

## РАНЫ И РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ

В.И. Миронов, А.П. Фролов, С.Б. Пинский

### ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)  
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

Гнойная инфекция мягких тканей остается трудной и очень важной проблемой в хирургии и занимает одно из основных мест среди хирургических заболеваний. Постоянная смена микробного пейзажа, появление высоковирулентных и резистентных штаммов, снижение общей иммунологической реактивности населения, а также изменение медико-социальных условий жизни населения приводит в последние десятилетие к изменениям в структуре и характере гнойных поражений мягких тканей.

Клиника общей хирургии на базе единственного в городе Иркутске отделения гнойной хирургии на протяжении многих лет оказывает экстренную круглосуточную помощь взрослому населению

города шесть дней в неделю, в том числе больным с гнойными заболеваниями мягких тканей. Взрослое население г. Иркутска на 2004 г. составляло 464 тыс. человек (общая численность населения — 588,5 тыс. человек). Обобщенный нами за последние пять лет (2000 — 2004 гг.) клинический материал является, скорее всего, отражением общих тенденций не только по г. Иркутску, но и в целом по Сибирскому региону.

По поводу гнойных заболеваний мягких тканей в отделении гнойной хирургии с 2000 по 2004 г. находились 2490 больных. В среднем ежегодно в отделение поступало 498 больных, койко-день составлял 11,4 дня, летальность — 3,5 % (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика гнойных заболеваний мягких тканей

Заболевание	Количество больных					Всего за 5 лет	Среднегодовой показатель		
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		больных	Койко-день	Летальность (%)
Рожа	76	82	116	91	89	454	90,8	17,2	11,5
Флегмона	73	70	90	84	93	410	82,0	13,6	3,4
Гнойная рана	50	41	78	104	61	334	66,8	13,1	3,9
Абсцесс	61	52	44	73	73	303	60,6	10,6	—
Панариций	56	51	70	49	42	268	53,6	11,4	—
Фурункул	42	23	25	41	30	161	32,2	9,0	—
П/и абсцесс	24	25	43	30	21	143	28,6	9,9	2,1
Гематома	13	17	22	35	39	126	25,2	13,1	0,8
Инфильтрат	3	10	5	8	9	53	7,0	10,7	—
Мастит	5	3	6	12	25	51	10,2	9,3	—
Лиг. свищ	8	8	2	20	9	47	9,4	13,8	—
Гидраденит	9	5	10	12	10	46	9,2	9,4	—
Лимфаденит	5	6	15	11	6	43	8,6	8,8	2,3
Прочие	6	11	13	15	13	69	13,8	—	—
<b>Всего</b>	<b>431</b>	<b>404</b>	<b>539</b>	<b>596</b>	<b>520</b>	<b>2490</b>	<b>498</b>	<b>11,39</b>	<b>3,5</b>

Чаще всего больные госпитализировались с различными формами рожи (в среднем 91 больной в год), их удельный вес среди гнойных заболеваний мягких тканей, включая гнойные раны, составлял 18,2 %. Высокая заболеваемость рожей отмечалась на протяжении 90-х годов XX века без тенденции к уменьшению и в течение первых 5 лет XXI века. Длительность лечения (средний койко-день — 17,2) и высокая летальность (11,5 %) обусловлены большим количеством больных с некротической формой рожи, которая протекает тяжело, приводит к образованию обширных раневых дефектов и высокой летальности. В среднем ежегодно с эритематозными и буллезными формами рожи госпитализировалось 32 (34,8 %) больных, с флегмонозной — 25 (27,1 %), с некротической формой — 35 (38,1 %) больных. Летальность при эритематозной и буллезной формах составила — 0,6 %, при флегмонозной форме — отсутствовала, при некротической форме — 29,5 %. Причиной летальных исходов при некротической форме рожи явилось молниеносное развитие заболевания в виде стрептококкового некротического фасциита с образованием обширных зон некроза до 1000 см<sup>2</sup> и стрептококковой гангрены конечности (стрептококкового некротического миозита). Подобное течение заболевания описывалось в 20-х годах XX века. У большинства больных смерть наступала от инфекционно-токсического шока в течение первых суток от момента госпитализации или от развития полиорганной недостаточности в течение первой недели стационарного лечения. Учитывая стабильные высокие ежегодные показатели количества госпитализируемых больных с рожей, включая некротические формы, следует считать оправданным сохранение в ближайшем будущем высокой заболеваемости рожей и высокой летальности при ее некротической форме.

Количество ежегодно госпитализируемых больных с флегмонами было относительно стабильным. В среднем ежегодно с флегмонами различной локализации госпитализировалось 82 больных, продолжительность лечения составляла 13,6 дня, летальность — 3,4 %. Основной причиной летальности явился сепсис.

Большую группу поступивших в отделение гнойной хирургии составили больные с гнойными ранами и их осложнениями (лимфангит, лимфаденит, эритематозная форма рожи, целлюлит, гнойные затеки и др.). Раны являлись как результатом случайных повреждений, так и следствием оперативного лечения гнойных заболеваний мягких тканей. Количество ежегодно госпитализируемых больных с гнойными ранами поддержано значительным колебанием (50 — 104 больных в год), что затрудняет долговременный прогноз (табл. 1). В сред-

нем ежегодно с гнойными ранами госпитализировалось 67 больных, продолжительность лечения (койко-день — 13,1) и летальность (3,9 %) сопоставимы с данными показателями при флегмонах.

С абсцессами мягких тканей ежегодно в среднем госпитализировался 61 больной. В большинстве случаев дренирование абсцесса осуществлялось открытым способом, реже — закрытым. Средняя продолжительность лечения составляла 10,6 дня, летальных исходов не было.

С различными формами панариция госпитализировалось ежегодно в среднем 54 больных. Из них в 51,9 % имел место костный панариций и пандактилит, у 33,9 % больных выполнены ампутации пальца на различных уровнях. Средняя продолжительность лечения составила 10,6 дня.

С фурункулами и карбункулами ежегодно в среднем госпитализировалось 32 больных, с гидраденитами — 9 больных, продолжительность лечения таких больных составила соответственно 9,0 и 9,5 дня.

Количество ежегодно госпитализируемых больных с постинъекционными абсцессами мягких тканей за последние 5 лет остается стабильным (29 больных), средняя продолжительность лечения составляет 9,9 дней. При инфицированных гематомах и маститах отмечается отчетливая тенденция роста заболеваемости. За 5 лет количество госпитализируемых больных с гематомами мягких тканей увеличилось в 3 раза, с маститами — в 5 раз. Средняя продолжительность лечения при мягкотканых гематомах различной локализации составила 13,1 дня, при маститах — 9,3 дня, предпочтение отдавалось открытому способу дренирования. Летальные исходы имели место при постинъекционных абсцессах различной локализации в 2,1 % наблюдений, при мягкотканых гематомах — в 0,8 %. Причиной летальности явился сепсис.

Инфильтраты мягких тканей и лимфадениты составили небольшую группу наблюдений (менее 9 больных в год), продолжительность лечения составила соответственно 10,7 и 8,8 дня.

Таким образом, в начале XXI века среди гнойных заболеваний мягких тканей на протяжении всего периода устойчиво сохраняется высокая заболеваемость тяжелыми формами рожи, которая отмечается с конца 80-х годов прошлого века. Некротическая форма рожи обуславливает самое продолжительное стационарное лечение и самую высокую летальность. Отсутствие тенденции к снижению заболеваемости рожей и уровня летальности требует проведения фундаментальных исследований в области микробиологии, патофизиологии, разработки эффективных методов лечения.