

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

В.І.Ловга, О.І.Корзун

**Військово-медичний клінічний центр Західного регіону
Львів, Україна**

Гнійна інфекція продовжує залишатися однією з найскладніших проблем у медицині та в хірургії. У роботі наведений досвід лікування 75 хворих з абсцесами та флегмонами сідниць, тулуба та нижніх кінцівок, післяін'єкційними абсцесами. Усі хворі з даною патологією потребують невідкладного оперативного втручання з подальшою антибактеріальною терапією. Розглядається вибір оптимальної тактики хірургічного лікування. Застосована нами методика дозволила підвищити якість лікування даної категорії хворих у вигляді прискореного загоєння ран, скорочення терміну антибактеріальної терапії та тривалості перебування хворого у стаціонарі.

Ключові слова: абсцес, флегмона, хірургічне лікування.

Вступ

Гнійна інфекція продовжує залишатися однією з найскладніших проблем в медицині та в хірургії [3, 7]. Привертає увагу постійне зростання кількості гнійно-запальних процесів, спричинених синьогнійною паличкою, вульгарним протеєм, клебсієлами, які сприяють обтяженню клінічного перебігу захворювання [1, 4]. Слід зазначити зростання ролі серед внутрішньошпитальної інфекції грамнегативних бактерій, особливо синьогнійної палички [2, 6, 8].

У другій половині ХХ століття збільшилися темпи еволюції умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів, які спричинюють захворювання у людини [2, 8]. Найважливішим проявом цього процесу стало зменшення поширеності загальних та збільшення абсолютної кількості місцевих інфекційних уражень [4, 5].

Більше сорока років тому, в період масового використання антибіотиків навіть незначні дози цих препаратів дозволяли запобігти поширенню інфекції [3, 7]. Успіхи, які були досягнуті в лікуванні гнійної інфекції, були настільки великими, що багато лікарів вважали проблему профілактики і лікування хірургічної інфекції вирішеною [2, 5]. Широке застосування антибіотиків призвело до зміни видового складу та властивостей мікробної флори, а це, в свою чергу, до зниження ефективності антибіотикотерапії [1, 6]. Схема, за якою відбувається «гонка озброєнь» між бактеріями і антибіотиками, наступна. Спочатку вплив токсичної речовини вбиває велику частину бактеріальних клітин, але завдяки великій генетичній різноманітності в будь-якій популяції з'являються клітини з відсутністю сприйняття даної отрути. Такі клітини виживають і розмножуються, незважаючи на вплив антибіотика [1, 6].

У лабораторії дослідники проводили експеримент зі звичайною кишковою паличкою *E.coli*. Бактерії обробляли різними антибіотиками, поодиночі та в комбінаціях. Неочікувано для біологів виявилось, що резистентність до антибіотиків кишкова паличка набувала тим швидше, чим більш потужні засоби проти них використовували [6].

Ситуація, що склалася, вимагає оптимізації підходу лікування гнійно-запальних процесів у м'яких тканинах, що ґрунтується на своєчасній діагностиці та невідкладному хірургічному втручанні, яке покликане не лише обірвати інфекційний процес, але й створити передумови для швидкого і повноцінного відновлення цілісності і функції уражених тканин та якнайшвидшого одужання хворого [4, 5].

Метою дослідження було визначення вибору оптимальної тактики лікування хворих з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 75 хворих з абсцесами та флегмонами сідниць, тулуба та нижніх кінцівок, післяін'єкційними абсцесами, які перебували на лікуванні у відділенні гнійної хірургії клініки ушкоджень Військово-медичного клінічного центру Західного регіону протягом 2006-2012 рр. Усі хворі були розділені на дві групи — основну та контрольну. Хворим контрольної групи, яку склали 40 чоловік, проводилося традиційне лікування: хірургічна обробка гнійного вогнища по всій довжині рани, некректомія, санація рани розчинами антисептиків та її дренивання. Основну гру-

пу склали 35 хворих, у яких ми використовували наступну методику: широке висічення гнійного вогнища в межах здорових тканин, санація рани антисептиками, пухка тампонада рани серветками з антисептиками з подальшим накладанням ранніх вторинних швів.

