

А.А. Глухов, А.А. Андреев, Т. В. Недосейкина
МИКРОДИСПЕРСНАЯ ОБРАБОТКА РАН РАСТВОРОМ АНОЛИТА У
ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ
ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Резюме. Проблема лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи продолжает оставаться актуальной. Число больных с воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к уменьшению и составляет около 40-50% коечного фонда в челюстно-лицевом стационаре, 60-80% приходится на больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Около 10-20% человек, обращающихся за амбулаторной помощью - больные с воспалительными заболеваниями лица и шеи [А.Г. Шаргородский и соавт., 2002; Н.Г. Коротких и соавт., 2009; Н.Н. Беняева, 2010; Ю.М. Харитонов и соавт., 2014].

Ключевые слова: флегмона, челюстно-лицевая область, рана, анолит.

Актуальность. Растет число пациентов с флегмонами, распространенными на несколько клетчаточных пространств, наиболее часто сопровождающихся развитием таких тяжелых осложнений как сепсис, медиастинит, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки и другие [Н.Г. Коротких и соавт., 2010; М.А. Губин и соавт., 1998]. Причиной этого становится позднее обращение пациентов за медицинской помощью, что связано со снижением масштабов ранней врачебной профилактики [Н.Н. Бажанов и соавт., 2002].

Велика роль антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов в развитии разлитых гнойно-воспалительных процессов [В.С. Агапов и соавт., 2002; Patel M. et al., 2009; М.А. Губин и соавт., 2011].

В настоящее время разработаны и внедрены в практику стандарты для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, которые включают в себя проведение адекватной хирургической санации и дренирования гнойного очага, антибактериальную, детоксицирующую, противовоспалительную терапию, коррекцию систем гомеостаза. Ежегодно появляются новые методики ведения гнойных ран, но ни одна из них не удовлетворяет современных хирургов полностью [В.И. Булынин и соавт., 1998; Davis B. et al., 1998; Н.Н. Бажанов, 2001; А.Е. Буряков, 2009; Ю.В. Высельцова, 2010; F. Vaquero et al., 2010].

Все больше авторов склоняются к тому, что рутинные методы лечения гнойных процессов утрачивают свою эффективность. Это связано с возросшей антибиотикоустойчивостью микроорганизмов, их вирулентностью и изменчивостью [Амирасланов Ю.А., 1978; Адамян А.А., 1989; В.К. Гостищев и соавт., 1989; Абакумов

В.И., 2005; Шерстюков Д.В., 2007; А.Н. Вельских и соавт., 2007; D. Eric, 1999; Rush D.E., 2007; Henry M. et al., 2013].

Огромное значение в лечении гнойных ран имеет снижение травматичности хирургической санации гнойного очага [А.Gross, 1972]. При лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи очень важно улучшение косметических результатов лечения, отсутствие грубых и деформирующих рубцов, что непосредственно влияет на качество жизни пациентов [Н.Н. Беняева, 2010]. В то же время, обработка раны должна быть полноценной и обеспечивать полное очищение раневой поверхности от загрязнений, некротизированных тканей, тем самым снижая риск развития осложнений

Аналогом является патент Российской Федерации RU (11) № 2068263 (13) С1 «Способ лечения гнойных ран» от 27.10.1996, авторы Булынин В.И. (RU); Глухов А.А. (RU); Мошуров И.П. (RU); Ермакова А.И. (RU), патентообладатель – Мошуров Иван Петрович (RU). Согласно которому, предлагается способ лечения гнойных ран, особенно с длительно текущим хроническим течением, а также на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, ишемии данной области и т.д. Способ основан на комплексном воздействии на рану высоконапорной мелкодисперсной струи жидкости, перфузированной озоном. Такой подход позволяет добиться механической очистки раны, аэрации и разрыхления глубоких слоев раневого инфильтрата, что приводит к ликвидации анаэробной инфекции, а также позволяет уменьшить ригидность краев раны, облегчающая ее заживление, массировать раневую поверхность для улучшения микроциркуляторных процессов. Данный способ позволяет сократить сроки лечения больных с гнойными процессами в несколько раз.

Целью разработанного метода явилось повышение эффективности лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи путем разработки и внедрения в клиническую практику метода обработки гнойных ран микродисперсным потоком анолита.

Материалы и методы исследования. Методика проведения микродисперсной обработки гнойных ран у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи реализуется следующим образом.

На первом этапе микродисперсной обработка гнойных ран у больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи производится очистка поверхностных слоев раны микродисперсной струей антисептика. Используется струя жидкости с выходным давлением 5-10 атм. Обработка ведется с расстояния 10 см от конца сопловой системы до раневой поверхности, угол подачи раствора не более 45°, что позволяет достигать

наилучшего распыления и механического очищения раневой поверхности от гнойно-некротических тканей и микроорганизмов. Это играет важную роль в профилактике диссеминации инфекции при обработке глубоких слоев инфильтрата. Для качественной поверхностной обработки раны достаточно воздействия струи жидкости в течение 10-20 секунд на 10 см² площади раневой поверхности.

