

УДК 616-002.3-085

СТАЦИОНАРЗАМЕШАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

О.В. Галимов, д. м. н., профессор, С.Р. Туйсин, к. м. н., ассистент,
Т.З. Закиев, аспирант, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Актуальность. Несмотря на очевидные успехи в хирургии, обусловленные, прежде всего, широким применением антибиотиков и совершенствованием оперативной техники, анестезиологии и т. д., лечение гнойно-воспалительных заболеваний остается чрезвычайно сложной и далеко еще не решенной проблемой, особенно в связи с увеличением антибиотикоустойчивых форм бактерий, отмечаемой в последние годы (Стручков В.И., 1999). При этом возросло количество гнойно-воспалительных заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами (Кузин М.И., Костеченко В.М., 1990; Суфияров Р.С., 1998). В связи с этим, профилактика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний у работников предприятия нефтехимического комплекса являются актуальными. Несмотря на разработку методик выполнения практически всех способов оперативного лечения больных в амбулаторных условиях, не определены четкие показания к различным методам и не выработаны наиболее оптимальные способы оперативного лечения работников нефтяной промышленности в амбулаторных условиях.

Цель. Улучшить результаты амбулаторного хирургического лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, работающих на предприятии нефтехимического комплекса.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 320 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, находившихся на лечении в хирургическом отделении поликлиники в период с 2000 по 2007 г.

В основную группу вошли 181 человек и контрольную группу составили 139 больных гнойно-воспалительными заболеваниями.

Основная масса больных в основной и контрольной группах приходится на наиболее трудоспособный возраст, то есть 30-50 лет. В основной группе 122 (67,4%) больных, в контрольной, соответственно, 106 (76,2%) пациентов.

В первой группе мужчин было 144 (79,56%), женщин – 37 (20,44%). Во второй группе соответственно мужчин 111 (79,86%) и 28 (20,14%) женщин.

Распределение больных по структуре гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей в основной и контрольной группах было следующим. В основной группе фурункулы встречались у 59 (32,60%) пациентов, кожный панариций – у 41 (22,65%), ногтевой панариций – у 32 (17,68%), гидраденит – у 26 (14,36%) и длительно незаживающие раны – у 23 (12,71%). В контрольной группе: фурункулы встречались у 37 (26,62%) пациентов, кожный панариций – у 31 (22,30%), ног-

тевой панариций – у 29 (20,86%), гидраденит – у 23 (16,55%) и длительно незаживающие раны – у 19 (13,67%).

Пациентам с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей проводилось комплексное обследование, включавшее клинические, инструментальные и лабораторные методы исследований. Общеклиническое обследование проводилось традиционными методами и включало изучение жалоб, анамнеза, общего и локального статуса. Больным проводилось лабораторное обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, исследование крови на RW и ВИЧ. Всем пациентам проводилась ЭКГ, для лиц старше 40 лет в обязательном порядке консультация терапевта. При выявлении тех или иных сопутствующих соматических заболеваний назначались консультации специалистов и соответствующее лечение, которое проводилось в послеоперационном периоде.

Кроме того, всем пациентам проводился развернутый анализ лейкоформулы, иммунного статуса. Для оценки реактивности использовалась методика подсчета лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу.

Клиническое течение раневого процесса оценивали на основании сроков полного очищения ран от гноя, некротических тканей, появления грануляции, начала краевой эпителизации ран, стихания явлений перифокального воспаления.

При оценке местного статуса обращали внимание на степень отека, гиперемии краев раны, характер раневого отделяемого, вид грануляций, наличие эпителизации. Оценка показателей проводилась по 4-балльной системе: 1 – значительный отек, выраженная гиперемия краев раны, гнойное отделяемое, отсутствуют грануляции и эпителизация; 2 – умеренный отек, умеренная гиперемия, серозно-гнойное отделяемое, единичные грануляции, слабовыраженная краевая эпителизация; 3 – незначительный отек и гиперемия, серозное отделяемое, островковые, сливные грануляции, имеются признаки эпителизации; 4 – отсутствует отек и гиперемия, отделяемое из раны скудное, серозное, грануляции занимают всю площадь раны.

Результаты исследования и их обсуждение. Основной упор при работе с данными пациентами делался на строгий отбор. Лечение в поликлинике подлежат лица с поверхностными флегмонами и абсцессами, при ограниченных и неосложненных гнойных заболеваниях кожи, подкожной клетчатки (за исключением фурункулов лица и волосистой части головы, карбункулов независимо от локализации и тяжести клинического течения).

Операции производились под местной инфильтрационной и проводниковой анестезией. Для анестезии использовались 1,0% раствор новокаина или 2,0% раствор лидокаина.



Осложнений анестезии не наблюдалось ни у одного пациента. Комплексное лечение больных дополнялось иммуномодулирующей терапией: «Ликопид» по 2 мг 1 раз в день перорально в течение 10 дней.

В контрольную группу включены пациенты, лечение у которых проводили традиционными средствами – марлевые повязки с водорастворимыми мазями и растворами антисептиков, применением антибиотиков широкого спектра действия. перевязки проводили через 24–48 часов по показаниям. Перед обработкой раны выполняли посев раневого отделяемого. При проведении перевязок раневую поверхность промывали растворами антисептиков, осушали и накладывали марлевую повязку с лекарственными препаратами.

В основной группе местное лечение ран осуществляли повязками «Активтекс». Салфетка пропитана биосовместимым полимером и лекарственным препаратом в виде депосистемы.

