

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Б.Б.Сафоев,

Ш.Ш.Ярикулов,

Н.Р. Каршиев

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Увеличение числа послеоперационных инфекционных осложнений, а так же гнойных заболеваний мягких тканей, малой эффективностью большинства общепринятых методов терапии, длительность сроков лечения в современных условиях лечения гнойных ран и стимуляция их заживления являются одной из проблем хирургии. Поэтому поиск новых путей лечения данной патологии остаётся необходимой задачей клиницистов.[1,10,7].

Целью данного исследования: явилось улучшение результатов лечения гнойных заболеваний мягких тканей путём использования патогенетически обоснованной схемы местного комбинированного применения физико-химического метода с санацией 25% раствором димексида с последующим УФО раны.

Проанализированы результаты обследования и лечения 83 больных с гнойными ранами мягких тканей различной этиологии, поступивших в гнойное хирургическое отделение клинической базы Бухарского Государственного медицинского института, в Бухарскую городскую клиническую больницу в 2015-16 годы.

Все больные условно разделены на 2 группы: I – контрольную и II – основную включившую больных получивших дополнительно к традиционному местному лечению, ультрафиолетовое облучение с санацией раны 25% раствором Димексида в сочетании. С учётом патогенетической особенности течения заболевания в исследование не включены больные с сахарным диабетом.

Первую группу составили 45 больных с различными формами гнойных заболеваний мягких тканей. Абсцесс мягких тканей 15(33%), флегмона 11(25%), карбункул 3(7%), аденофлегмона 4(9%), флегмонозно-гангренозные формы рожи в 2(4%) случаях, маститы встречались у 4(9%), парапрактиты у 6 (13%)больных.

Больным контрольной I группы после санации с антибиотиками и некрэктомии раны для местного лечения, накладывались повязки с мазью левомеколь на водорастворимой основе. Проводилась антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры раны, дезинтоксикационная терапия, а также симптоматическое лечение.

Из 38 пациентов II основной группы у 12(31,5%) больных наблюдались гнойные раны различной этиологии, у 26(68,5%) больных наблюдались различные гнойные хирургические заболевания мягких тканей, которым вышеуказанное лечение дополнялось сочетанным применением местного УФО и санацией раны с последующим наложением повязки смоченной 25% раствором димексида. У всех больных раневой процесс был в I фазе.

У обследованных больных обеих групп изучены результаты показателей качественного и количественного анализа микрофлоры ран в динамике, показатели интоксикации, сроки очищения и заживления ран.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями мягких тканей I-ой группы выявили ниже следующие особенности течения раневого процесса при традиционном методе лечения: применение в дополнение к местному лечению гнойной раны мазь левомеколь приводит к позднему очищению раны, нормализации клинико-лабораторных

показателей интоксикации. При этом для оценки течения раневого процесса важное диагностическое и прогностическое значение имеют как показатели интоксикации организма (L, МСМ, ЛИИ, СОЭ), так и биохимические показатели экссудата раны (рН, белок экссудата раны, ПК по Мазурику).

Результаты данных полученные у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей, с учетом требований сегодняшнего дня, неудовлетворительны, показатели основных критериев оценки и динамики раневого процесса – позднее очищение раны от инфекции (лишь к 4-м суткам лечения), начало появления грануляции к 6-7-м суткам лечения, начало появления эпителизации к 8-9-м суткам лечения, недостаточная коррекция насыщения кислородом тканей раны на 10-е сутки лечения - восстановление лишь на 89,6% и оставляет желать лучшего. Биохимические показатели раневого экссудата нормализуются только к 10-м суткам лечения. Средняя продолжительность лечения больных контрольной группы составила $11,5 \pm 0,7$ дней. Всё это диктует необходимость разработки дополнительных мероприятий, направленных на совершенствование методов лечения гнойных заболеваний мягких тканей.

Динамический контроль уровня микробной обсемененности гнойных ран анализируемой группы, выявил следующее: в момент поступления микробная обсемененность раны была сопоставима с первой группой и составила 10^8 мт/г, после хирургической обработки раны и местного УФО с комбинированным использованием и санацией 25% раствором Димексида, она снизилась на 4 порядка, в процессе комбинированного метода лечения отмечалось дальнейшее её снижение и уже к 2-3 суткам лечения микробная обсемененность раны у этих больных была на уровне и ниже критического уровня, составляя при этом 103 мт/г – 102 мт/г ткани.

Применение местного УФО раны с комбинированным использованием и санацией 25% раствором Димексида в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями мягких тканей организма способствовало полному очищению раны от инфекции уже к 3 суткам лечения. Ко 2-м суткам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг раны. Начало появления грануляций было отмечено к 5 суткам лечения, а эпителизации к 6-м суткам.

Анализ результатов выявил достоверное опережение сроков очищения и заживления раны у пациентов II -ой группы на 1,5-2 дня.

- применение местного УФО раны с комбинированным использованием санацией 25% раствором Димексида в комплексном лечении больных с гнойными послеоперационными ранами способствовало полному очищению раны от инфекции уже к 3-м суткам лечения. На 2-е сутки у них наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг раны. Начало появления грануляций было отмечено на 5-е сутки лечения, а эпителизации – 6-7 сутки. Достоверное опережение по срокам во II-ой группе достигало 1,5-2 суток.

Средняя продолжительность лечения больных II-ой группы составила $8,5 \pm 0,8$ дней.

Таким образом, полученные нами результаты показали, что включение местного УФО раны с комбинированным использованием и санацией 25% раствором Димексида в комплексе лечения способствовало уменьшению сроков очищения раны, улучшению биохимических и цитологических показателей раневого экссудата и тем самым ускоряло переход стадии воспаления в стадию регенерации на $1,5 \pm 2,0$ дня, что способствовало сокращению сроков пребывания больных в стационаре на $3,2 \pm 0,3$ дня по сравнению с аналогичными данными у больных контрольной группы. Это позволяет рекомендовать представленный метод для широкого применения в отделениях хирургического профиля.