

# ЗАСТОСУВАННЯ СТАНДАРТІВ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ ТА ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ

Канд. мед. наук О. А. Короп

**Харківська медична академія післядипломної освіти**

*Показано застосування профілактичних, діагностичних і лікувальних стандартів надання хірургічної допомоги при гнійно-септичних захворюваннях у хірургічному відділенні поліклініки Харківської обласної студентської лікарні за 2004–2008 рр. Наведено кількісні показники використання цих стандартів якості в амбулаторно-поліклінічних умовах.*

**ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТОВ  
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВА-  
НИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ХИРУРГИЧЕ-  
СКОГО ПРОФИЛЯ В АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ  
И ИХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ**

Канд. мед. наук О. А. Короп

*Показано применение профилактических, диагностических и лечебных стандартов оказания хирургической помощи при гнойно-септических заболеваниях в хирургическом отделении поликлиники Харьковской областной студенческой больницы за 2004–2008 гг. Приведены количественные показатели использования этих стандартов качества в амбулаторно-поликлинических условиях.*

**APPLICATION OF STANDARDS  
OF PROPHYLAXIS, DIAGNOSTICS  
AND TREATMENT OF PATIENTS ON  
FESTERING-INFLAMMATORY DISEASE  
OF SOFT FABRICS OF SURGICAL TYPE  
IN AMBULATORY POLICLINIC  
ESTABLISHMENTS AND THEIR  
IMPROVEMENT**

O. A. Korop

*Application of prophylactic, diagnostic and medical standards of grant of surgical help is rotined at festering-septic diseases in the surgical separation of policlinic of the Kharkiv regional student hospital after 2004–2008 years. The quantitative indexes of the use of these standards of quality are resulted in ambulatory policlinic terms.*

Останнім часом спостерігається значне зростання кількості гнійно-септичної патології м'яких тканин хірургічного профілю. Щорічно в країнах СНД реєструється близько 5 млн хворих із гнійно-запальними захворюваннями, і в структурі звернень до хірургів амбулаторно-поліклінічних закладів їх питома вага складає в середньому 10–60 % [1, 2].

Хворі на гнійно-септичні захворювання потребують невідкладних оперативних втручань, перш за все, у амбулаторно-поліклінічних закладах [1, 2, 4, 8].

До гострих гнійних уражень шкіри і м'яких тканин, які доцільно лікувати в амбулаторно-поліклінічних умовах, належать: абсцеси різної локалізації, панариції, загноєна кіста куприка, флегмона,

гнійний бурсит, гнійний бартолініт, гідраденіт, лігатурні свищі, фурункул, карбункул, нагноєна атерома, мастит, парапроктит, посттравматичні й післяопераційні абсцеси і флегмони [3, 6, 7]. Усі ці форми гострих гнійних захворювань мають виражену двостадійність розвитку – набрякло-інфільтративну стадію (яка є зворотньою і за своєчасного комплексного лікування призводить до одужання) та гнійно-некротичну (за якої своєчасно і правильно виконана операція скорочує термін лікування, покращує функціональний результат і зменшує витрати на лікування).

Результати лікування хворих на набрякло-інфільтративній стадії гнійного запалення є мірою

повноцінності санітарної освіти населення (раннє звернення до лікаря), а також активності й високого професіоналізму фахівців хірургічної служби амбулаторно-поліклінічної ланки [1].

**Мета** роботи — за результатами застосування та оцінки діючих стандартів профілактики, діагностики і лікування хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин у хірургів поліклініки вдосконалити їх склад та практику використання.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Матеріалами дослідження були результати обстеження і лікування 2209 хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин хірургічного профілю, які вперше звернулися до хірургів поліклініки Харківської обласної студентської лікарні протягом 2004–2008 рр. (11,1% від усіх первинних хірургічних хворих). Була проведена експертна оцінка амбулаторних карток хворих щодо відповідності лікувально-діагностичних заходів діючим стандартам. За стандарти профілактики, діагностики і лікування хворих на гнійно-септичні захворювання використано такі, що рекомендовано Наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 [5].

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведено розподіл хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин хірургічного профілю за нозологічними формами та роками спостереження (табл. 1). Серед цих захворювань най-

більшу частку складають фурункули — 971 хворий (44,0%), гідраденіти — 386 (17,5%), нагноєні атероми — 245 (11,1%), панариції — 239 (10,8%) та гнійні лімфаденіти — 152 (6,9%).