Изучение результатов лечения больных основной и контрольной групп показывает, что применение иммуномодуляторов, атрауматических повязок ускоряет процесс очищения ран от гноя с $4,3 \pm 0,5$ до $3,2 \pm 0,4$ суток, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса с $8,8 \pm 1,3$ до $6,4 \pm 0,7$ суток, уменьшить время эпителизации с $10,1 \pm 0,8$ до $8,4 \pm 0,6$ суток ($p < 0,05$). В начале лечения у больных контрольной и основной групп лейкоцитарный индекс интоксикации составил $2,97 \pm 0,26$ и $2,93 \pm 0,17$ соответственно. В ходе лечения на вторые сутки наступило уменьшение этого показателя до цифр $2,61 \pm 0,14$ в контрольной и $2,47 \pm 0,11$ в основной группе больных. Минимальные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации отмечены на 7–8-е сутки лечения во всех группах. Они составили $1,61 \pm 0,05$ в контрольной группе и $1,48 \pm 0,1$ в основной группе.

23 больных основной и 19 больных контрольной группы были с длительно незаживающими ранами, которые образовались в процессе лечения гнойных заболеваний мягких тканей. В основной группе у 11 пациентов площадь раневого дефекта была до 30 см^2 и у 12 – дефекты от 30 до 50 см^2 . В контрольной группе было 8 пациентов с площадью раневого дефекта до 30 см^2 и 11 – с дефектом от 30 до 50 см^2 .

При лечении больных основной группы с площадью длительно незаживающей раны до 30 см^2 применялся «Иммуномодулирующий бактерицидный перфоративный атрауматический лейкопластырь». Предлагаемое изделие представляет собой лечебный перевязочный материал «Активтекс» – текстильную салфетку, содержащую депосистему с биосовместимым полимером и лекарственным препаратом, которая дополнительно содержит препарат активации иммунной системы «Деринат». У пациентов контрольной группы проводилось традиционное лечение.

Сроки заживления ран в основной группе составили $16,4 \pm 1,7$ дня, в то время как в контрольной – $20,7 \pm 2,1$ дня ($p < 0,05$).

Проведенные исследования показывают, что применение перевязочного материала «Иммуномодулирующий бактерицидный перфоративный атрауматический лейкопластырь»

уменьшает сроки заживления раны за счет иммуномодулирующих, противовоспалительных, регенерирующих, репаративных свойств. У всех больных основной и контрольной групп с площадью дефекта $31\text{--}50 \text{ см}^2$ выполнена аутодермопластика расщепленным, перфорированным кожным лоскутом. В основной группе перевязки осуществлялись атрауматической повязкой «Активтекс». В контрольной группе степень приживления аутоотрансплантата составила 54,5%, в то время как в основной – 66,7%.

Динамика изменений в ранах соответствовала клиническим изменениям. Так, из 120 больных контрольной группы у 99 пациентов (82,5%) в начале лечения местный статус оценивался в 1 балл, у 21 больного (17,5%) – в 2 балла. Аналогичное соотношение больных было в основной группе: из 158 больных – у 134 пациентов (84,8%) местный статус оценивался в 1 балл и у 24 пациентов – в 2 балла (15,2%).

На 7-е сутки лечения: в контрольной группе из 120 больных: у 2 пациентов (1,7%) состояние раны оценено в 1 балл, у 10 пациентов (8,3%) в 2 балла, у 31 больного (25,8%) – в 3 балла, и 4 балла получили 77 пациентов (64,2%). В то же время в основной группе из 158 больных: у 35 пациентов (22,6%) состояние раны оценено в 3 балла, у 123 пациентов (77,4%) – в 4 балла.

При анализе результатов бактериологических исследований в ходе лечения было установлено большее, чем в контрольной группе, увеличение доли стерильных посевов, уменьшение числа посевов с высеваящимися микробными ассоциациями, увеличение числа условно-патогенной микрофлоры.

Наиболее распространенными видами возбудителей во всех группах были *Staph. aureus* (в контрольной группе: 23,4% от общего числа положительных посевов в начале лечения и 19,35% в конце лечения и в основной группе: 28,57% от общего числа положительных посевов в начале лечения и 30% в конце лечения), *Ech. Coli* (в контрольной группе: 19,15% от общего числа положительных посевов в начале лечения и 9,68% в конце лечения и в основной группе: 21,43% от общего числа положительных посевов в начале лечения и 10% в конце лечения) и из ассоциаций: *Staph. aureus* с другими возбудителями (чаще всего *Ech. Coli*, *Acinetobacter sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*).

Выводы

1. Применение активной хирургической тактики, перевязочных материалов «Активтекс» и иммуномодулятора «Ликопид» при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, позволило сократить сроки купирования воспалительного процесса с $8,8 \pm 1,3$ до $6,4 \pm 0,7$ дня, ускорить эпителизацию с $10,1 \pm 0,8$ до $8,4 \pm 0,6$ дня.
2. При посеве раневого отделяемого в 28,6% случаев высевается золотистый стафилококк, в 21,4% кишечная палочка в монокультуре и в 28,6% ассоциации стафилококка, кишечной палочки, протей, синегнойной палочки, стрептококка.
3. Комплексное лечение больных данной категории должно включать в себя помимо хирургического вскрытия гнойников, использование иммуномодуляторов, применение перевязочных материалов с гелевым покрытием «Активтекс», рациональную антибиотикотерапию, физиотерапевтические процедуры.

