

Т.В. Азарова, А.А. Глухов, Н.Г. Коротких
**СОКРАЩЕНИЕ СРОКОВ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ НА ФОНЕ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОДИСПЕРСНЫХ
ПОТОКОВ РАСТВОРА АНОЛИТА**

ГБОУ ВПО ВГМА им.Н.Н. Бурденко Минздрава России

Резюме: проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и этиопатогенетическое лечение 66 пациентов в возрасте от 20 до 76 лет, страдавших флегмонами челюстно-лицевой области и шеи, которым ежедневно производились перевязки. Эффективность лечения повышалась путем разработки и внедрения в клиническую практику метода обработки гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи микродисперсным потоком анолита. Раны в более короткие сроки отчищаются от тканевого детрита, что ведет к раннему наложению вторичных швов и, как следствие, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и период временной нетрудоспособности населения.

Ключевые слова: флегмоны, челюстно-лицевая область, анолит, микродисперстные потоки.

Актуальность. Проблема лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи продолжает оставаться актуальной на современном этапе (1, 2, 13, 14, 15). В настоящее время разработаны и внедрены в практику стандарты для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, включая необходимость проведения адекватного хирургического вскрытия и дренирования гнойного очага, назначение (1, 7, 10), антибактериальной, детоксицирующей, противовоспалительной терапии, коррекция систем гомеостаза. (14, 15).

Существует множество способов местного воздействия на гнойную рану. Широкое применение в лечении таких ран получили протеолитические ферменты, что обусловлено их некролитическим и противоотечным действием. К недостаткам всех протеаз при их местном применении следует отнести отсутствие лизирующего воздействия на коллаген, а также кратковременность их действия (инактивируются через 20-30 мин), в результате чего невозможно добиться полного очищения раны (6). В течение ряда лет с успехом применяются поверхностно-активные вещества: 0,5-1% раствор диоксидина или 0,02-0,05% раствор хлоргексидина. Разработаны биологически активные перевязочные материалы, которые представляют собой новые формы повязок для ран, сочетающие в себе неспецифические сорбционные свойства углеволокнистой основы и специфическое локальное действие введенных в нее биологически активных добавок. Так же широко используются сорбенты, мази на гидрофильной, гидрофобной основе, полупроницаемые мембраны и диализирующие растворы, обработка пульсирующей струей жидкости, лечение ран в управляемой абактериальной среде, использование озона и гидропрессивных технологий, ультразвуковое, фотовоздействие, иммуномодуляторы, лазер, криовоздействие, биологические способы, комбинированные методы и т.п.

Таким образом, все способы медикаментозного воздействия на гнойную рану сводится к использованию средств физической, технической, химической и биохимической антисептики или их комбинации. (5-9, 11, 13, 16-18). Несмотря на все вышесказанное, тактика ведения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, требует коррекции в подходах к местному лечению больных.

Цель работы. Повышение эффективности лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи путем разработки и внедрения в клиническую практику метода обработки гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи микродисперсным потоком анолита.

Материалы и методы. За период с сентября 2011 по сентябрь 2012 года, в рамках настоящего исследования, проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и этиопатогенетическое лечение пациентов, страдавших флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Обследование и лечение больных проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии №1, 2 ГУЗ ВОКБ№1. Под наблюдением находилось 66 пациентов в возрасте от 20 до 76 лет. Из них мужчин 38 (57, 6%), женщин - 28 (42,4%). Ежедневно производились перевязки. Все пациенты были распределены на три группы (основную и две контрольные), по 22 человека в каждой (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу в группах

Группа	Мужчины	Женщины	Общее количество человек в группе
Основная	10	12	22
I контрольная	12	10	22
II контрольная	18	4	22

Пациентам основной группы проводили обработку гнойных ран микродисперсным потоком раствора анолита (рН6,5-7,2 ОВП + 750-920 мВ). С целью создания и нагнетания в рану микродисперсного потока анолита использовалось устройство для гидропрессивной обработки ран УГР-01. Обработка проводилась с расстояния 10,0-15,0 см от поверхности воздействия до конца сопловой системы (3,7). Проведение гидропрессивных санаций продолжалось до очищения раневой поверхности от гнойно-некротических масс и появления белесоватого налета, после чего на рану накладывалась асептическая повязка

Распределение больных основной группы по локализации процесса



Рис.1

Больным первой контрольной группы раны обрабатывали микродисперсным потоком 0,05% водного раствора хлоргексидина. Нагнетение раствора в рану проводилось с помощью аппарата УГР-01, методика санации аналогична таковой в основной группе.

