

АНАЕРОБНА НЕКЛОСТРИДІАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ ПОРОЖНИНИ ТАЗА: КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ЇЇ ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

А. В. Сотников, С. А. Асланян, С. А. Сапа

Головний військово—медичний клінічний центр, м. Київ

ANAEROBIC NONCLOSTRIDIAL INFECTION OF PELVIS: CLASSIFICATION AND ITS PRACTICAL APPLICATION

A. V. Sotnikov, S. A. Aslanyan, S. A. Sapa

В останні роки серед збудників гнійних хірургічних інфекцій значно збільшилася частота виявлення анаеробних неклостридальних мікроорганізмів.

Анатомічні й фізіологічні особливості порожнини таза створюють сприятливі умови для поширення АНІ [1, 2].

За даними літератури, при лікуванні таких хворих летальність становить від 8,8 до 75% [2—7], а за недостатньо активного хірургічного лікування — сягає 95% [8]. Автори вказують також на значну інвалідизацію та економічні витрати суспільства, що пов'язане з тривалим стаціонарним та реабілітаційним лікуванням хворих [5, 9].

За даними фахівців, важливість створення клінічної класифікації обґрунтована необхідністю порозуміння між клініцистами та послідовності лікування. Класифікація має визначити й систематизувати усі основні чинники перебігу патологічного процесу, а отже, особливості лікувально—діагностичної тактики, бути негроміздкою, зручною у користуванні, доступною для сприйняття [10].

Характерні місцеві й загальні клінічні ознаки АНІ дозволяють встановити діагноз та розпочати лікування до отримання результатів бактеріологічного дослідження [6]. В наявних публікаціях відсутні дані про єдиний, уніфікований метод хірургічного лікування [6, 7]. Неоднозначні думки дослідників щодо обсягу та етапності оперативних втручань [4, 5].

Реферат

Проаналізовані спостереження анаеробної неклостридальної інфекції (АНІ) порожнини таза у 89 хворих, яких лікували у відділенні гнійної хірургії у 1999—2012 рр. Запропонована клінічна класифікація захворювання, яка застосована у практиці для розподілу хворих по клініко-морфологічних групах (КМГ) з метою диференційованого підходу до комплексного хірургічного лікування.

Ключові слова: анаеробна неклостридальна інфекція порожнини таза; класифікація; клініко-морфологічні групи; хірургічне лікування.

Abstract

Anaerobic nonclostridial infection of pelvis are analysed in 89 patients that were on treatment in the department of festering surgery in 1999—2012 years. Clinical classification of disease is offered and it is applied in practice for dividing of research array into clinically-morphological groups with the aim of the differentiated going near a surgical treatment.

Key words: anaerobic nonclostridial infection of pelvis; classification; clinically-morphological groups; surgical treatment.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 89 хворих, яких лікували у відділенні гнійної хірургії з приводу АНІ порожнини таза у період 1999—2012 рр.

В контрольну групу включені 56 хворих, яких лікували у період 1999—2008 рр. з застосуванням стандартної тактики, що включала первинну хірургічну обробку (ПХО), дренажування, місцеве лікування рани та комплекс інтенсивного консервативного лікування (ІКЛ); в основну групу — 33 хворих, яких лікували у період 2009—2012 рр. з використанням активної хірургічної тактики: аспіраційно—іригаційно—аераційно—антибактеріальної терапії (САТ) для лікування ранового процесу, раннього виконання пластичних оперативних втручань з пріоритетним здійсненням аутодермопластики з застосуванням повношоврових клаптів та вдосконалений комплекс ІКЛ.

Відповідно до мети дослідження і для отримання системного уявлення про захворювання розроблена класифікація АНІ порожнини таза.

1. *За джерелом захворювання:*

- а) гнійно—запальні захворювання;
- б) ін'єкції;
- в) ускладнення хірургічного лікування;
- г) травма;
- д) онкологічні захворювання;
- е) ангіогенні захворювання;
- ж) сепсис;
- з) криптогенна інфекція.

2. *За етіологічною ознакою:*

- а) анаеробна моно— або мікст—інфекція;
- б) анаеробно—аеробна мікст—інфекція.

3. *За локалізацією:*

- а) промежина;
- б) пахвинні ділянки;
- в) сідничні ділянки;
- г) крижово—куприкова ділянка;
- д) лобкова ділянка;
- е) ділянки кульшових суглобів;
- ж) декілька ділянок таза;
- з) поширення на суміжні ділянки.

4. За глибиною ураження тканин:

- а) власно шкіра;
- б) підшкірний прошарок;
- в) поверхнева фасція;
- г) м'язи, глибокі фасції та органи.

