

ностей (12,1 %). Фоновые заболевания приводили к существенному нарушению микроциркуляции в коже нижних конечностей, что способствовало стрептококковой инвазии в мягкие ткани и развитию инфекции. В 43,9 % наблюдений при НФР выявлялись входные ворота инфекции: раны — 25,0 %, микротравмы, в том числе повреждения мягких тканей иглами — 11,1 %, укусы — 4,5 %, язвы — 2,3 %. Во всех наблюдениях отмечалась несвоевременная или неправильная их санация входных ворот. Летальность за последние 10 лет составила 18,9 — 29,5 %. Основной причиной летальных исходов является стрептококковый инфекционно-токсический шок или тяжелый сепсис с полиорганной недостаточностью.

Таким образом, с середины 80-х годов XX века в г. Иркутске отмечается прогрессирующий рост заболеваемости рожей с существенным увеличением доли некротической формы. В настоящее время заболеваемость НФР составляет 7,5 на 100 тыс. взрослого населения. Наличие тяжелого инфекционно-токсического шока и обширность некротического поражения кожи определяют высокую летальность НФР. Все это требует дальнейшего пристального изучения этой патологии.

А.П. Фролов, В.И. Миронов

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Гнойная инфекция мягких тканей остается трудной и важной проблемой в хирургии, занимает одно из ведущих мест среди хирургических заболеваний. Больше чем у половины больных с обширными гнойными процессами развиваются серьезными нарушениями гомеостаза и функций внутренних органов, а также сепсис, что существенным образом влияет на результаты лечения и приводит к летальным исходам. Все это делает лечение раневой инфекции одним из главных научно-практических направлений в хирургии.

Клиника общей хирургии ИГМУ обладает опытом лечения 2490 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей. Пациентов с различными формами рожи — 454 (18,2 %), с флегмонами мягких тканей различной локализации — 410 (16,5 %), с обширными гнойными ранами, осложненными лимфангоитом, лимфаденитом, рожей, целлюлитом, гнойными затеками и др. — 334 (13,4 %). Раны являлись результатом случайных повреждений и следствием оперативного лечения гнойных заболеваний мягких тканей. С абсцессами мягких тканей было госпитализировано 303 (12,2 %) больных. Пациентов с различными формами панариция было 268 (10,8 %), из них у 139 (51,9 %) — костный панариций или пандактилит. С фурункулами и карбункулами госпитализирован 161 (6,5 %) больной. Постинъекционные абсцессы мягких тканей имели место у 143 (5,7 %) больных, нагноившиеся гематомы — у 5,1 %. Пациентов с другими гнойными заболеваниями (мастит, лигатурный свищ, гидраденит, лимфаденит и прочие) было 291 (11,6 %).

Все больные госпитализировались в экстренном порядке. Независимо от нозологической формы показанием к госпитализации считали наличие обширных гнойно-некротических поражений мягких тканей ($> 50 \text{ см}^2$), при выявлении хотя бы одного признака синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), или, независимо от размера гнойного фокуса, наличие 2-х и более признаков ССВР. Показанием к госпитализации, помимо общего тяжелого состояния больного, явилось необходимость выполнения ампутации конечности или неэффективность проводимого амбулаторного лечения.

Комплексное лечение гнойных заболеваний включает сочетание хирургического и консервативного методов, базируется на тщательном учете объема поражения, характера местного очага инфекции, а также общего состояния пациента.

На первом этапе лечения основным мероприятием являлось оперативное лечение, которое предусматривало широкое рассечение гнойного очага со вскрытием карманов и затеков, иссечение всех нежизнеспособных и некротизированных участков в пределах здоровых тканей, санацию раны растворами антисептиков и ее дренирование. Характер дренирования зависел от особенностей гнойного процесса. При ограниченном гнойном фокусе и радикальной хирургической обработке очага предпочтение отдавалось проточно-аспирационному дренированию. При отсутствии возможности выполнить одномоментную радикальную санацию гнойного очага выполнялось пассивное дренирование с использованием марлевой тампонады и мазей на водорастворимой основе («Левомеколь», «Левосин»), предусматривалась повторная хирургическая обработка очага. Повторные хирургические обработки включали этапные некрэктоми на границе некротизированных и здоровых тканей, что позволяло ликвидировать основную массу нежизнеспособных тканей в ране, добиться полного очищения раневой поверхности, подготовить условия для ранних пластических и реконструктивных операций. Повышение эффективности хирургической обработки раны добивались включением в комплексное лечение фи-

зических методов: пульсирующей струи растворов антисептиков, низкочастотного ультразвука, лазера, УФО. Одними из эффективных мероприятий в I фазе являлись методы электрокумуляции антибиотиков в ране. В ряде наблюдений проводилось лечение ран в управляемой абактериальной среде.