Така закономірність спостерігається протягом усього періоду дослідження. При цьому кількість хворих за наведеними нозологічними формами, крім хворих на нагноєні атероми, суттєво зменшилась у 2008 р. порівняно з 2004 р., особливо — з панариціями (в 3,5 рази), гідраденітами (в 2,6 рази) і лімфаденітами (в 2,1 рази). У цілому кількість пацієнтів на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин майже щорічно зменшувалась і їх обсяг порівняно з 2004 р. склав у 2007 р. 53,9%, в 2008 р. — 58,1%.

Зменшенню кількості пацієнтів на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин значною мірою сприяло застосування відповідних стандартів первинної і вторинної профілактики. Первинна профілактика включала проведення з контингентом населення, що обслуговується в лікарні, переважно зі студентами, бесід стосовно запобігання гнійно-септичним захворюванням, порад із питань дотримання особистої гігієни, надання першої допомоги при отриманні побутових і професійних травматичних ушкоджень, термінового звернення до хірургів за перших ознак запалення. Первинна профілактика як один із розділів роботи працівників хірургічного відділення здійснювалась під час проведення профілактичних оглядів студентів

Таблиця 1

**Розподіл досліджених хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин за нозологічними формами та роками спостереження**

№ з/п	Найменування нозології	Кількість хворих					Всього		
		2004	2005	2006	2007	2008	абс. ч.	%	
1.	Абсцес	17	3	13	13	6	52	2,4	
2.	Фурункул	267	190	203	137	174	971	44,0	
3.	Карбункул				5	2	7	0,3	
4.	Флегмона	2	1		1		4	0,2	
5.	Гідраденіт	121	82	89	48	46	386	17,5	
6.	Панарицій	85	49	56	25	24	239	10,8	
7.	Бешиха	2	3				5	0,2	
8.	Нагноєння ЕКХ	23	9	11	17	16	76	3,4	
9.	Лімфаденіт	59	42	10	13	28	152	6,9	
10.	Бартолініт			2	1		3	0,1	
11.	Гнійний бурсит	3	1	6	3	5	18	0,8	
12.	Лігатурний свищ	2	1				3	0,1	
13.	Нагноєна атерома	31	45	64	59	46	245	11,1	
14.	Парапроктит	1	1	3	4	2	11	0,5	
15.	Гнійний мастит	1	1	2	2	1	7	0,3	
16.	Нагноєна гематома	4	4	8	5	9	30	1,4	
Всього		абс. ч.	618	432	467	333	359	2209	100,0
		%	28,0	19,6	21,1	15,1	16,2	100,0	



та на амбулаторному прийомі. Заходи вторинної хірургічної профілактики проводились стосовно хворих, які хворіли на цукровий діабет, шкірні хвороби та порушення цілісності шкіри, атероми, хронічне запалення епітеліального куприкового ходу, варикозну хворобу нижніх кінцівок, стани після оперативних втручань. Головна сутність цих заходів полягала у своєчасному обстеженні таких хворих і проведенні відповідних лікувальних консервативних, оперативних та оздоровчих заходів.

Діагностика гнійно-запальних захворювань м'яких тканин здійснювалась за діючими стандартами з проведенням загального і локального зовнішнього огляду, аналізу клінічних даних з визначенням локалізаційної та морфологічної характеристики запального процесу, ступеню функціональних порушень і загальних проявів захворювання; призначенням лабораторних та інструментальних методів дослідження (загальний аналіз крові і сечі, аналіз крові на цукор, бактеріологічний посів вмісту ділянки запалення, посів крові на стерильність, УЗД при абсцесі, лімфаденіті, маститі, нагноєній гематомі, рентгенографія при панариції, лігатурному свищі, підозрі на стороннє тіло).

Додержання діючих стандартів обстеження і діагностики гнійно-септичних захворювань м'яких тканин було у 86,9 % хворих. Більш повне застосування рекомендованих стандартів здійснювалось при фурункулах (92,0 %), абсцесах (88,5 %)

і панариціях (88,3 %), у меншій мірі — у хворих з нагноєнням епітеліального куприкового ходу (ЕКХ — 71,1 %), гідраденітами (80,1 %), нагноєними атеромами (82,4 %), гнійними бурситами і нагноєними гематомами (83,3 %) та лімфаденітами (84,9 %). Основними причинами, що зумовили неповне використання стандартів обстеження і діагностики гнійно-септичних захворювань м'яких тканин, були необхідність невідкладного оперативного втручання у зв'язку із занедбаністю перебігу захворювання без попереднього обстеження та невиконання хворим призначень лікаря щодо діагностичних заходів.

