

Грушко В.И.
**К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ
 ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА
 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
 ГНОЙНЫХ РАН**

*Ставропольская государственная медицинская
 академия г. Ставрополь*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей с применением дополнительной их обработки плазменным потоком.

Материал и методы: в основу исследования положены результаты комплексного обследования в процессе лечения 143 больных гнойного хирургического отделения Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи (42 пациента основной группы и 101 больной из контрольной группы). Необходимо отметить, что из контрольной и основной групп исключено 46 человек, не отвечающих критериям включения в данное исследование (имевших инородные тела в ране, специфическое воспаление, больные, которым проводилось закрытое ведение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей тела). Больные обеих групп не различались друг от друга по половому ($p = 0,711$), возрастному ($p = 0,126$) признакам, также не получено статистически достоверных различий в группах по применяемым методам общего и местного лечения. Ввиду того, что нозологическая характеристика больных сложна, больные разделены на однородные группы по глубине поражения покровов тела (Ahrenholz D., 1991). Различия в контрольной и ос-

новной группе недостоверны по признаку глубины поражения ($p=0,35$). Больные основной группы получали дополнительную обработку раневой поверхности расфокусированным плазменным потоком в режиме «физиотерапия» в течение 10 минут на 2-е, 4-е, 6-е сутки раневого процесса. В качестве источника плазменного излучения использовалась установка плазменно-дуговая СУПР-2М с физиотерапевтическим плазмотроном, в качестве инертного газа гелий.

Контроль раневого процесса осуществлялся с применением комплекса клинических (термометрия тела, оценка болевого синдрома в ране в покое, наличие или отсутствие локального отека, гнойного отделяемого, сроки появления грануляционной ткани, планиметрия), лабораторных (лейкоцитоз, уровень ЛИИ, СОЭ), бактериологических, цитологических (исследование ран методом мазков-отпечатков по М.П. Покровской, М.С. Макарову (1942) методов. Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$, в качестве статистического критерия достоверности выбран критерий Манна-Уитни.

Полученные результаты. В результате клинического обследования выяснено, что полное восстановление нормальной температуры тела у пациентов контрольной группы происходило к $6,72 \pm 1,54$ суткам, (здесь и далее доверительный интервал для $p=0,05$), у больных основной группы - к $5,16 \pm 1,2$ суткам ($p=0,646$). При этом общее число дней лихорадки в группе контроля составило $4,66 \pm 1,04$ дней, в основной $2,84 \pm 0,7$ ($p=0,17$).

Болевой синдром в покое у больных контрольной группы продолжался в среднем $4,39 \pm 0,6$ дня, в основной группе в среднем $2,88 \pm 0,53$ дня, ($p=0,002$). При раздельном анализе контрольной и основной групп больных с одинаковой тяжестью поражения по Ahrenholz результаты были следующими: в контрольной группе больных, имевших раны 2 степени по глубине поражения, болевой синдром персистировал в среднем $3,67 \pm 0,61$ дня, в основной - $2,42 \pm 0,62$ дня ($p=0,006$), больных с 3 степенью глубины поражения болевой синдром беспокоил в группе контроля $5,77 \pm 1,16$ дня, в основной группе - в среднем $3,5 \pm 0,83$ дня ($p=0,011$).

Продолжительность местного отека в основной группе больных была в среднем $1,81 \pm 0,39$ дня, в группе контроля - $3,4 \pm 1,06$ дня ($p=0,006$). Раздельный анализ групп больных, имевших различные по глубине раны, показал, что у больных со 2 степенью по глубине ран в контрольной группе отечный синдром продолжался $2,77 \pm 0,75$ дня, в основной - $2,0 \pm 0,64$ дня ($p=0,33$); у пациентов имевших раны 3 степени отек продолжался в контрольной группе $4,53 \pm 2,59$ дня, в основной группе - $1,58 \pm 0,47$ дня ($p < 0,001$).

Наличие гнойного отделяемого, как признака динамики раневого процесса, в группе контроля наблюдалось в течение $3,76 \pm 0,76$ суток, в основной группе - в течение $1,6 \pm 0,29$ суток ($p < 0,001$).

При этом у больных, имевших раны 2 степени по Ahrenholz, гнойотечение наблюдалось в течение $3,17 \pm 0,87$ суток в контрольной группе и $1,47 \pm 0,44$ суток в основной группе ($p=0,002$); у больных, имевших раны 3 степени, отделение гноя в группе контроля продолжалось $4,86 \pm 1,4$ суток, а в основной группе - $1,77 \pm 0,41$ суток ($p < 0,001$).

В контрольной группе грануляционная ткань появлялась в среднем на $7,13 \pm 0,78$ сутки, в основной группе – на $4,5 \pm 0,29$ сутки ($p < 0,001$). Среди больных, имевших раны со 2 степенью по Ahrenholz, в группе контроля этот показатель был равен $6,79 \pm 0,97$ дней, в основной группе – $4,25 \pm 0,54$ дня ($p < 0,001$), а для больных, имевших раны с 3 степенью глубины поражения тканей, грануляции появлялись на $7,65 \pm 1,25$ сутки, в основной группе – $4,79 \pm 0,41$ сутки ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, на основании вышеизложенного можно судить о статистически достоверном противоболевом, противоотечном, антибактериальном, и ранозаживляющем действии плазменного потока в комплексном лечении гнойных ран. Статистически значимых различий по длительности лихорадки в группах не получено.

Таким образом, на основании клинических результатов применения плазменного потока в хирургии гнойных ран можно рекомендовать его использование в качестве мощного дополнительного фактора обработки раневой поверхности.