ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБРАБОТКИ РАН У БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Галимзянов *Ф.В.,* ***Лазарева*** *М.А.*
ГБУЗ СО «СОКБ №1», г. *Екатеринбург, Россия*

Цель: повышение эффективности местного лечения ран у пациентов с гнойно-некротическими процессами в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

Материал и методы: проанализированы возможности местного лечения гнойных полостных образований у больных инфицированными формами тяжелого панкреатита и разлитым гнойным перитонитом с использованием дополнительных методов обработки ран ультразвуком и факелом аргоновой плазмы при операциях из малых доступов. Лечение ультразвуком аппаратом кавитационным «ФОТЕК АК 100» забрюшинного пространства осуществляли через сальниковую сумку, люмботомные доступы, брюшной полости - через традиционный средне-срединный или мини-доступы. Хирургическую обработку раневой поверхности производили бесконтактной коагуляцией тканей факелом аргоновой плазмы аппарата «Фотек ЕА - 140». Аппараты разработаны и изготовлены компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург). Пролечены 36 больных панкреатогенной флегмоной и 26 пациентов с разлитым гнойным перитонитом. Средний возраст составил 43.9±15.1 лет. Принцип методики заключался в том, что хирургическая обработка производилась активным электродом электрохирургического высокочастотного аппарата с аргоноусиленной коагуляцией в режиме фульгурации или бесконтактной спрей коагуляции зоны некроза краев раневой поверхности. Затем внутрь полости подавался раствор лекарственного вещества, который при прохождении через инструмент-волновод, преобразовывался посредством ультразвуковых колебаний в дисперсное облако. Проводилось последовательное промывание различных областей брюшной полости и забрюшинного пространства с использованием эндоскопического устройства и ирригационно-аспирационой системы, Некротические ткани во время распыления раствора удалялись пинцетом. Капиллярное кровотечения останавливали факелом аргоновой плазмы, после чего устанавливали перчаточные и перфорированные полихлорвиниловые дренажи. Повторение таких санаций осуществляли через 24-48 часов. После полной ликвидации воспалительных явлений и гнойного отделяемого санации с применением дополнительных методов обработки ран прекращались. При перитонитах срединная рана на передней брюшной стенке ушивалась. Раны мини-доступов заживали вторичным натяжением.

Результаты и обсуждение*,* включение в хирургическую обработку раневой поверхности дополнительных методов физического воздействия (ультразвуковых волн и факела аргоновой плазмы) позволило добиться очищения ран в 1,5 раза,, бактерицидного эффекта в 2 раза быстрее ($P<0,05$), чем без них. Переменное звуковое давление в жидкой среде вызывало кавитацию, способствующую возникновению сложного комплекса физико-химических и биологических процессов в озвучиваемых тканях. Это приводило к качественной очистке раневой поверхности от гноя, некротических масс, раневого детрита, экстракции патологического содержимого из глубинных слоев тканей, а также к усилению импрегнации лекарственных веществ в глубину тканей с созданием в них депо лекарственных веществ. Кроме того, обеспечивался бактерицидный эффект в отношении патогенной микрофлоры, а также происходило стимулирование репаративной регенерации тканей. Бесконтактный метод воздействия высокочастотным аппаратом с аргон-усиленной коагуляцией позволял малотравматично удалять некротизированные мягкие ткани за счет ограничения глубины термо воздействия и исключения прилипания электрода к тканям. Кроме того, осуществлялась эффективная коагуляция при диффузных кровотечениях.

Выводы: с целью повышения эффективности в комплекс лечения больных гнойно-некротическими процессами в брюшной полости и забрюшинном пространстве, как дополнительный метод, рекомендуется включать методы ультразвуковой и бесконтактной аргоноплазменной обработки раневой поверхности.