Помимо механических и физических мероприятий, в комплексное лечение включали также биологические методы обработки ран. С этой целью применяли протеолитический иммобилизованный фермент имозимазу, использование которого существенно ускоряло очищение ран от некрозов. При выраженном гнойном процессе использовали повязки с повышенной поглотительной способностью на основе гидрофильных альгинатных волокон (Sorbalgon®). При обширных раневых дефектах и большой гнойной продукции применяли повязки TenderWet® (подушечки с поглощающим и промывающим элементом из суперпоглощающего полиакрила). При отсутствии гнойного фокуса в местном очаге воспаления (эритематозная и буллезная формы рожи, инфильтраты и др.) хирургическое лечение не проводилось. Основным методом лечения патологического процесса в этой фазе являлась антибактериальная терапия включая не прямое эндолимфатическим введение антибиотиков и их электрокумуляцию в очаге воспаления. Местное лечение дополнялось физиотерапевтическими воздействиями на очаг воспаления (УФО, УВЧ-терапия, лазеротерапия).

Активная хирургическая обработка ран сочеталась с консервативной терапией. Объем консервативных мероприятий определялся распространенностью гнойного процесса, тяжестью состояния пациента, наличием сопутствующей патологии. При тяжелом интоксикационном синдроме применялись методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез).

Об эффективности проводимого лечения судили по исчезновению признаков ССВР, нормализации состояния пациента и показателей гомеостаза, купированию признаков гнойного воспаления в ране (очищение раны, исчезновение перифокального воспаления, снижение количества микроорганизмов в 1 грамме ткани, появление регенераторных типов цитогамм на раневых отпечатках).

Второй этап лечения осуществлялся при клинических признаках полного очищения раны, исчезновении воспалительных изменений в ране и окружающих тканях, отсутствии обильного экссудата, появлении грануляций, краевой или островковой эпителизации (II фаза раневого процесса). Для скорейшего закрытия раневого дефекта во II фазе раневого процесса применяли ранние и поздние вторичные швы.

При небольших раневых дефектах использовали мази на жировой основе, гели Solcoseryl® и Actovegin®. Для ускорения репаративных процессов в ране применяли 0,2% раствор гиалуроната цинка (Curiosin®) в сочетании со специальными атравматическими повязками без мазевых покрытий (Воскопран®, Mepitel®) или с мазевым покрытием (Atrauman®, Branolind®). При наличии вялых грануляций применяли повязки Hydrosorb® и Hydrocoll®. Для ускорения процессов заживления в этот период лечения использовали лазеро- и магнитотерапию, электрофорез цинка.

При обширных раневых дефектах (площадь > 50 см²) рациональным считали их пластическое закрытие. Методы аутодермопластики зависели от размеров раневого дефекта. При площади раны в 50 – 200 см² выполняли аутодермопластику способом Тирша. Если площадь раневого дефекта превышала 200 см², для пластики использовали расщепленный перфорированный лоскут. При глубоких дефектах тканей в функционально важных областях применяли пластику полнослойным кожным лоскутом.

Комплексный метод лечения раневого процесса позволил уменьшить сроки купирования острого гнойного процесса, сократить время подготовки к заключительному этапу хирургического лечения, и в целом сократить сроки заживления ран.

Общая летальность среди больных с гнойными заболеваниями мягких тканей составила 3,5 %. Наибольшая летальность (29,5 %) отмечалась при некротической форме рожи у пациентов с зонами некроза до 1000 см². Основными причинами летальных исходов были стрептококковый инфекционно-токсический шок и полиорганная недостаточность. Смерть при других гнойных заболеваниях мягких тканей отмечалась в единичных наблюдениях. Во всех случаях летальный исход наступал в результате развития тяжелого сепсиса.

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

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

В настоящее время сахарным диабетом страдает 4 – 5 % населения планеты. По оценкам экспертов ВОЗ в ближайшее 10-летие ожидается существенное увеличение количества больных. В 20 – 80 % наблюдений он приводит к развитию специфического осложнения – синдрому диабетической стопы (СДС), а развившиеся гнойно-некротические осложнения в 50 – 75 % наблюдений приводят к ампута-