

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 противовоспалительном, 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.

Грушко В.И .
**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГНОЙНЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА**

*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 хирургического обследования 143 пациентов гнойного хирургического отделения Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи. В контрольную группу больных включен 101 больной, получавших лечение гнойных ран по традиционной методике, 42 больных основной получали дополнительную трехкратную обработку раневой поверхности плазменным потоком в режиме «физиотерапия» - на 2-е, 4-е, 6-е сутки раневого процесса. Группы больных были сопоставимы по признаку возраста, пола, тяжести заболевания (по глубине поражения по D.Ahrenholz, 1991), а также по применению основных методом общего и местного лечения раневого процесса.

Как известно, показатели, используемые для оценки эффективности того или другого хирургического метода, лечения основаны на данных о частоте осложнений, смертности и длительности пребывания больных в стационаре. Ввиду отсутствия смертных случаев, как в основной, так и в контрольной группе в настоящем исследовании фиксировались такие показатели результатов хирургического лечения как количество операций, направленных на устранение раневого дефекта и количество реопераций, направленных на ликвидацию затеков гноя, обширные повторные некрэтомии, то есть связанных с осложненным течением раневого процесса. Особенно

стью лечения абсцессов и флегмон в стационаре является то, что подавляющее большинство пациентов выписываются с гранулирующими ранами для долечивания в медицинских учреждениях по месту жительства, то есть после устранения основного источника воспалительного процесса. Поэтому такой показатель как длительность стационарного лечения является необъективным и неприемлемым в анализе результатов лечения гнойных ран с применением плазменного потока.

Полученные результаты. В контрольной группе у 17 (16,83%) пациентов потребовалось повторное вмешательство для коррекции осложненного течения воспалительного процесса в ране. В основной группе только у 1 (2,38%) пациента потребовалось повторное вмешательство при осложненном течении процесса ($p = 0,036$).

В то же время, анализировалось число оперативных вмешательств, направленных на устранение раневого дефекта. Отмечена редкость наложения вторичных швов, как в основной, так и в контрольной группах. В частности, в группе контроля из 101 пациента только у 8 (7,92%) наложены вторичные швы, в основной группе из 42 больных такое оперативное вмешательство выполнено у 8 (19,05%), $p = 0,103$.

При этом в контрольной группе больных каждому больному выполнено 1,37 оперативных вмешательств: первое, направленное на ликвидацию источника воспаления – вскрытие гнойника, плюс все вмешательства, направленные на ликвидацию осложнений, а также операции, связанные с закрытием раневого дефекта. В основной группе этот показатель в среднем равен 1,17 операций на каждого пациента.

Соотношение оперативных вмешательств в контрольной и основной группе представлено на диаграмме.

Соотношение оперативных вмешательств.

Так в контрольной группе выполнено 101 (73,19%) операция, сопровождавшаяся вскрытием гнойника, 29 (21,01%) операций, таких как некрэктомии, до вскрытия затеков, то есть ликвидирующих осложнения раневого процесса, а также 8 (5,8%) закрытий раневого дефекта.

В основной группе соответственно выполнено 42 (82,35%) вмешательства по вскрытию гнойника, 2 (3,92%) операции по устранению осложненного процесса и 7 (13,73%) операций направленных на закрытие дефекта кожи и мягких тканей ($p=0,007$).

Снижение в целом операционной активности при лечении гнойных ран сопровождается снижением затрат на лечение каждого пациента. Принимая во внимание соотношение оперативных вмешательств, изложенные выше, а также то, что применение прочих видов лечения не различались статистически. Стоимость затрат на перевязку 2 категории сложности на сентябрь 2006 г. составляет 143 р., на оперативное вмешательство под внутривенным наркозом (вскрытие гнойника) 439 р., а затраты на обработку ПП раны 140 р. Таким образом, расходы только на оперативное лечение и перевязки в контрольной группе в течение 7 дней составят 1457 р., в основной группе с применением плазменного потока 1382 р.

Заключение. Таким образом, обработка плазменным потоком ран существенно снижает количество раневых осложнений и, соответственно, число повторных операций связанных с устранением этих осложнений (более чем в 5 раз), и в то же время, улучшает качество жизни пациентов с ранами кожи и мягких тканей за счет возможности наложения вторичных швов, сокращения числа ежедневных перевязок, не увеличивая в то же время общую операционную активность, что определяет экономическую эффективность изучаемого метода.