5. За тяжкістю стану хворого (фазою перебігу запальної реакції):

- а) легкий (синдром локальної запальної реакції);
- б) середньої тяжкості (синдром системної запальної реакції);
- в) тяжкий (сепсис);
- г) вкрай тяжкий (тяжкий сепсис, септичний шок).

Особливостями анатомо—топографічної будови порожнини таза є значна кількість клітковинних просторів, відсутність обмеження окремих ділянок та наявність місцевих джерел анаеробної мікрофлори (пряма кишка, зовнішні статеві органи та піхва, велика кількість складок шкіри). Тому, незважаючи на численність джерел захворювання, генез анаеробних неклостридіальних збудників та первинної локалізації патологічного процесу, клінічні особливості перебігу АНІ порожнини таза мають свої особливості.

Основними чинниками, що визначили хірургічну тактику лікування хворого у стаціонарі, були глибина ураження тканин та тяжкість стану за фазним перебігом системної запальної відповіді.

Хворих, у яких відзначали ураження власно шкіри, за легкого перебігу у дослідження не включали. Отже, всі пацієнти розподілені на дві КМГ:

КМГ—I — хворі, у яких виявлене ураження підшкірного прошарку та поверхневої фасції, стан середньої тяжкості (синдром системної запальної реакції);

Таблиця 1. Розподіл хворих по КМГ

КМГ	Кількість спостережень в групах			
	контрольній		основній	
	абс.	%	абс.	%
I	42	75,0	25	75,8
II	14	25,0	8	24,2
Разом...	56	100	33	100

КМГ—II — хворі, у яких відзначене ураження м'язів, глибоких фасцій та органів таза, стан тяжкий або вкрай тяжкий (сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок).

Хворих КМГ—I було 67 (75,3%), КМГ—II — 22 (24,7%), тобто, розподіл по групах однорідний (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після госпіталізації хворих тривалість підготовчого етапу до ПХО патологічного вогнища у контрольній групі становила у середньому $(8,1 \pm 1,5)$ год, в основній — $(4,0 \pm 1,0)$ год ($P = 0,03$), що зумовлене застосуванням активної лікувальної тактики.

У хворих КМГ—I проводили ПХО з дрениванням патологічного вогнища в межах шкіри, підшкірного прошарку та поверхневої фасції. У хворих КМГ—II виконували розширену ПХО з контролем шляхів поширення інфекції по міжм'язових та клітковинних просторах, а при ураженні прямої кишки чи сечових шляхів — виконували специфічні оперативні втручання (виведення протиприродного відхідника, формування епіцистостоми).

В усіх хворих контрольної групи та у 24,2% — основної здійснювали аспіраційне або аспіраційно—іри-

гаційне дренивання. З метою комплексного впливу на етіологічні чинники та патогенетичні механізми захворювання у 75,8% пацієнтів основної групи проведено АІАД з застосуванням оригінального дренажа, що одночасно забезпечувало аспірацію екссудату, іригацію лікарських засобів (антисептиків, сорбційно—антибактеріальних суспензій тощо) та аерацію ранової порожнини.

З метою місцевого лікування ран у хворих основної групи проводили місцеву САТ з використанням запропонованої наноконпозиції. Перев'язки здійснювали один раз на добу, а за значної екссудатії — кілька разів на добу. САТ з використанням наноконпозиції у вигляді присипки проводили до пластичного закриття рани, у подальшому здійснювали іригацію суспензії цього препарату через дренажі. Якщо пластичний етап не застосовували, САТ у вигляді присипки здійснювали до загоєння рани.

Після проведення первинної ПХО гнійно—некротичного вогнища більшість хворих оперовані в обсязі програмованої повторної хірургічної обробки, в тому числі 85,7% — контрольної групи та 75,8% — основної.

Пластичні операції виконані у 69,6% хворих контрольної групи та

Таблиця 2. Ускладнення перебігу АНІ

Ускладнення	Кількість хворих в групах				P
	контрольній		основній		
	абс.	%	абс.	%	
Серцево-судинна система	43	76,8	25	75,8	0,91
Продовження місцевого гнійно-некротичного процесу	35	62,5	13	39,4	0,04
Травна система	24	42,9	7	21,2	0,04
Кровотворна система (анемія)	20	35,7	5	15,2	0,04
Сечова система	16	28,6	3	9,1	0,04
Дихальна система	11	19,6	1	3,0	0,03

у 69,7% — основної ($P = 0,99$). Тривалість підготовки до виконання пластичного етапу хірургічного втручання в контрольній групі становила у середньому ($5,4 \pm 0,4$) доби, в основній — ($4,2 \pm 0,3$) доби, тобто, майже на 1 добу менше ($P = 0,02$).

