

УДК 616.37-002.4-022.1-089:612.014.464

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

О.А. Мокеев, А.Б. Зайцев, А.С. Мухин,

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30», г. Н. Новгород,
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Зайцев Алексей Борисович – e-mail: ab_zaitsev@mail.ru

Использование комплекса хирургической санации гнойных очагов у больных с инфицированным панкреонекрозом и активного аспирационного многопросветного дренирования парапанкреатических и забрюшинных пространств озонированным физиологическим раствором в концентрации 5–7 мг/л позволяет создать условия для радикального удаления некротизированных тканей, эвакуировать раневое отделяемое, эффективно деконтаминировать раны.

Ключевые слова: инфицированный панкреонекроз, озонотерапия, санация гнойных очагов.

The use of complex surgical sanitation of purulent foci in patients with infected pancreatic necrosis (IPN) in combination with multi-lumen drainage of parapancreatic and retroperitoneal spaces by means of ozonized physiological solution at 5–7 mg/l concentration allows to create conditions for radical necrotized tissue extraction, discharge removal, effective wound decontamination.

Key words: infected pancreonecrosis, ozone therapy, purulent focus sanitation.

Одной из самых актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии остается диагностика и лечение тяжелых деструктивных форм панкреатита, который занимает 3-е место (12%) среди острых заболеваний органов брюшной полости. Даже многокомпонентная терапия не позволяет прервать возникновение и развитие панкреонекроза. Лечение этих больных длительное и затратное.

Цель исследования: оптимизировать течение раневого процесса на фоне хирургической санации гнойно-некротических очагов в брюшной полости при тотальном инфицированном панкреонекрозе.

Материалы и методы

Располагаем опытом применения трёхпросветного аспирационного дренирования озонированным физиологическим раствором при лечении гнойно-некротических осложнений тотального панкреонекроза у 22 больных в возрасте от 24 до 78 лет. Из них мужчин – 16, женщин – 6.

Наиболее тяжелые осложнения диагностированы у 7 пациентов в виде парапанкреатической флегмоны, флегмоны левого забрюшинного пространства, панкреатогенного гнойного холангита (у 4). Трех пациентам диагностирован правосторонний некротический мезопараколит с абсцедированием в брыжейке восходящего отдела толстой кишки и области печёночного угла толстой кишки с некрозом стенки толстой кишки и образованием толстокишечных свищей.

Ключевыми задачами хирургического лечения гнойных осложнений острого панкреатита считаем:

- максимально эффективное удаление раневого отделяемого из парапанкреатического и забрюшинных пространств, как путей наиболее вероятного развития гнойных осложнений,

- деконтаминацию раневой поверхности,
- радикальное удаление некротических тканей,
- поддержание влажной среды в ранах,
- создание условий для максимальной концентрации антисептика в очаге воспаления.

Для реализации поставленных задач больным налажена дренажная система, состоящая из трёхпросветных полихлорвиниловых силиконизированных трубок различного диаметра в парапанкреатическом и забрюшинных пространствах. Перфузия и аспирация раневого отделяемого выполнялись аспиратором «ЭЛЕМА-Н ПРО I» как с момента первичного хирургического вмешательства, так и по мере прогрессирования гнойно-некротических осложнений в позднем периоде – 26 и более суток с момента поступления в стационар. Средний предоперационный период в группе составил 2,5 койко/дня. Первичное хирургическое вмешательство выполнялось в следующем объёме: лапаротомия, оментобурсостомия, мобилизация поджелудочной железы, люмботомия слева, люмботомия справа, холецистостомия, гемиколэктомия справа.

Дренирование свежеприготовленным озонированным физиологическим раствором, получаемым при барбатиrowании озоно-кислородной смесью в концентрации 7 мг/л, начинали в раннем послеоперационном периоде. Смена трёх просветных дренажей с комплексной хирургической и озоновой санацией оментобурсостомии выполняли через каждые 3–5 суток без применения наркоза (в среднем – 5–7 раз за курс лечения). Средний срок госпитализации составил 65±4,5 суток. Необходимость в перевязках под наркозом снижается до минимума.

Результаты исследования

Применение метода активного дренирования способствует значительному уменьшению межтканевого воспалительного отёка и объёма остаточных гнойных полостей, а также проявлений системной воспалительной реакции.

Общих и местных осложнений, характерных для дренажных методик, не было. Летальных исходов в наблюдаемой группе больных не отмечалось, что позволяет осторожно говорить о снижении летальности.

Выводы

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что методика проточно-аспирационного трёхпросветного

дренирования озонированным физиологическим раствором в концентрации 5–7 мг/л парапанкреатических и забрюшинных пространств как основных путей развития гнойных осложнений при панкреонекрозах позволяет создать условия для радикального удаления некротизированных тканей, эффективно эвакуировать раневое отделяемое, деконтаминировать раны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. Хирургическое лечение. М.: Профиль, 2007. 160 с.
2. Лысенко М.В., Урсов С.В., Грицюк А.М., Копаевич М.А. Методы дренирующих операций при панкреонекрозе. Высокотехнологичная специализированная помощь: Сб. трудов науч.-практ. конф. ГВГК им. Н.Н. Бурденко. М. 2006. С. 31-33.
3. Урсов С.В. Тактика при деструктивном панкреатите: Сб. трудов науч.-практ. конф. ГВГК им. Н.Н. Бурденко. М. 2007. С. 170.

