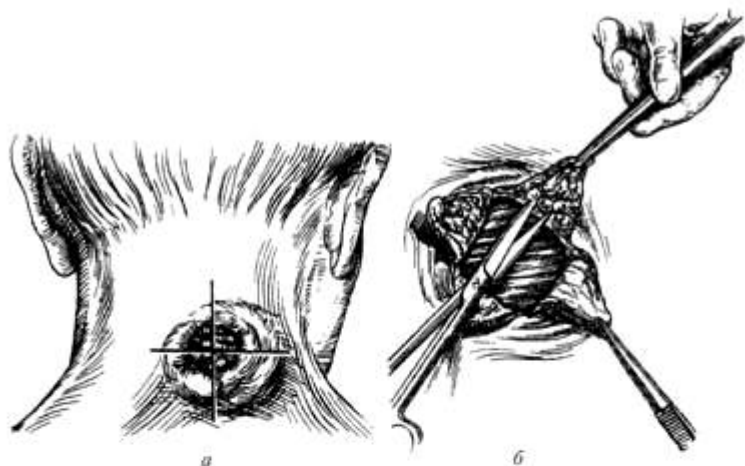


Рис. 11. Рассечение карбункула (а) и иссечение некротизированных тканей (б).

Операция при карбункуле

Суть операции при карбункуле сводится к рассечению и иссечению некротизированных тканей (рисунок 11). Это достигается выполнением перпендикулярных крестообразных разрезов. Их начинают со здоровых участков кожи и рассекают на всю глубину воспаленные и некротизированные ткани. Образовавшиеся после этого лоскуты отпрепаровывают от подлежащей фасции. Выполняют иссечение некротизированных тканей (кожи, подкожной клетчатки) на каждом лоскуте. При наличии гнойных затеков их вскрывают. При некрозе подлежащей фасции показано ее иссечение. Рану обильно промывают антисептиком (например, 3 % раствором перекиси водорода) и на первые сутки дренируют марлевым тампоном с гипертоническим раствором или перекисью водорода. Возможно использование протеолитических ферментов.

ный разрез кожи отступя от ануса на 3-4 см. На высоте инфильтрата рассекают кожу, подкожную клетчатку и фасцию. Проникают в ишиоректальную ямку и опорожняют гнойник. После ревизии полости пальцем и разрушения септ вводят трубку для дренирования гнойника.

Пельвиоректальный абсцесс вскрывают полуовальным разрезом кнаружи от ануса на 3-4 см. После вскрытия ишиоректального клетчаточного пространства (описано выше) рассекают его жировую клетчатку до тазового дна, разводят рану и параллельно прямой кишке расслаивают или рассекают мышцу — леватор ануса. В результате этого пельвиоректальный абсцесс вскрывается. Гнойник опорожняют, ревизируют, промывают и дренируют трубкой.

Ретроректальный абсцесс может располагаться на глубине до 10 см от анального отверстия. Вскрывают его при коленно-локтевом положении больного на операционном столе. Выполняют полуовальный разрез между верхушкой копчика и анусом. В прямую кишку вводят палец для профилактики ее повреждения при операции и выпячивают ее заднебоковую стенку. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и фасцию. Затем поэтапно пересекают и отпрепаровывают ткани ближе к передней поверхности копчика и крестца. Дойдя таким образом до гнойника, его опорожняют, промывают и дренируют трубкой. На рисунке 27 представлены линии разрезов при парапроктите.

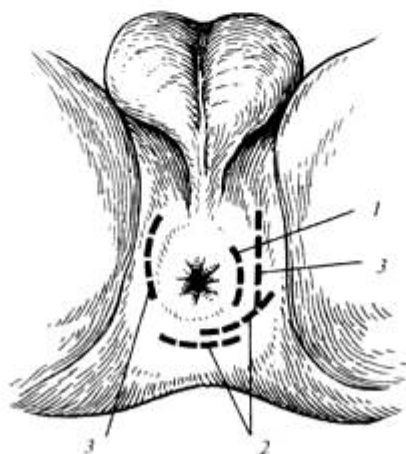


Рис. 27. Разрезы, применяемые при острых парапроктитах.

1 — периаанальный абсцесс; 2 — позадипрямокишечный; 3 — ишиоректальный.