Тактичний стандарт лікування хворих, якого вони дотримувались, передбачав визначення методу лікування, терміну оперативного втручання та лікувально-профілактичного закладу залежно від стадії, тяжкості і локалізації гнійно-запального процесу. Наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 рекомендовано умови вибору лікувально-профілактичного закладу з урахуванням тривірневої системи надання медичної допомоги хворим на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин [5].

Для удосконалення та розробки лікувальних технологій при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин використано діючі стандарти лікування [5], літературні дані [3, 4, 6, 7, 8]. Наш п'ятирічний досвід дозволив провести аналіз розподілу хворих (табл. 2).

Таблиця 2

**Розподіл хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин за нозологічними формами, та методами їх лікування (2004–2008 рр.)**

№ з/п	Найменування захворювань	2004		2005		2006		2007		2008		Всього		
		Всього	Опер.	Всього	Опер.	Всього	Опер.	Всього	Опер.	Всього	Опер.	Всього	Опер.	%
1.	Абсцес	17	7	3	2	13	9	13	11	6	4	52	33	63,5
2.	Фурункул	267	111	190	95	203	160	137	109	174	142	971	617	63,5
3.	Карбункул							5	5	2	2	7	7	7 з 7
4.	Флегмона	2		1	1			1	1			4	2	2 з 4
5.	Гідраденіт	121	52	82	78	89	75	48	41	46	37	386	283	73,3
6.	Панарицій	85	38	49	24	56	49	25	45	24	19	239	175	73,2
7.	Бешиха	2		3								5		0 з 5
8.	Нагноєння ЕКХ	23	20	9	8	11	9	17	16	16	14	76	67	88,1
9.	Лімфаденіт	59	4	42	2	10	5	13	6	28	2	152	19	12,5
10.	Бартолініт					2	2	1	1			3	3	3 з 3
11.	Гнійний бурсит	3	1	1		6		3	2	5	1	18	4	4 з 18
12.	Лігатурний свищ	2		1								3		0 з 3
13.	Нагноєна атерома	31	31	45	45	64	64	59	59	46	46	245	245	100,0
14.	Парапроктит	1	1	1	1	3	3	4	4	2	2	11	11	11 з 11
15.	Гнійний мастит	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	7	7	7 з 7
16.	Нагноєна гематома	4	4	4	4	8	8	5	5	9	9	30	30	100,0
Всього		618	270	432	261	467	386	333	307	359	279	2209	1503	68,0

Лікувальні технології при набрякло-інфільтративній стадії захворювань включали такі заходи: місцева терапія протягом перших двох діб (пов'язка на зону запалення з розчином антисептика), загальна протизапальна терапія, подальше консервативне лікування при позитивній динаміці захворювання з використанням фізіотерапевтичних методів. За досліджений період консервативними методами було проліковано 420 (19,0 %) хворих.

На гнійно-некротичній стадії проводилось знеболення, розтин гнійника, промивання порожнини розчином антисептиків та її осушення, огляд і висічення нежиттєздатних тканин, дренажування порожнини.

Протягом 2004–2008 рр. у хірургічному відділенні поліклініки Харківської обласної студентської лікарні було проведено 1503 оперативні втручання з приводу гнійно-септичних захворювань м'яких тканин різної локалізації, що склало 68,0 % від усіх хворих, які звернулись до хірургів поліклініки (табл. 2). Із найчастіших гнійно-септичних захворювань при нагноєній атеромі та нагноєній гематомі оперовані всі хворі (100,0 %) і вищий рівень цього показника був при нагноєнні ЕКХ (88,1 %), гідраденіті (73,3 %) та панариціях (73,2 %).

Слід зазначити, що в 2008 р., порівняно з 2004 р., оперативна активність при всіх гнійно-септичних захворюваннях м'яких тканин зросла на 77,8 % (табл. 3). Більш високий рівень зростання оперативної активності був при фурункулах (на 96,1 %) та гідраденітах (на 87,0 %).

