

СОРБЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ УСТРОЙСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН И АБСЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ославский А. И., Смотрин С. М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. На современном этапе развития хирургии, основное внимание при лечении гнойных ран мягких тканей, по мнению большинства исследователей, необходимо уделять местному воздействию, а их лечение, в связи с растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов, требует разработки новых и совершенствования существующих методов лечения. В последние годы важное место отводится раневой сорбции.

Цель: оценить эффективность сорбционно-дренажного устройства (СДУ) и сорбционно-активной дренажной системы (САДС) в комплексном лечении гнойных ран и абсцессов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 218 пациентов. Все пациенты были разделены на четыре группы. Группу «Контроль 1» составили 62, «Контроль 2» – 41, «Основная 1» – 74 и «Основная 2» – 41 пациент. В группе «Контроль 1» образовавшуюся после вскрытия абсцесса гнойную полость с объемом от 5 до 30 см³ промывали и дренировали влажно-высыхающими марлевыми тампонами с 0,05% водным раствором хлоргексидина. В группе «Контроль 2» гнойную полость, объем которой превышал 30 см³, промывали и дренировали ПВХ-трубками, резиновыми выпускниками с влажно-высыхающими марлевыми тампонами, пропитанными 0,05% водным раствором хлоргексидина. В группе «Основная 1» для лечения абсцессов и гнойных ран использовали СДУ (патент на полезную модель № 7187, РБ). Диаметр применяемого для дренирования СДУ варьировал в зависимости от объема полости гнойного очага: 5 мм – при объеме до 10 см³, 10 мм – при наличии полости от 10 до 20 см³. Если объем полости гнойного очага составлял 20-30 см³ – применяли СДУ диаметром 25 мм

либо несколько СДУ. У пациентов в группе «Основная 2» с объёмом гнойной полости свыше 30 см³ применяли САДС (патент на полезную модель № 9616, РБ). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологии. Мужчин в опытных и контрольных группах было – 52 (46%) и 53 (51,4%), а женщин – 63 (54%) и 50 (48,6%) соответственно. Средний возраст в контрольных группах составил 47,77±18,4 года, а в основных – 46,53±18,7 года. Во всех группах ежедневно на протяжении 3-7 суток производили перевязки с удалением тампонов либо сорбционных устройств из ран, санировали последние растворами антисептиков и повторно устанавливали новые устройства. После полного очищения гнойной полости от отделяемого производили наложение вторичных швов или использовали различные мазевые композиции, добиваясь заживления вторичным натяжением. Пациенты всех групп получали комплексную терапию, включающую: 1) адекватное обезболивание, 2) антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия, 3) дезинтоксикационную терапию, 4) лечение сопутствующих заболеваний, 5) физиотерапию. Результаты лечения пациентов в группах сравнения изучались на протяжении всего стационарного срока лечения с точками оценки на 0 сутки (день поступления), а также на 3, 7 и 10 сутки после начала лечения, с помощью клинического, лабораторного, микробиологического и статистического методов исследования. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ «Statistica 6.0» и M. Excel.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов клинического применения разработанных сорбционно-дренажных устройств получены следующие данные. Начиная с 3 суток по положительным результатам лечения группа «Основная 1» значительно превосходит группу «Контроль 1» по таким показателям оценки течения раневого процесса как: общее состояние, степень проявления болевого синдрома, появление краевой эпителизации ($p < 0,05$). Благодаря применению раневой сорбции выраженность отека и гиперемии, интенсивность гнойного отделяемого из раны значительно ниже в основной группе уже с 3 суток лечения ($p < 0,05$). На протяжении всего времени

наблюдения происходило постепенное снижение показателей ЛИИ и ИСЛ как у пациентов, применяющих СДУ, так и при традиционном лечении. При анализе уровней ЛИИ и ИСЛ выявлены статистически значимые различия между группами «Контроль 1» и «Основная 1» на 3-и сутки исследования ($p < 0,05$). Также на 3 сутки лечения температура тела пациентов, у которых применялось СДУ, была значимо ниже – 36,8 (36,6; 36,8) °С, чем в группе традиционной терапии – 36,9 (36,7; 37,6) °С, ($p < 0,05$). Данная тенденция прослеживается на протяжении всего периода наблюдения ($p < 0,05$ на 7 и на 10 сутки).

Начиная с 3 суток, благодаря применению раневой сорбции на гидрофильном (окисленная целлюлоза) и на гидрофобном (УВС «Карбопон-В-Актив») сорбентах, группа «Основная 2» значимо превосходит группу «Контроль 2» по изученным показателям субъективной и объективной оценки течения раневого процесса: общее состояние, степень проявления болевого синдрома, выраженность отека и гиперемии, интенсивность гнойного отделяемого из раны, появление краевой эпителизации ($p < 0,05$). Цифровые значения как ИСЛ, так и ЛИИ в группе «Основная 2» всегда были меньше контрольных, но статистически значимые различия выявлены только на 3 сутки ($p < 0,05$). К 3 суткам у пациентов, дренирование гнойных ран и абсцессов которых проводили с помощью САДС, температура тела была значимо ниже – 36,8 (36,6; 37,1)°С, чем у пациентов, излеченных традиционно – 36,9 (36,7; 37,6)°С, ($p < 0,05$). К 7 суткам у всех пациентов группы «Основная 2» зафиксирована нормальная температура тела, в отличие от группы «Контроль 2» ($p < 0,05$). Та же тенденция сохранялась и на 10-е сутки лечения.

Выводы. Сорбционно-дренажное устройство и сорбционно-активная дренажная система являются эффективным методом дренирования гнойных ран и абсцессов мягких тканей и могут быть использованы в клинической практике.