

## ЛЕЧЕБНО- ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гнойные осложнения в хирургической практике и травматологии составляют значительное число и являются серьезной инвалидизирующей проблемой, о чем свидетельствуют многочисленные публикации. Различные по глубине, характеру возникновения, срокам от момента травмы и инфицированности, дефекты требуют индивидуального подхода в выборе реконструктивно-пластической операции. Однако, существующие временные ограничители (хирургические опасения), сдерживают от своевременного вмешательства на инфицированном дефекте. Поэтому нередко, в результате открытых тяжелых повреждений, осложненных гнойно-воспалительным процессом, хирурги идут на радикальную операцию «во спасение жизни». Основными принципами антибиотикотерапии являются: рациональный путь введения, создание и поддержание необходимой концентрации препарата в очаге поражения, введение препарата чувствительного к выявленной флоре. Только артериальный путь антибиотикотерапии, отвечает этим требованиям для профилактики гнойных осложнений, и устранения операционного риска в сложных оперативных вмешательствах при наличии гнойного очага.

Нами изучено 193 больных с различными по глубине дефектами и тяжести воспалительно-некротического процесса. Наблюдались пациенты с инфицированными костными и мягкоткаными дефектами – 58(30,1%), мягкоткаными дефектами – 47(24,4%), псевдоартрозами – 49(25,4%), некрозом сегмента – 18(9,3%), костными дефектами – 11(5,6%), вызванными тяжелыми травмами, микстами и множественными переломами, огнестрельными ранениями. Реконструктивно-пластические операции проводились под прикрытием регионарной антибактериальной терапии, благодаря которой удавалось предупредить контаминацию организма патогенной флорой, устранить ее в зонах метастазирования инфекции и замещения костных и мягкотканых дефектов, без опасения развития или обострения воспалительного процесса. Препарат в неизменном состоянии и высокой концен-

трации, доставляется к очагу в дозировке, не превышающей суточную. Его концентрация для ноги увеличивается в 7 раз, и для руки — в 14 раз по сравнению с другими путями введения (внутримышечный, внутривенный). Исключается необходимость строгого слежения за характером и количеством флоры в ране, из-за ее исчезновения за 3-6 суток инфузии. В процессе инфузионной терапии, при посеве раневого детрита у 38 пациентов, при ежедневных перевязках ран, флора исчезала максимум на шестые сутки. Достигается быстрый клинический эффект, что позволяет выполнять восстановительные и реконструктивно-пластические хирургические вмешательства в полном объеме. Определены показания для использования регионарной антибактериальной инфузии.

Все наблюдавшиеся нами больные распределены на три группы.

1. Группа больных с острым воспалительным процессом – 94(48,7%).
2. Группа больных с хроническим воспалением – 61(31,6%).
3. Группа больных, поступивших с тяжелым открытым повреждением, в течение 24 часов с микробной контаминацией – 38(19,7%).

Их распределение на группы обеспечило стандартизацию тактического подхода и технологического решения проблемы замещения тканевого дефекта в каждой из них. Всем поступившим с тяжелыми свежими повреждениями, катетеризировалась магистральная артерия и выполнен полный объем реконструктивно-пластических операций одновременно с первичной хирургической обработкой раны. Больным с острым воспалительным процессом, сначала катетеризировалась магистральная артерия и некрсеквестрэктомия, а через 12-14 суток инфузии костно и кожно-пластические операции. Больным с хроническим воспалительным процессом, налаживалась артериальная инфузия, выполнялась некрсеквестрэктомия и пластика дефекта одновременно. У всех оперированных больных получены хорошие результаты.