

УДК 617.58.-002.36:579.84]-053.9-092

© М. М. СТЕЦЬ, Т. М. ГАЛИГА, С. Л. КІНДЗЕР, В. Г. ДУБИНА

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київська міська клінічна лікарня № 3

## Атипичний перебіг анаеробної неклостридіальної флегмони у хворих похилого віку

M. M. STETS, T. M. HALYNA, S. L. KINDZER, V. H. DUBYNA

National Medical University by O. O. Bohomolets, Kyiv City Clinical Hospital № 3

### ATYPICAL COURSE OF CLOSTRIDICAL ANAEROBIC PHLEGMON IN ELDERLY PATIENTS

Надзвичайно гостро сьогодні стоїть проблема лікування гнійно-некротичних процесів м'яких тканин, зумовлених анаеробною неклостридіальною мікрофлорою. Метою роботи є поліпшення результатів лікування хворих на анаеробну неклостридіальну флегмону. За останні 3 роки в клініці проліковано 16 хворих похилого віку з анаеробною неклостридіальною флегмоною м'яких тканин різної локалізації. Особливостями проведення хірургічної обробки було широке розсічення шкіри в межах уражених тканин із висіченням нежиттєздатних та некротизованих підшкірної клітковини, м'язів, фасцій, рясне зрошення розчинами антисептиків, у т. ч. перекисом водню. Обов'язковим було проведення лікування супутньої патології, яка значною мірою обтяжувала перебіг анаеробної флегмони.

Extremely sharp today is the problem of the treatment of purulent necrotic processes of soft tissues caused by clostridial anaerobic microflora. The aim is to improve the results of treatment of patients with clostridial anaerobic phlegmon. For the last 3 years in clinic 16 elderly patients with anaerobic clostridial soft tissues phlegmon various locations was treated. Features of surgical treatment were widespread dissection of the skin within the affected tissues excision of non-viable and necrotic subcutaneous tissue, muscle, fascia, copious irrigation antiseptic solutions including hydrogen peroxide. The mandatory treatment of comorbidity, which is largely anaerobic burden course phlegmon was fulfilling.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблема гнійного запалення залишається не менш актуальною, як і на початку розвитку сучасної медицини. Надзвичайно гостро сьогодні стоїть проблема лікування гнійно-некротичних процесів м'яких тканин, зумовлених анаеробною неклостридіальною мікрофлорою. Це спричинено виключно тяжким перебігом хвороби, високою швидкістю прогресування гнійно-некротичного процесу і його поширенням на велику площу м'яких тканин. Частота виділення неклостридіальних анаеробів при тяжких гнійних захворюваннях коливається від 57,1 до 98,8 % залежно від характеру та локалізації патологічного процесу. Проблема лікування анаеробних неклостридіальних процесів особливо гостро стоїть у хворих похилого віку у зв'язку із наявністю тяжкої супутньої патології та пізнім зверненням за медичною допомогою таких хворих. Незважаючи на сучасний розвиток хірургії та фармакології, летальність при розвитку анаеробної інфекції залишається на максимально високому рівні і складає 14 – 80 %, особливо при їх несвоєчасній діагностиці або

неадекватному лікуванні, що, в свою чергу, викликає порушення імунного статусу хворих, метаболізму, системи гомеостазу, декомпенсацію супутньої патології, а це призводить до виникнення таких тяжких ускладнень, як сепсис із подальшим розвитком поліорганної недостатності.

**Мета роботи:** покращити результати лікування хворих на анаеробну неклостридіальну флегмону.

**Матеріали і методи.** За останні 3 роки в клініці проліковано 16 хворих похилого віку з анаеробною неклостридіальною флегмоною м'яких тканин різної локалізації. Чоловіків було 9, жінок – 7. Із них у 7 хворих були різні прояви серцевої недостатності, 6 пацієнтів хворіли на цукровий діабет, 1 пацієнт хворів на подагру. З 16 хворих причиною виникнення гнійного процесу у 6 пацієнтів стали травма та фізичне навантаження, по 2 хворих – ін'єкції лікарських препаратів, самолікування фурункула, недотримання правил особистої гігієни та неналежний догляд. Хворих доставляли в різні терміни від початку захворювання, причо-

му в 6 випадках діагноз при направленні встановлено діагноз декомпенсації цукрового діабету, в 4 – гострого порушення мозкового кровообігу, по 2 пацієнтів були із діагнозом – серцевої аритмії та венозного тромбозу. В локальному статусі відсутні типові клінічні прояви, на перше місце виступали явища інтоксикації.