Обстеження починали із з'ясування скарг, анамнезу захворювання, огляду пацієнта. Лабораторні методи включали: загальноклінічні аналізи, біохімічний аналіз крові, коагулограму. Бактеріологічне дослідження полягало в заборі матеріалу з рани, його культивуванні на живильних середовищах, виділенні культури мікроорганізмів та визначенні їх чутливості до антибіотиків. З додаткових методів діагностики використовували рентгенографію органів грудної клітини, ультрасонографію ураженої ділянки. За необхідності виконували пункцію гнійного вогнища.

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі вікової характеристики відзначена перевага пацієнтів у віці 25-35 років, що склали в основній групі 78,2%, у контрольній — 81,2%. Як в основній, так і в контрольній групі співвідношення чоловіків і жінок склало 4:1.

Час від початку захворювання до госпіталізації в стаціонар в основної маси — хворих (28-80% хворих основної групи та 31-77% контрольної групи) складав від 3 до 5 днів.

При госпіталізації в усіх хворих були приблизно однакові скарги на біль, припухлість м'яких тканин, які локалізувались у тій чи іншій анатомічній ділянці, загальну слабкість. У 90% хворих відзначалось підвищення температури тіла.

Були вивчені зміни вираженості гіперемії та інфільтрації країв рани у хворих з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин у динаміці проводимого лікування.

Встановлено, що на наступний день після розкриття гнійника виражена гіперемія країв рани та їх інфільтрація у контрольній групі були у 32 (80%) хворих, а в основній — у 6 (17%). На 4-5 добу місцевого лікування в контрольній групі гіперемія та набряк зберігались у 18 (45%) хворих, у той час як у основній групі їх не було взагалі.

При аналізі характеру змін ранових виділень у досліджуваних групах виявлено наступне. На наступну добу після розкриття гнійника в усіх хворих контрольної групи було виявлено гнійне просякання стінок гнійної рани, а у пацієнтів основної групи лише у 14%. На 3-4 добу лікування в контрольній групі воно зберігалось у 12 (30%), а

в основній — у всіх хворих відмічалися незначні виділення серозного характеру.

Ріст бактерій у гнійному вмісті хворих основної групи виявлено у 29 (83%), а в контрольній — у 34 (85%).

Таблиця 1

Спектр мікроорганізмів виділених у хворих

Збудник	Основна група		Контрольна група	
	Абс. число	%	Абс. число	%
St.aureus	9	31,3	10	29,6
St.epidermidis	5	17,2	6	17,6
E.coli	4	13,8	4	11,8
P.aeruginosa	3	10,3	3	8,8
P.vulgaris	1	3,4	1	2,9
Klebsiella spp.	2	6,9	3	8,8
St.aureus + E.coli	2	6,9	2	5,9
St.epidermalis + E.coli	1	3,4	3	8,8
Klebsiella spp.+ St.aureus	1	3,4	1	2,9
Klebsiella spp.+ St.epidermidis	1	3,4	1	2,9
Усього	29	100%	34	100%

Антибактеріальна терапія проведена хворим основної та контрольної груп. Лікування хворих основної групи починали з цефалоспоринів II-III покоління, а контрольної — з фторхінолонів III-IV покоління або цефалоспоринів, захищених сульбактамом.

При проведенні аналізу тривалості антибактеріальної терапії у досліджуваних групах було виявлено наступні результати. У контрольній групі тривалість антибактеріальної терапії складала мінімально 7 діб, у той час як у основній групі у 31 із 35 хворих вдалося можливим припинити антибактеріальну терапію вже на 5 добу.

Тривалість стаціонарного лікування в основній групі склала в середньому 16 ліжко-днів, а в контрольній — 24.

