# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КАРБУНКУЛОМ КОЖИ

***Филиппов С.И., Деговцов Е.Н., Бархатов С.И., Низовой К.А.***
*ГБОУ ВПО ОмГМА, кафедра госпитальной хирургии, г. Омск, Россия*

*Цель*: повысить эффективность лечения больных карбункулом кожи, путем разработки и внедрения в клиническую практику способа лечения карбункула кожи с радикальным иссечением карбункула, аргоноплазменной коагуляцией (АПК) и наложением первичных швов на послеоперационную рану.

*Материал и методы*: для решения поставленных задач проведено рандомизированное, открытое контролируемое исследование 112 больных карбункулом кожи, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии БУЗОО ГК БСМП №1 г. Омска в период с 2000 по 2013 гг. Мужчин было – 51, женщин – 61. Средний возраст больных составил 48±17 лет.

Первая группа (сравнения) $n^1 = 72$ больных, была сформирована из числа пролеченных больных с использованием традиционного способа лечения больных карбункулом кожи. Традиционный способ лечения заключался в иссечении гнойника и открытом ведении раны.

Вторая группа (основная) $n^2 = 40$ больных, была сформирована из числа больных, пролеченных с использованием способа радикального иссечения карбункула кожи, с интраоперационной АПК и наложением первичных швов на рану (патент РФ на изобретение № 2480166 от 27.04.2013 г).

Способ заключался в следующем: двумя полулунными разрезами производили иссечение карбункула с некротически измененной подкожной клетчаткой по границе здоровых тканей. Рану промывали 3% раствором $H_2O_2$ или водным раствором хлоргексидина. Образованную раневую поверхность обрабатывали с помощью аргоноплазменного коагулятора ЭХВЧа-140-04-«Фотек» и «Электропульс С-350РЧ» мощностью 120 Вт, 500 Ом. В режиме коагуляции осуществляли гемостаз, далее производили поверхностную обработку раны до появления тонкой эластичной коагуляционной пленки. После завершения АПК в рану устанавливали двухпросветный трубчатый дренаж для проведения проточно-промывного и вакуумного дренирования. Рану ушивали наглухо, предпочтение отдавали шву Мак-Миллана-Донати. Использование активного вакуумного и проточно-промывного дренирования с растворами антисептиков позволило адекватно удалять раневой экссудат, обеспечивать плотное сближение стенок остаточных полостей, тем самым

создавая условия для заживления раны по типу первичного натяжения, без образования грубых рубцов.

*Результаты и обсуждение*: изучение местных проявлений воспаления показало, что инфильтрация и отек мягких тканей вокруг ран в группе сравнения сохранялись в течение 9,54±1,32 суток послеоперационного периода (P50=7,0; P25=4,0; P75=15,0. p<0,0000), тогда как в основной группе эти явления купировались в течение первых 3,1±0,8 суток (P50=2,8; P25=1,6; P75=4,6. p<0,0000). Оценку сроков купирования болевого синдрома проводили по срокам отмены анальгетиков. В группе сравнения, купирование болевого симптома происходило на 8±1,4 сутки послеоперационного периода. У пациентов основной группы болевой симптом купировался на 3±1,1 сутки. Таким образом, купирование болевого симптома в основной группе больных происходило на 5±1,25 суток раньше, чем в группе сравнения.

В послеоперационном периоде производили количественную и микробиологическую оценку экссудата. Видовой состав микрофлоры при поступлении больных в стационар в обеих группах был одинаковым (2I=5,49; p>0,05). На 5-6 сутки в группе сравнения отмечали смену не только количественного, но и видового состава микрофлоры раневого отделяемого. В группе сравнения количество случаев обнаружения St. aureus в раневом отделяемом уменьшилось на 18,8% (при поступлении в 82%, в динамике в 63,2%), на 2,5% увеличилось количество Str. epidermidis (5,3% случаев). В эти же сроки наблюдали появление микрофлоры, которая отсутствовала при проведении первичного бактериологического исследования (Ps. Aeruginosa – 13,2%, K. Pneumoniae – 5,1%, Ent. Cloacae – 7,9% случаев). В основной группе больных на 3-4 сутки, в 100% случаев роста микрофлоры не наблюдали (2I=3,38; p>0,05).

В результате лечения, средняя продолжительность стационарного лечения в основной группе больных была меньше в среднем на 5±0,69 дней (11,73±0,85 дней – в группе сравнения, 6,58±0,54 дней – в основной группе p<0,0000).

В основной группе, в исходе заболевания, в 100% случаев отмечено полное выздоровление, все больные выписаны с наличием послеоперационных рубцов (2I=43,69; p<0,001). Повторные операции в группе сравнения производили 42 (58,3%) больным. Из них – 15 (20,8%) больных нуждались в проведении повторных программированных некрэктомий, а 27 (37,5%) больным выполнялись повторные операции с целью закрытия раневого дефекта. В основной группе повторные операции не выполнялись (2I=63,82; p<0,001).

Таким образом, осложнений и повторных оперативных вмешательств, связанных с использования способа лечения карбункула кожи с АПК и наложением первичных швов основной группе больных не наблюдали (2I=63,82; p<0,001).

*Выводы*: применение АПК значительно влияет на стадии течения раневого процесса; обладая выраженным бактерицидным эффектом, создает условия для наложения первичных швов, профилактируя присоединение вторичной инфекции; ускоряет процессы репарации и снижает степень выраженности операционного дефекта; позволяет сократить сроки

стационарного лечения, что повышает эффективность лечения больных карбункулом кожи.