Распределение больных I контрольной группы по локализации процесса



Рис.2

Больным второй контрольной группы раны обрабатывали раствором анолита аппликационным методом, после чего накладывалась асептическая повязка.

Распределение больных II контрольной группы по локализации процесса



Рис.3

С момента появления в ране первых грануляций, больным основной и первой контрольной групп раны обрабатывали раствором католита (рН 7,4-8,0, ОВП - 680-720) без применения гидропрессивной технологии, после чего накладывались вторичные швы.

Оценку эффективности комплексного лечения осуществляли с помощью общеклинических методов исследования. Материал для бактериологического исследования забирался интраоперационно, во время второй перевязки и перед наложением вторичных швов.

Результаты исследования. При анализе данных, полученных при лечении больных основной, I и II контрольных групп были получены следующие результаты.

Бактериологическое исследование раневого отделяемого у больных основной, I и II контрольных клинических групп позволило выявить особенности микробного пейзажа гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи. Установлено, что Staph. Aureus, Staph. Epidermidis имели место у 38 (57%) пациентов, грамм отрицательные микроорганизмы (Escherichia coli, Proteus spp., Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella spp.) были обнаружены у 16 (24%), в 12 (19%) случаях рост микрофлоры не был выявлен.

Число микробных тел в 1 грамме ткани в день поступления в стационар и проведения оперативного лечения у больных всех трех групп составляло, в среднем, 10^4 . На фоне проводимого лечения у пациентов основной группы уже на 2-е сутки после оперативного лечения данный показатель снизился до 10^2 , а к моменту наложения вторичных швов микроорганизмы в ране не определялись. В I контрольной группе динамика снижения уровня микробных тел была достоверно менее выражена в сравнении с основной группой. На 2-е сутки после операции количество микробных тел в 1 грамме ткани достоверно не отличалось от уровня в день поступления, а к моменту наложения вторичных швов уровень микробной обсемененности раны составлял 10^2 . При исследовании раневого отделяемого у больных II контрольной

группы отмечено, что на 2-е сутки после оперативного лечения число микробных тел снизилось до 10^3 в 1 грамме ткани, к моменту наложения швов микроорганизмы практически не определялись.

В основной группе вторичные швы накладывались на 5,8 сутки, что на 1,2 суток меньше, чем в I контрольной группе и на 0,8, чем во II контрольной группе (табл. 2).

Таблица 2

Сравнение сроков наложения вторичных швов и пребывания в стационаре у пациентов разных групп

Группы	Сроки наложения вторичных швов, сутки	Сроки пребывания в стационаре, сутки
Основная	5,8	9,1
I контрольная	7,0	11,27
II контрольная	6,6	10,8

Известно, что проведение вторичной хирургической обработки раны ускоряет процессы ее заживления и в значительной степени улучшает качество рубца, что имеет особое, косметическое значение для больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Проведение туалета гнойной раны раствором анолита у больных II контрольной группы так же оказало выраженный положительный результат, обеспечивало возможность наложения вторичных швов, в среднем, на 6,6 сутки – на 0,4 суток раньше, чем у пациентов I контрольной группы. Сроки нетрудоспособности так же уменьшились, время пребывания в стационаре составило 10,8 суток.

Вывод. Проанализировав данные, полученные в результате исследования, обращает на себя внимание выраженный положительный эффект в результате применения микродисперсных потоков раствора анолита в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Раны в более короткие сроки отчищаются от тканевого детрита, что ведет к раннему наложению вторичных швов и, как следствие, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и период временной нетрудоспособности населения.

Литература

1. Агапов В.С., Тарасенко СВ., Трухина Г.М. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии. - М.: Медицина, 2002. - 255 с.
2. Антиоксидантная терапия при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи/Губин М.А., Оганесян А.А., Говорова Н.Б. //Вестник экспериментальной и клинической хирургии.-Воронеж 2011. том IV, №3, с 568-570.
3. Амирасланов Ю.А. Изменения факторов общего и местного гомеостаза и их коррекция у больных с гнойной хирургической инфекцией :Дис... канд. мед. наук/ Ю.А.Амирасланов. - М., 1978.