Аналіз результатів лікування даної патології показав більш швидке заживання ран після застосування використаної методики, наслідком чого стало зменшення термінів лікування в середньому на 7-8 діб, відсутність необхідності в тривалій антибактеріальній терапії.

Висновки

1. Основою лікування хворих з абсцесами та флегмонами сідниць, тулуба та нижніх кінцівок, післяін'єкційними абсцесами є термінове хірургічне втручання з подальшою антибактеріальною терапією.

2. Застосування індивідуального підходу та комплексного лікування дозволяє поліпшити результати лікування хворих.

3. Застосована нами методика хірургічного лікування гнійно-запальних процесів у м'яких тканинах прискорює загоєння ран і дає можливість скоротити терміни антибактеріальної терапії та тривалості перебування хворого у стаціонарі, що позитивно впливає на клінічний та економічний ефект лікування.

Література

1. Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия основных форм хирургических инфекций: метод. рек. / Н.А.Ефименко, В.И.Хрупкин, П.Ф.Хвещук [и др.]. — М.: ГВМУ МО РФ, 2002. — 50 с.
2. Вивчення специфічної активності протимікробних лікарських засобів: метод. рек. / Ю.Л.Волянський, В.П.Широкобоков, С.В.Бірюкова [та ін.]. — К., 2004. — 38 с.
3. Избранный курс лекций по гнойной хирургии / Под ред. В.Д.Федорова, А.М.Светухина. — М.: Миклош, 2007. — 364 с.
4. Кравець В.П. Комплексне лікування гнійно-запальних процесів м'яких тканин / ВП.Кравець, В.В.Кравець / Матеріали Міжнар. науково-практ. Конф. студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів «Актуальні питання експериментальної та клінічної медицини». — Суми, 2006. — С. 166-167.
5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. — М., 1990. — 592 с.
6. Рожков М.С. Локальный многоуровневый мониторинг резистентности возбудителей хирургической инфекции / М.С.Рожков, А.В.Новосельцев, А.Ю.Быков // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. — 2006. — №3. — С. 89-97.
7. Хирургические инфекции: руководство / Под ред. И.А.Ерьюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А. Шляпникова. — СПб.: Питер, 2003. — 864 с.
8. Emori T.G. An overview of nosocomial infections, including the role of the microbiology laboratory / T.G.Emori, R.P.Gaynes // Clin. Microbiol. Rev. — 1993. — Vol. 6 (4). — P. 428-442.

В.И.Ловга, А.И.Корзун. Опыт лечения больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей. Львов, Украина.

Ключевые слова: абсцесс, флегмона, хирургическое лечение.

Гнойная инфекция продолжает оставаться одной из самых сложных проблем в медицине и хирургии. В работе представлен опыт лечения 75 больных с абсцессами и флегмонами ягодич, туловища и нижних конечностей, послеинъекционными абсцессами. Все больные с данной патологией нуждаются в неотложном оперативном вмешательстве с последующей антибактериальной терапией. Рассматривается выбор оптимальной тактики хирургического лечения. Примененная нами методика позволила повысить качество лечения данной категории больных в виде ускоренного заживления ран, сокращения срока антибактериальной терапии и длительности пребывания больного в стационаре.

V.I.Lovga, O.I.Korzun. Experience in the treatment of patients with inflammatory processes soft tissue. Lviv, Ukraine.

Key words: abscess, phlegmon, surgical treatment.

Purulent infection continues to be one of the most difficult problems in medicine and surgery. This paper presents the experience of treating 75 patients with abscesses and gluteal infiltrates, trunk and lower extremities, post-injection abscesses. All patients with this disorder need urgent surgery followed by antibiotic therapy. We consider the selection of the optimal surgical treatment. The applied technique has allowed us to improve the quality of treatment in this group of patients, in the form of accelerated wound healing, reduction of the period of antibiotic therapy and the duration of hospital stay.