Дробот Е.В.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ – ХАРАКТЕР ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар*

Цель настоящего исследования: изучение характера внутрипеченочного кровотока (Q) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в базальном и постпрандиальном периодах и оценка диагностической ценности исследования Q при язвенной болезни.

Обследовано 40 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $26,1 \pm 1,4$ года), составивших контрольную группу (КГ) и 195 больных ЯБДК в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $34,2 \pm 1,5$ лет). Диагноз ЯБДК верифицировали данными эндоскопического исследования. Количественную оценку внутрипеченочного кровотока (Q) проводили посредством метода тетраполярной реографии. Исследование Q проводили утром натощак, а также через 15, 60, 120 минут после смешанной пищевой нагрузки, включавшей: 2 яйца, 20 г сливоч-

ного масла, 100 г пшеничного формового хлеба, 20 г сахара, 200 мл чая и содержала: белков - 19,8 г, жиров 26,9 г, углеводов 67,3 г - общей калорийностью 590,1 ккал.

Установлено, что в КГ объемная скорость Q варьирует в достаточно широком диапазоне - от 21,8 до $97,7 \text{ мл/мин.}100 \text{ см}^3$ и в среднем составляет $60,9 \pm 2,7 \text{ мл/мин.}100 \text{ см}^3$. При этом в зоне колебаний одного квадратического отклонения упомянутый параметр находится у 45% испытуемых, в двухсигмальной зоне - у 95% и в трехсигмальной зоне - у всех представителей КГ. Расчет показателей асимметрии и эксцесса с их ошибками репрезентативности свидетельствует, что рассматриваемый ряд симметричен и не имеет эксцесса, а коэффициент вариации ($C=28,7\%$) указывает на среднюю вариабельность величин Q у здоровых. Так как распределение индивидуальных значений параметров Q соответствует нормальному при определении нормативов можно воспользоваться двухсигмальной зоной колебаний указанных параметров, составивших с учетом округления 26-96 мл/мин. 100 см^3 .

В ходе дальнейшего изучения регионарного кровотока установлено, что диапазон колебаний индивидуальных значений Q при ЯБДК значительно шире, чем у лиц КГ. Так, для Q он составил 16,7 - 297 мл/мин. 100 см^3 . Сопоставление коэффициентов вариации у здоровых и больных ЯБДК наглядно демонстрирует эти различия: в КГ он составил 28,7% против 55% соответственно, у больных ЯБДК.

Установлено, что у больных ЯБДК величина Q в среднем на 95,1% выше, чем в КГ (здесь и далее приводятся только статистически значимые отличия, $p<0,05$). При этом у 61,5% пациентов показатель Q превышает верхнюю границу нормы, а у 38,5% - находится в пределах нормальных колебаний.

Далее изучено влияние смешанной пищи на Q в КГ и у больных ЯБДК. В результате исследования установлено, что прием смешанной пищи сопровождается усилением регионарного кровотока – постпрандиальная гиперемия. Так, через час после приема смешанной пищи Q увеличивается в КГ в среднем на 45,3%. Далее, используя двухсигмальную зону колебаний гемодинамического показателя установлен норматив роста Q в постпрандиальном периоде, который составил 18-73%. На основании полученных данных установлен критерий адекватного постпрандиального гемодинамического ответа (АПГО): рост Q в пределах установленных нормативов. Соответственно как патологический постпрандиальный гемодинамический ответ (ППГО) рассматривается в случае снижения величин Q после пищевого воздействия или росте его ниже установленного норматива. У больных ЯБДК через час после смешанной пищи Q увеличивается только на 17% и ППГО выявлен в 51%.

Для решения вопроса о том, несет ли оценка гемодинамических параметров дополнительную дифференциально-диагностическую информацию, мы проанализировали результаты исследований, проведенных у 150 больных: 85 лиц с активной дуоденальной язвой, 20 - с хроническим Нр ассоциированным гастритом антрального отдела желудка, 20 - с активной язвой тела желудка и 25 - с хроническим панкреатитом.