- 4.Бахир В.М. Структура и физико-химическая активность электрохимически активированных водных растворов // Конференция Электрохимическая активация в медицине, сельском хозяйстве, промышленности -М , 1994-С 24-28
- 5.Булынин В.И. Лечение ран с использованием потока озонированного раствора под высоким давлением/ В.И.Булынин, А.И.Ермаков //Хирургия, 1998. - №8.-С.23-24.
- 6.Гостищев В.К./ В.К.Гостищев, П.И. Толстых //Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и новых материалов. - М., 1989. -С. 29-35.
- 7.Губин М.А, Диагностика и лечение острых прогрессирующих воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи и их осложнений: Дис. д-ра мед. наук/М.А. Губин. - М., 1987. - 357с.
8. Девятков В'А. Применение в хирургии электрохимически активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе.- //Врач.- 2000:- №5.- С. 30- 3Г.
- 9.Синдром эндогенной интоксикации у больных с флегмонами лица и шеи/Забелин А.С., Брылев И.А., Семёнов С.А. //Вестник экспериментальной и клинической хирургии.-Воронеж 2012. том V, №2, с 398-400.
- 10.Камаев М.Ф. Инфицированная рана и ее лечение/ М.Ф.Камаев. - М.:Медицина, 1970.- 159 с.
11. Костюченко Б.М. Современные методы активного хирургического лечения гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний/ Б.М.Костюченко //Современные методы активного хирургического лечения гнойных ран и острых гнойных хирургических заболеваний. - Ярославль, 1980. - С.1-9.
12. Кузин М.И, Раны и раневая инфекция/ М.И. Кузин, Б.М,Костюченко. -М,: Медицина, 1981,-680 с.
13. Робустова Т. Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет (1955-2004) // Стоматология. - 2007. -т.86,№3. -с.63-66.
14. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области /Н.Н.Бажанов, В.А.Козлов, Т.Г.Робустова, Ю.М.Максимовский//Стоматология.- 1997. -N2.-С. 15-20
15. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей, челюстно-лицевой области и шеи. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 271с.
16. Baquero F, Garau J. Prudent use of antimicrobial agents: Revisiting concepts and estimating perspectives in a global world// Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.-2010.-Sep 14.
17. Gaudron A, Dadban A, Brochart C, Viseux V, Nguyen T, Baglin G, Lok C Blindness and ophthalmoplegia complicating facial cellulitis// Clin. Exp. Dermatol. - 2010 Apr. - №35(3). - P.324-5
18. De-Vicente-Rodriguez JC. Maxillofacial cellulitis// Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.- 2004.-№ 09 Suppl. - P : 133-8; 126-33.

TV Azarova, AA Glukhov, NG Korotkih

REDUCING THE PERIOD OF HOSPITAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PHLEGMONS MAXILLOFACIAL AREA AND THE NECK ON THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT WITH MICROFINE FLOWS ANOLYTE SOLUTION

Medical University VGMA im.N.N. Burdenko

Abstract: A comprehensive clinical and laboratory examination and treatment etiopathogenetic 66 patients aged 20 to 76 years, suffering from phlegmon of the maxillofacial area and neck, which made dressings daily. The effectiveness of treatment is enhanced by the development and

introduction into clinical practice of the processing method of purulent wounds of maxillofacial area and neck microfine anolyte stream. The wounds in a shorter time are cleaned of tissue detritus, which leads to the imposition of secondary sutures early and as a result, reduced the length of stay of patients in the hospital and the period of temporary disability of the population.

Keywords: cellulitis, maxillofacial area, anolyte mikrodisperstnye flows.