У 29,5% хворих контрольної групи та у 30,4% — основної виконували по 2 пластичних оперативних втручання і більше ($P = 0,83$). При цьому в контрольній групі у середньому виконані ($2,4 \pm 0,2$), в основній — ($1,7 \pm 0,2$) втручання на кожного хворого ($P = 0,02$).

Після ПХО остаточне пластичне закриття ран у хворих контрольної групи досягнуте у середньому через ($12,9 \pm 1,8$) доби, основної — через ($8,1 \pm 1,4$) доби ($P = 0,04$).

В основній групі у порівнянні з контрольною частота ускладнень основного захворювання менша (табл. 2). Тривалість лікування у стаціонарі хворих контрольної гру-

пи становила у середньому ($21,4 \pm 2,2$) днів, основної групи — ($14,4 \pm 1,3$) днів ($P = 0,01$).

По завершенні стаціонарного етапу лікування повне відновлення працездатності досягнуте у 51,5% хворих основної групи та у 21,4% — контрольної групи ($P = 0,003$). Подальше лікування в амбулаторних умовах було показано 69,6% пацієнтів контрольної групи та 48,5% — основної ($P = 0,047$).

В контрольній групі у 3 (5,3%) хворих відзначена стійка втрата працездатності (внаслідок ампутації нижньої кінцівки, хронічного сепсису, гнійного спондилодисцити — по одному спостереженню), 2 (3,6%) хворих померли. В основній групі стійку втрату працездатності не спостерігали, всі пацієнти живі.

ВИСНОВКИ

1. Розроблена класифікація АНІ порожнини таза дозволяє отримати системне уявлення про захворю-

вання кожного пацієнта, виділити КМГ хворих для визначення послідовності, обсягу та методів комплексного хірургічного лікування.

2. Впровадження активної тактики та диференційованого підходу до хірургічного лікування з використанням запропонованих методів дренажування, аутодермопластики та місцевої САТ дозволило зменшити тривалість підготовки до пластичного етапу хірургічного лікування, частоту виконання оперативних втручань та строки остаточного пластичного закриття ран.

3. Застосування комплексного хірургічного лікування дозволило зменшити тривалість лікування хворих (у середньому на 7 діб), частоту ускладнень (на 17,1%), тимчасової та стійкої втрати працездатності (відповідно на 21,1 та 5,5%) летальність (на 3,6%).

ЛІТЕРАТУРА

1. Блискавична спонтанна гангрена калитки: досвід лікування / О. О. Строй, Ю. О. Мицик, Р. Я. Телефонко, О. В. Шуляк // Пол. урологія. — 2008. — Т. 61, № 1. — С. 40 — 44.
2. Кондратенко П. Г. Хирургическая инфекция: практ. руководство / П. Г. Кондратенко, В. В. Соболев. — Донецк, 2007. — 512 с.
3. Особенности лечения больных с анаэробным парапроктитом / Н. Г. Кононенко, В. И. Бугаев, О. В. Литовченко [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2009. — № 2.2 (34). — С. 39 — 40.
4. Болквядзе Э. Э. Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.27 — хирургия / Э. Э. Болквядзе. — М., 2009. — 50 с.
5. Морозов Е. С. Послеоперационная анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.27 — хирургия / Е. С. Морозов. — Омск, 2004. — 34 с.
6. Серажим О. А. Комплексное лечение анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.27 — хирургия / О. А. Серажим. — М., 2004. — 16 с.
7. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: рос. нац. рекомендации / С. Ф. Багненко, Э. А. Баткаев, В. Б. Белобородов [и др.]; под ред. В. С. Савельева. — М., 2009. — 92 с.
8. Кубышкин В. А. Метронидазол при анаэробной неклостридиальной инфекции / В. А. Кубышкин, Л. А. Блатун // Рус. мед. журн. (Хирургия. Урология). — 2007. — Т. 15, № 29. — С. 2222 — 2224.
9. Анаэробная неклостридиальная флегмона. Клиническое наблюдение / Е. И. Брехов, А. М. Светухин, И. С. Багинская [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2008. — № 12. — С. 49 — 52.
10. Хирургические инфекции: практ. руководство / М. М. Абакумов, М. С. Алексеев, Ю. А. Амирасланов [и др.]; под ред. И. И. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова. — М.: Литтерра, 2006. — 736 с.

