

УДК: 616-002.36–08:541.128

СОКРАЩЕНИЕ СРОКОВ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОДИСПЕРСНЫХ ПОТОКОВ РАСТВОРА АНОЛИТА

А.А. ГЛУХОВ, Н.Г. КОРОТКИХ, Т.В. АЗАРОВА

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»,
ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, 394036*

Аннотация: проблема лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи продолжает оставаться актуальной на современном этапе. Можно с полной уверенностью сказать, что вопрос о патогенетических процессах, протекающих в гнойной ране и их лечение относится к одному из старых разделов медицины и имеет свою многовековую историю. Существует огромное количество разнообразных методов и способов воздействия на гнойную рану, но, к сожалению, ни один из них не удовлетворяет современных хирургов полностью. Ежегодно появляются новые методики ведения гнойных ран, как челюстно-лицевой области, так и других анатомических областей. В настоящее время разработаны и внедрены в практику стандарты для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, включая необходимость проведения адекватного хирургического вскрытия и дренирования гнойного очага, антибактериальной, детоксицирующей, противовоспалительной терапии, коррекция систем гомеостаза. Не смотря на это, число пациентов с данным видом патологии не имеет тенденции к уменьшению. Проанализировав данные, полученные в результате исследования, обращает на себя внимание выраженный положительный эффект в результате применения микродисперсных потоков раствора анолита в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Раны в более короткие сроки очищаются от тканевого детрита, что ведет к раннему наложению вторичных швов и, как следствие, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и период временной нетрудоспособности населения.

Ключевые слова: флегмона, челюстно-лицевая область, анолит.

TIME REDUCING OF HOSPITAL TREATMENT IN THE PATIENTS WITH CELLULITES OF MAXILLOFACIAL AREA AND NECK ON THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT BY MEANS OF MICRODISPERSE STREAMS OF THE ANOLYTE SOLUTION

A.A. GLUHOV, N.G. KOROTKIH, T.V. AZAROVA

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: the problem of treating of the cellulites of maxillofacial area and neck continues to remain relevant at this stage. You might say that the question of the pathogenetic processes in the purulent wound and its treatment is one of the oldest branches of medicine and has a long history. There are lots of different methods and ways to influence on the purulent wound, but, unfortunately, not one of them does not satisfy modern surgery in full. Annually new methods of septic wounds, as the maxillofacial region, and other anatomical areas are appeared. The standards for the treatment in the patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area and neck have been developed and put into practice, including necessity to carry out adequate surgical autopsy and drainage of purulent focus; antibacterial, detoxic, anti-inflammatory therapies; correction of homeostasis system. Despite of this, the number of patients with this type of disease doesn't decrease. Analysis of the obtained allows the authors to pay attention to positive effect of the use of microdisperse streams of the anolyte solution in complex treatment of the patients with cellulitis of maxillofacial area and neck. Wounds become clear of tissue detritus in shorter time, that leads to application of early secondary sutures and, consequently, reduces the time of patients' stay in hospital and the period of temporary disability of the patients.

Key words: cellulite, maxillofacial area, anolyte.

Проблема лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи продолжает оставаться актуальной на современном этапе. В настоящее время разработаны и внедрены в практику стандарты для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, включая необхо-

димость проведения адекватного хирургического вскрытия и дренирования гнойного очага, назначение, антибактериальной, детоксицирующей, противовоспалительной терапии, коррекция систем гомеостаза [1,2,7,10,13,14,15].

Существует множество способов местного воз-

Таблица 1

Распределение пациентов по полу в группах

Группа	Мужчины	Женщины	Общее количество человек в группе
Основная	10	12	22
I контрольная	12	10	22
II контрольная	18	4	22

действия на гнойную рану. Широкое применение в лечении таких ран получили протеолитические ферменты, что обусловлено их некролитическим и противоотечным действием. К недостаткам всех протеаз при их местном применении следует отнести отсутствие лизирующего воздействия на коллаген, а так же кратковременность их действия (инактивируются через 20-30 мин.), в результате чего невозможно добиться полного очищения раны [6]. В течение ряда лет с успехом применяются поверхностно-активные вещества: 0,5-1% раствор диоксидина или 0,02-0,05% раствор хлоргексидина. Разработаны биологически активные перевязочные материалы, которые представляют собой новые формы повязок для ран, сочетающие в себе неспецифические сорбционные свойства углеволокнистой основы и специфическое локальное действие введенных в нее биологически активных добавок. Так же широко используются сорбенты, мази на гидрофильной, гидрофобной основе, полупроницаемые мембраны и диализирующие растворы, обработка пульсирующей струей жидкости, лечение ран в управляемой абактериальной среде, использование озона и гидропрессивных технологий, ультразвуковое, фотовоздействие, иммуномодуляторы, лазер, криовоздействие, биологические способы, комбинированные методы и т.п.

Таким образом, все способы медикаментозного воздействия на гнойную рану сводится к использованию средств физической, технической, химической и биохимической антисептики или их комбинации [5,6,7,8,9,11,13,16,17,18]. Несмотря на все вышесказанное, тактика ведения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, требует коррекции в подходах к местному лечению больных.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи путем разработки и внедрения в клиническую практику метода обработки гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи микродисперсным потоком анолита.