References:

1. Agapov B.C., Tarasenko S.V., Truhina G.M. Vnutribol'nichnye infekcii v hirurgicheskoj stomatologii. - M.: Medicina, 2002. - 255 s.
2. Antioksidantnaja terapija pri neklostridial'noj anajerobnoj infekcii mjadkih tkanej cheljustno-licevoj oblasti i shei/Gubin M.A., Oganessian A.A., Govorova N.B. //Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoj hirurgii.-Voronezh 2011. tom IV, №3, s 568-570.
3. Amiraslanov Ju.A. Izmenenija faktorov obshhego i mestnogo gomeostaza i ih korrekcija u bol'nyh s gnojnoj hirurgicheskoj infekciej :Dis... kand. med. nauk/ Ju.A. Amiraslanov. - M., 1978.
4. Bahir V.M. Struktura i fiziko-himicheskaja aktivnost' jelektrohimicheskij aktivirovannyh vodnyh rastvorov // Konferencija Jelektrohimicheskaja aktivacija v medicine, sel'skom hozjajstve, promyshlennosti -M , 1994-S 24-28
5. Bulynin V.I. Lečenje ran s ispol'zovaniem potoka ozonirovannogo rastvora pod vysokim davleniem/ V.I. Bulynin, A.I. Ermakov //Hirurgija, 1998. - №8.-S.23-24.
6. Gostishhev V.K./ V.K. Gostishhev, P.I. Tolstyh //Sovremennye podhody k razrabotke jeffektivnyh perevjazochnyh sredstv i novyh materialov. - M., 1989. -S. 29-35.
7. Gubin M.A, Diagnostika i lečenje ostryh progressirujushhih vospalitel'nyh zabolevanij cheljustno-licevoj oblasti i shei i ih oslozhnenij: Dis. d-ra med. nauk/M.A. Gubin. - M., 1987. - 357s.
8. Devjatov V'.A. Primenenie v hirurgii jelektrohimicheskij aktivirovannyh vodnyh rastvorov i lekarstvennyh sredstv na ih osnove.- //Vrach.- 2000:- №5.- S. 30- ZG.
9. Sindrom jendogennoj intoksikacii u bol'nyh s flegmonami lica i shei/Zabelin A.S., Brylev I.A., Semjonov S.A. //Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoj hirurgii.-Voronezh 2012. tom V, №2, s 398-400.
10. Kamaev M.F. Inficirovannaja rana i ee lečenje/ M.F. Kamaev. - M.:Medicina, 1970.- 159 s.
11. Kostjuchenok B.M. Sovremennye metody aktivnogo hirurgicheskogo lečenja gnojnyh ran i gnojnyh hirurgicheskijh zabolevanij/ B.M. Kostjuchenok //Sovremennye metody aktivnogo hirurgicheskogo lečenja gnojnyh ran i ostryh gnojnyh hirurgicheskijh zabolevanij. - Jaroslavl', 1980. - C.I-9.
12. Kuzin M.I, Rany i ranevaja infekcija/ M.I. Kuzin, B.M, Kostjuchenok. -M.,: Medicina, 1981,- 680 s.
13. Robustova T. G. Dinamika chastoty i tjazhesti odontogennyh vospalitel'nyh zabolevanij za 50 let (1955-2004) // Stomatologija. - 2007. -t.86,№3. -s.63-66.
14. Sostojanie i perspektivy profilaktiki i lečenja gnojnyh vospalitel'nyh zabolevanij cheljustno-licevoj oblasti /N.N. Bazhanov, V.A. Kozlov, T.G. Robustova, Ju.M. Maksimovskij//Stomatologija.- 1997. -N2.-S. 15-20
15. Shargorodskij A.G. Vospalitel'nye zabolevanija tkanej, cheljustno-licevoj oblasti i shei. - M.: GOU VUNMC MZ RF, 2001. - 271s.
16. Baquero F, Garau J. Prudent use of antimicrobial agents: Revisiting concepts and estimating perspectives in a global world// Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.-2010.-Sep 14.
17. Gaudron A, Dadban A, Brochart C, Viseux V, Nguyen T, Baglin G, Lok S Blindness and ophthalmoplegia complicating facial cellulitis// Clin. Exp. Dermatol. - 2010 Apr. - №35(3). - P.324-5

18. De-Vicente-Rodriguez JC. Maxillofacial cellulitis// Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.- 2004.- № 09 Suppl. - P : 133-8; 126-33.

Сведения об авторах: Т.В. Азарова врач-хирург; А.А. Глухов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России; Н.Г. Коротких –д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России;