

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 | — | — |
| Всего | 431 | 404 | 539 | 596 | 520 | 2490 | 498 | 11,39 | 3,5 |

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 см² 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.