Второй этап микродисперсной обработки производится при наличии выраженной инфильтрации краев раны, некротических тканей, при длительном течении раневого процесса без тенденции к заживлению, особенно при наличии анаэробной неспорообразующей раневой инфекции. Используется струя микродисперсного раствора анолита с выходным давлением не менее 5–10 атм. Обработка производится с расстояния 3-5 см. В данном режиме электрохимически активированный раствор проникает на глубину до 3 мм в раневой инфильтрат. Длительность воздействия струи жидкости на ткани 4-5 сек. на 1 см² поверхности раны. Струя жидкости направляется перпендикулярно плоскости раневой поверхности с целью наиболее эффективного пропитывания тканей раствором анолита.

Полученные результаты и их обсуждение. Применение данного метода не требует какого-либо анестезиологического пособия и хорошо переносится больными. Противопоказаний к применению метода нет. Обработка раны микродисперсным потоком раствора анолита проводится ежедневно, после чего на раневую поверхность накладывается салфетка, пропитанная раствором анолита. При этом первый и второй этапы необходимо делать до полного очищения раневой поверхности от гнойно-некротических тканей и микробов во всех слоях. В фазу регенерации и эпителизации допустимо применение стандартных методов ведения раны.

Применение способа микродисперсной обработки ран раствором (рН - 6,5-7,2; ОВП - + 750-920 мВ), показано при наличии гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи, анаэробной инфекции, позволяет ускорить процесс очищения раны от гнойно-некротических тканей, снизить микробную контаминацию раны, купировать отек и инфильтрацию краев ран, ускорить появление грануляций, что дает возможность наложения швов на рану в более ранние сроки и, сокращает сроки стационарного лечения больных.

Обработка производится сразу после вскрытия флегмоны челюстно-лицевой области и шеи, независимо от этиологии. Обработка раневой поверхности раствором анолита (рН - 6,5-7,2; ОВП - + 750-920 мВ) комнатной температуры выполняется под углом не менее 45°, объем раствора, необходимый на один сеанс микродисперсной

обработки раны варьирует, в зависимости от площади раны, количества вовлеченных в воспалительный процесс клетчаточных пространств и выраженности острого воспалительного процесса. По завершении санации раны на нее накладывается стерильная салфетка, пропитанная раствором анолита.

Выводы. Применение метода микродисперсной обработки гнойных ран в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи способствует быстрому очищению раны от тканевого детрита, снижению бактериальной обсемененности раневой поверхности, исчезновению отека и инфильтрации краев раны, болезненности при пальпации в более короткие сроки, в сравнении со стандартным лечением. Вышеперечисленное дает возможность накладывать швы на рану уже начиная с 5-6 суток, выписывать больных на амбулаторное наблюдение в поликлинику по месту жительства на 7-8 сутки.

Литература:

1. Кошелев П.И., Резников К.М., Гридин А.А. Применение анолита и католита для лечения гнойных ран. Прикладные информационные аспекты медицины. 2006. Т. 9. № 1. С. 61-69.
2. Савченко Ю.П., Пузанов Д.П., Якутин В.С. Оперативные доступы и методы лечения при флегмонах шеи. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011. Т. IV. № 2. С. 368-369.
3. Куницкий В.С., Куликов А.В., Семенов С.А. Диагностика и лечение флегмон шеи. Новости хирургии. 2009. Т. 17. № 1. С. 77-81.

Abstract

A.A. Glukhov, A.A. Andreev, TV Nedoseykina

MICRODISPERSAL PROCESSING OF THE RAS BY ANOLITHIC SOLUTION IN PATIENTS WITH PHLEGMONS OF THE MAXIMUM-FACIAL REGION AND THE NECK

VSMA named after N.N. Burdenko

Summary. The problem of treating the phlegmon of the maxillofacial region and neck continues to be relevant. The number of patients with inflammatory diseases has no tendency to decrease and is about 40-50% of the bed capacity in the maxillofacial hospital, 60-80% of patients with phlegmons of the maxillofacial region and neck. About 10-20% of people seeking outpatient care are patients with inflammatory diseases of the face and neck [A.G. Shargorodsky, et al., 2002; N.G. Short, et al., 2009; N.N. Beniaeva, 2010; Yu.M. Kharitonov et al., 2014].

Key words: phlegmon, maxillofacial area, wound, anolyte.

References:

1. Koshelev PI, Reznikov KM, Gridin AA The use of anolyte and catholyte for the treatment of purulent wounds. Applied information aspects of medicine. 2006. Т. 9. № 1. P. 61-69.

2. Savchenko Yu.P., Puzanov DP, Yakutin V.S. Operative approaches and methods of treatment with phlegmon neck. Bulletin of Experimental and Clinical Surgery. 2011. Т. IV. № 2. P. 368-369.
3. Kunitsky VS, Kulikov AV, Semenov SA Diagnosis and treatment of phlegmon neck. Surgery news. 2009. Т. 17. No. 1. P. 77-81.

Сведения об авторах: Глухов Александр Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко, glukhov-vrn@yandex.ru, Андреев Александр Алексеевич, д.м.н., профессор кафедры общей хирургии.