З абсцесами і фурункулами обличчя і шиї, занедбанними формами панарицію, нагноєнням ЕКХ для проведення радикального оперативного лікування 286 (13,0 %) хворих були направлені до спеціалізованих відділень стаціонарів.

У всіх пацієнтів результатом оперативного лікування в хірургічному відділенні поліклініки Харківської обласної студентської лікарні та в спеціалізованих хірургічних стаціонарах (післяопераційний етап лікування здійснювався в хірургічному відділенні поліклініки) було одужання.

### ВИСНОВКИ

За період з 2004 до 2008 рр. майже щорічно зменшувалась кількість хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин, які вперше звернулись до хірургічного відділення поліклініки Харківської обласної студентської лікарні, що головним чином зумовлено покращенням первинної і вторинної профілактики цих захворювань та застосуванням сучасних стандартів профілактичних технологій.

Таблиця 3

Динаміка оперативної активності при лікуванні хворих на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин у 2004 і 2008 рр.

№ з/п	Найменування захворювань	Оперативна активність (% оперованих)		
		2004 р.	2008 р.	2008 р. у % до 2004 р.
1.	Абсцес	7 з 17	4 з 6	—
2.	Фурункул	41,6	81,6	196,1
3.	Карбункул	—	2 з 2	—
4.	Флегмона	—	—	—
5.	Гідраденіт	43,0	80,4	187,0
6.	Панарицій	44,7	79,2	177,2
7.	Бешиха	—	—	—
8.	Нагноєння ЕКХ	20 з 23	14 з 16	—
9.	Лімфаденіт	6,8	7,2	105,9
10.	Гнійний бартолініт	—	—	—
11.	Гнійний бурсит	1 з 3	1 з 5	—
12.	Лігатурний свищ	—	—	—
13.	Нагноєна атерома	100,0	100,0	100,0
14.	Парапроктит	1 з 1	2 з 2	—
15.	Гнійний мастит	1 з 1	1 з 1	—
16.	Нагноєна гематома	4 з 4	9 з 9	—
Всього		43,7	77,7	177,8



Більшості пацієнтів із гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин, особливо при фурункулах, абсцесах і панариціях, застосовано діючі стандарти обстеження і діагностики. Неповне використання таких стандартів було викликано необхідністю невідкладного оперативного втручання у зв'язку із занедбаністю перебігу захворювання та невиконання хворими призначень лікаря щодо діагностичних заходів.

Удосконалення діагностичних технологій полягало в обґрунтованій оптимізації обсягів обстеження хворих, зокрема, при фурункулах, гідраденітах, нагноєних атеромах та нагноєннях ЕКХ.

Понад дві третини пацієнтів на гнійно-септичні захворювання м'яких тканин було прооперовано із застосуванням відповідних методів хірургічних втручань. За період з 2004 до 2008 р. оперативна активність при цих захворюваннях зросла з 43,7 % до 77,7 %, особливо з приводу фурункулів та гідраденітів.

*Перспективність* дослідження полягає в подальшому вдосконаленні діагностичних та лікувальних технологій при гнійно-септичних захворюваннях м'яких тканин.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Безуглий А. В. Современное состояние амбулаторно-поликлинической помощи при гнойно-воспалительных заболеваниях / А. В. Безуглый // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. — 2001. — № 3 (3). — С.6–8.
2. Велігоцький М. М. Сучасні методи в лікуванні хворих з гнійними рановими процесами / М. М. Велігоцький, І. Є. Бугаков // Укр. журнал хірургії. — 2009. — № 1. — С. 22–23.
3. Курбангалеев С. М. Гнойная инфекция в хирургии, принципы и методы лечения / С. М. Курбангалеев. — М.: Медицина, 1985. — 272 с.
4. Мазурик М. Ф. Амбулаторная хирургия / М. Ф. Мазурик, Д. Г. Демьянюк. — Київ: Здоров'я, 1988. — 127 с.
5. Наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».
6. Попкиров Стоян. Гнойно-септическая хирургия / Стоян Попкиров. — София: «Медицина и физкультура», 1974. — 479 с.
7. Стручков В. И. Хирургическая инфекция: рук. для врачей / В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. — М.: Медицина, 1991. — 512 с.
8. Хромов Б. М. Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях: рук. для врачей / Б. М. Хромов. — Л.: Медицина, 1980. — 520 с.