Материалы и методы исследования. За период с сентября 2011 по сентябрь 2012 года, в рамках настоящего исследования, проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и этиопатогенетическое лечение пациентов, страдавших флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. Обследование и лечение больных проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии №1, 2 ГУЗ ВОКБ №1. Под наблюдением находилось 66 пациентов в возрасте от 20 до 76 лет. Из них мужчин 38 (57,6%), женщин – 28 (42,4%). Ежедневно производились перевязки. Все пациенты были распределены на три группы (основную и две контрольные), по 22 человека в каждой (табл. 1, рис. 1).

Пациентам основной группы проводили обработку гнойных ран микродисперсным потоком раствора анолита (рН6,5-7,2 ОВП + 750-920 мВ). С целью создания и нагнетания в рану микродисперсного потока анолита использовалось устройство для гидропрессивной обработки ран УГР-01. Обработка проводилась с расстояния 10,0-15,0 см от поверхности воздействия до конца сопловой системы [3,7]. Проведение гидропрессивных санаций продолжалось до очищения раневой поверхности от гнойно-некротических масс и появления белесоватого налета, после чего на рану накладывалась асептическая повязка.

Распределение больных основной группы по локализации процесса



Рис.1. Распределение больных основной группы по локализации процесса

Больным первой контрольной группы раны обрабатывали микродисперсным потоком 0,05% водного раствора хлоргексидина. Нагнетение раствора в рану проводилось с помощью аппарата УГР-01, методика санации аналогична таковой в основной группе.

Распределение больных I контрольной группы по локализации процесса

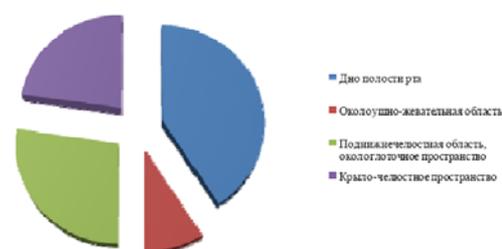


Рис.2. Распределение больных I контрольной группы по локализации процесса

Больным второй контрольной группы раны обрабатывали раствором анолита аппликационным методом, после чего накладывалась асептическая повязка.



Рис. 3. Распределение больных II контрольной группы по локализации процесса

С момента появления в ране первых грануляций, больные основной и первой контрольной групп раны обрабатывали раствором католита (рН 7,4-8,0, ОВП – 680-720) без применения гидропрессивной технологии, после чего накладывались вторичные швы.

Оценку эффективности комплексного лечения осуществляли с помощью общеклинических методов исследования. Материал для бактериологического исследования забирался интраоперационно, во время второй перевязки и перед наложением вторичных швов.

Результаты и их обсуждение. При анализе данных, полученных при лечении больных основной, I и II контрольных групп были получены следующие результаты. Бактериологическое исследование раневого отделяемого у больных основной, I и II контрольных клинических групп позволило выявить особенности микробного пейзажа гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи. Установлено, что *Staph. Aureus*, *Staph. Epidermidis* имели место у 38 (57%) пациентов, грамм отрицательные микроорганизмы (*Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp.*) были обнаружены у 16 (24%), в 12 (19%) случаях рост микрофлоры не был выявлен.

Число микробных тел в 1 грамме ткани в день поступления в стационар и проведения оперативного лечения у больных всех трех групп составляло, в среднем, 10^4 . На фоне проводимого лечения у пациентов основной группы уже на 2 сутки после оперативного лечения данный показатель снизился до 10^2 , а к моменту наложения вторичных швов микроорганизмы в ране не определялись. В I контрольной группе динамика снижения уровня микробных тел была достоверно менее выражена в сравнении с основной группой. На 2 сутки после операции количество микробных тел в 1 грамме ткани достоверно не отличалось от уровня в день поступления, а к моменту наложения вторичных швов уровень микробной обсемененности раны составлял 10^2 . При исследовании раневого отделяемого у больных II контрольной группы отмечено, что на 2 сутки после оперативного лечения число микробных тел снизилось до 10^3 в 1 грамме ткани, к моменту наложения швов микро-

организмы практически не определялись.

В основной группе вторичные швы накладывались на 5,8 сутки, что на 1,2 суток меньше, чем в I контрольной группе и на 0,8, чем во II контрольной группе (табл. 2).

Таблица 2

Сравнение сроков наложения вторичных швов и пребывания в стационаре у пациентов разных групп

Группы	Сроки наложения вторичных швов, сутки	Сроки пребывания в стационаре, сутки
Основная	5,8	9,1
I контрольная	7,0	11,27
II контрольная	6,6	10,8

Известно, что проведение вторичной хирургической обработки раны ускоряет процессы ее заживления и в значительной степени улучшает качество рубца, что имеет особое, косметическое значение для больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Проведение туалета гнойной раны раствором анолита у больных II контрольной группы так же оказало выраженный положительный результат, обеспечивало возможность наложения вторичных швов, в среднем, на 6,6 сутки – на 0,4 суток раньше, чем у пациентов I контрольной группы. Сроки нетрудоспособности так же уменьшились, время пребывания в стационаре составило 10,8 суток.

