

УДК 616.5-002.36+616.5-002.4]-022.7-08

© О. Ю. ЮФФЕ, В. С. КУЛЬБАКА, В. М. МЕЛЛІН, В. Р. АНТОНІВ, О. П. СТЕЦЕНКО, Т. М. ГАЛИГА

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

## Комплексне лікування гнійно-септичних захворювань м'яких тканин у хворих на флегмонозно-некротичну бешиху

O. YU. IOFFE, V. S. KULBAKA, V. M. MELLIN, V. R. ANTONIV, O. P. STETSENKO, T. M. HALYHA

National Medical University by O. O. Bohomolets

### COMPLEX TREATMENT OF PURULENT-SEPTIC DISEASES OF SOFT TISSUES IN PATIENTS WITH PHLEGMON-NECROTIC ERYSIPELAS

Кількість хворих із гнійно-некротичними ускладненнями залишається на рівні 6–12 % всіх хворих на бешиху. При поширених гнійно-некротичних ураженнях і запізнілому комбінованому лікуванні виникає загроза розвитку сепсису з наступною поліорганною неспроможністю та летальними наслідками, частота яких складає 5–10 % без тенденції до поліпшення результатів лікування.

*Мета роботи:* на основі клінічного досвіду та ретроспективного аналізу лікування деструктивних форм бешихи розпрацювати та впровадити в клінічну практику комплексну терапію гнійно-некротичних уражень м'яких тканин для поліпшення результатів лікування ускладненої бешихи.

Робота базується на аналізі результатів лікування 256 хворих на бешиху, які перебували на лікуванні в гнійно-септичному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 3 з 2008 до 2012 року. Флегмонозні та некротичні форми бешихи констатовано у 67 пацієнтів переважно з локалізацією на нижніх кінцівках – 86 %. Вивчали характер лихоманки, загальнотоксичні прояви, показники загального аналізу крові та сечі, загального білка та його фракцій, білірубіну, коагулограми, рівні сечовини, креатиніну, глюкози крові. Спостереження за перебігом і лікувальні заходи інфекційного процесу в дермі проводили щоденно.

Лікування ускладнених форм бешихи було комплексним і поєднувало хірургічні втручання з консервативними методами.

Бешихове запалення у 93 % пацієнтів мало гострий розвиток, виражені симптоми інтоксикації. Підвищення температури тіла до 38–39 °С і більше відмічено за декілька годин і навіть 1–2 доби до місцевих проявів бешихи у 62 % хворих. Виявлено зменшення кількості тромбоцитів, скорочення часу згортання крові, збільшення фібриногену крові, лей-

коцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорення реакції ШОЕ.

У хворих на флегмонозно-некротичну форму бешихи, особливо за великої площі ураження (4–5 %), в окремих осіб до 15 % поверхні тіла, були наявні гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія, диспротеїнемія, білірубінемія. Ці порушення не вдавалося компенсувати через наявність великих за площею ран, у зв'язку з чим мали місце значні втрати з рановими виділеннями води, електролітів, білків.

Із ранових виділень висівали золотистий та епідермальний стафілокок, вульгарний протей, кишкову і синьогнійну палички. Збудник бешихи –  $\beta$ -гемолітичний стрептокок висівали лише у 10 % хворих. Висіяно 66 % антибіотиконечутливих штамів мікроорганізмів.

Цілеспрямовану антибіотикотерапію розпочинали з призначення максимальних терапевтичних доз внутрішньовенним та внутрішньом'язовим введенням одночасно 2 антибіотиків і метронідазолу. Тривалість антибіотикотерапії індивідуальна, як правило, не менше 12–14 діб.

Інфузійно-трансфузійну терапію проводили для поліпшення реологічних властивостей крові, дезінтоксикації, корекції білкового дефіциту, кислотно-лужного балансу, усунення водно-електролітних розладів.

Хірургічні методи лікування флегмонозно-некротичних форм бешихи включали некротомію, які виконували в ранні терміни через 2–4 доби після місцевих проявів, що попереджає поглиблення некробіозу в зоні запалення та забезпечує декомпресію. Видалення нежиттєздатних тканин виконували після визначення глибини некрозу, а у випадках поширення запалення на підшкірну клітковину – протягом 2–5 діб.

Місцеве лікування ран, що сформувалися після некротомії, було активним, спрямованим на підго-

товку до пластичного їх закриття. Воно включало дренавання рани, щоденні перев'язки, етапні некретомії, пов'язки з антисептиками та мазями на поліетиленоксидній основі (діоксизоль, офлокаїн, левоміколь та ін.). Після очищення рани від залишків мертвих тканин і фібрину застосовували розчини антисептиків: октенісепту, хлоргексидину, фурациліну, етонію та ін.

Для закриття ранової поверхні переважно використовували вільну дермопластику. Аутодермопластику ранових дефектів у хворих на флегмонозно-некротичні форми бешихи виконано через 7–10 днів після очищення рани від некротичних тканин на зрілу грануляційну тканину, розщепленими шматками товщиною 0,15–0,2 мм. Для закриття ранових поверхонь у 38 хворих виконано 52 операції.

Одночасно пересаджували 50–350 см<sup>2</sup> розщеплених клаптів шкіри. Повне приживлення клаптів шкіри отримано після 96 % аутодермопластик.

*Висновки.* Основу комплексного лікування флегмонозно-некротичної бешихи складають ранні некретомії та видалення нежиттєздатних тканин, місцеве лікування ран відповідно до стадій ранового процесу, аутодермопластика ранових дефектів, що проводиться на фоні активної цілеспрямованої антибіотико-, дезінтоксикаційної, десенсибілізуючої, гомеостазкорегувальної інфузійної терапії.

Результати лікування деструктивних форм бешихи потребують безперечного поліпшення за рахунок використання антибіотиків останніх поколінь та удосконалення інфузійної терапії гнійно-септичних захворювань у хворих на бешиху.

Отримано 20.03.13