Выводы:

1. Применение микродисперсных потоков раствора анолита в комплексном лечении в лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи сопровождается положительной динамикой клинических проявлений заболевания и существенным восстановлением нарушенных показателей гомеостаза ко времени полного клинического выздоровления.

2. Проведенный сравнительный многофакторный анализ по основным клинико-лабораторным показателям (сроки наложения вторичных швов, количественный и качественный состав раневого отделяемого, сроки стационарного лечения) выявил существенные преимущества лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи с применением микродисперсных потоков раствора анолита в сравнении с аналогичными показателями больных I и II контрольных групп.

Литература

1. Агапов, В.С. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии / В.С. Агапов, С.В. Тарасенко, Г.М. Трухина.– М.: Медицина, 2002.– 255 с.

2. Антиоксидантная терапия при неклостридиальной анаэробной инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи / М.А. Губин [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.– 2011.– Т. IV.– №3.– С. 568–570.

3. Амирасланов, Ю.А. Изменения факторов обще-

го и местного гомеостаза и их коррекция у больных с гнойной хирургической инфекцией: дис... канд. мед. наук / Ю.А. Амирасланов.– М., 1978.

4. Бахир, В.М. Структура и физико-химическая активность электрохимически активированных водных растворов. Конференция Электрохимическая активация в медицине, сельском хозяйстве, промышленности / В.М. Бахир.– М., 1994.– С. 24–28

5. Бульнин, В.И. Лечение ран с использованием потока озонированного раствора под высоким давлением / В.И. Бульнин, А.И. Ермаков // Хирургия.– 1998.– №8.– С. 23–24.

6. Гостищев, В.К. Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и новых материалов / В.К. Гостищев, П.И. Толстых.– М., 1989.– С. 29–35.

7. Губин, М.А. Диагностика и лечение острых прогрессирующих воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи и их осложнений: дис. д-ра мед. наук / М.А. Губин.– М., 1987.– 357с.

8. Девятов, В.А. Применение в хирургии электрохимически активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе / В.А. Девятов // Врач.– 2000.– №5.– С. 30–37.

9. Синдром эндогенной интоксикации у больных с флегмоной лица и шеи / А.С. Забелин [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.– 2012.– Т. V.– №2.– С. 398–400.

10. Камаев, М.Ф. Инфицированная рана и ее лечение / М.Ф. Камаев.– М.: Медицина, 1970.– 159 с.

11. Костюченко, Б.М. Современные методы ак-

тивного хирургического лечения гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний/ Б.М. Костюченко // Современные методы активного хирургического лечения гнойных ран и острых гнойных хирургических заболеваний.– Ярославль, 1980.– С. 1–9.

12. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин, Б.М. Костюченко.– М.: Медицина, 1981.– 680 с.

13. Робустова, Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет (1955-2004) / Т.Г. Робустова// Стоматология.– 2007.– Т.86.–№3.– С.63–66.

14. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Н.Н. Бажанов [и др.] // Стоматология.– 1997.– N2.– С. 15–20

15. Шаргородский, А.Г. Воспалительные заболевания тканей, челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский.– М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.– 271 с.

16. Baquero, F. Prudent use of antimicrobial agents: Revisiting concepts and estimating perspectives in a global world / F. Baquero, J. Garau // Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.– 2010.– Sep 14.

17. Blindness and ophthalmoplegia complicating facial cellulitis / A. Gaudron [et al.] // Clin. Exp. Dermatol.– 2010 Apr.– №35 (3).– P. 324–5

18. De-Vicente-Rodriguez, J.C. Maxillofacial cellulitis / J.C. De-Vicente-Rodriguez // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.– 2004.–№ 09 Suppl.– P. 133–8; 126–33.

УДК 615.851

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Л.В. БАРАБАНОВА*, Л.Г. ГРИДНЕВА*, Ю.В. ГРИДНЕВ**

*ГОБУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д.10, г.Воронеж

**ФГБОУ ВПО «Воронежская государственная лесотехническая академия», ул. Тимирязева, д. 8., г.Воронеж

Аннотация: в статье рассматриваются условия доступности наркологических медицинских услуг в городе Воронеже и их влияние на качество лечения больных опийной наркоманией. Исследуются также динамика наркологического анамнеза больных и его влияния на качество ремиссии. Делаются выводы, что взаимосвязи между внешними и внутренними факторами наркомании имеют сложную структуру и нуждаются в дополнительном изучении.

Ключевые слова: наркомания, здравоохранение, наркологический стационар, реабилитация, ремиссия.

FACTORS INFLUENCING ON QUALITY OF TREATMENT AND REHABILITATION IN THE OPIUM ADDICTS

L.V. BARABANOVA, L.G. GRYDNEVA, U.V.GRYDNEV

Voronezh State N.N.Burdenko Medical Academy, Department of the Nurse Care
Voronezh State Forest Technical Academy, Department of foreign languages

Abstract: The conditions of availability of narcological medical services in the Voronezh and their influence on