Всім хворим при госпіталізації виконували загальноклінічні дослідження, рентген легень та ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, за показаннями ультразвукове дослідження судин. Із метою короткочасної передопераційної підготовки госпіталізацію проводили до відділення інтенсивної терапії та реанімації. Головним критерієм хірургічної обробки, яку проводили під ендотрахеальним наркозом, було широке розкриття гнійного вогнища з некротомією, після якого хворих переводили для подальшого лікування в Український медичний центр інтенсивної терапії сепсису.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Незалежно від локалізації гнійно-некротичного процесу відмічали виражені явища інтоксикації. Локальні зміни супроводжувалися незначною болючістю при пальпації, пастозністю та помірною гіперемією шкіри. Слід відмітити, що при ретельному обстеженні лише у 5 хворих був позитивний симптом флюктуації. Характерними для всіх пацієнтів були гіпертермія 39,0 – 40,0 °С, тахікардія більше 110 уд. за 1 хв, блідість шкірних покривів, іктеричність склер. Окрім цього, пацієнти були збуджені, дезорієнтовані, некритично ставилися до свого стану. Через три–чотири доби з моменту початку лікування ніхто з них не міг чітко пригадати минулі події.

В умовах відділення інтенсивної терапії проводили короткочасну передопераційну підготовку, спрямовану на стабілізацію стану хворого. Під час проведення хірургічного лікування м'язи тканини в рані були зі склоподібним набряком, судини підшкірної клітковини тромбовані, фасції некротизовані, брудно-сірого забарвлення, м'язи кольору “вареного м'яса” з вираженим набряком, рановий вміст рідкої консистенції брудно-коричневого забарвлення. Ранова поверхня майже не кровоточила, незначна кількість крові, яка виділялася, мала темно-вишневий колір. Виражені явища целюліту, некротичного фасциїту, міозиту, склоподібного набряку тканин та наявність тромбованих судин розцінено як патогномонічні ознаки анаеробної неклостридіальної інфекції.

У загальному аналізі крові відмічали різкий зсув вліво лейкоцитарної формули, лейкоцитоз коливав-

ся від 16 до  $22 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів 50 мм/год і більше. В крові з'являлися плазматичні клітини, юні форми, мала місце токсична зернистість еритроцитів. При госпіталізації у всіх хворих був різко знижений діурез, макроскопічна сеча була темного кольору з домішками слизу. В загальному аналізі сечі відзначено високі показники білка, наявність гіалінових циліндрів та змінених еритроцитів до 3–8 у полі зору. В біохімічному аналізі крові мали місце підвищені показники білірубіну від 28,0 до 47,5 ммоль/л за рахунок непрямого, показники сечовини сягали до 34,0 і більше ммоль/л, креатиніну – до 0,345 ммоль/л, що потребувало проведення інтенсивної терапії в умовах спеціалізованого відділення. В усіх хворих виконували мікроскопічне та бактеріологічне дослідження ранового вмісту.

У синергічній асоціативній аеробній мікрофлорі найчастіше виявляли представники грамнегативних бактерій: *E. Coli* (73,1 %), *Proteus spp.* (40,1 %), *Enterobacter spp.* (30,3 %), *Staph. aureus* (36,4 %), *Staph. epidermidis* (34,3 %). Серед анаеробних неклостридіальних бактерій, які були виділені з гнійного вогнища, основну масу склали *Bacteroides fragilis* (85,7 %), *Peptostreptococcus spp.* (70,7 %), *Peptococcus spp.* (70,4 %), *Fusobacterium nucleatum* (45,1 %).

Особливостями проведення хірургічної обробки було широке розсічення шкіри в межах уражених тканин з висіченням нежиттєздатних та некротизованих підшкірної клітковини, м'язів, фасцій, рясне зрошення розчинами антисептиків, у т. ч. перекисом водню. Операцію закінчували широким дрениванням з формуванням значного зняття країв рани. У подальшому під загальним знеболюванням виконували програмовані етапні обробки, під час яких проводили додаткову санацію рани, а при потребі – некротомію в межах здорових тканин. При ліквідації гнійно-некротичного процесу виконували накладання вторинних швів, а при значних ранових дефектах – різні види пластик.

Комплексне консервативне лікування включало в себе застосування антибактеріальних засобів широкого спектра дії з обов'язковим урахуванням чутливості збудників. Крім того, застосовували дезінтоксикаційну терапію, в т. ч. екстракорпоральні методи детоксикації. Обов'язково проводили лікування супутньої патології, яка значною мірою обтяжувала перебіг анаеробної флегмони.

**Висновок.** Лікування анаеробної флегмони у хворих похилого віку являє собою складну проблему сучасної хірургії та вимагає комплексного підходу до її вирішення.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Блисквична спонтанна гангрена калитки: досвід лікування / О. О. Строй, Ю. О. Мицик, Р. Я. Телефонко, О. В. Шуляк // Пол. урологія. – 2008. – Т. 61, № 1. – С. 40–44.
2. Кондратенко П. Г. Хирургическая инфекция : практ. руководство / П. Г. Кондратенко, В. В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.
3. Особенности лечения больных с анаэробным парапроктитом / Н. Г. Кононенко, В. И. Бугаев, О. В. Литовченко [и др.] // Харк. хірург. школа. – 2009. – № 2.2 (34). – С. 39–40.
4. Морозов Е. С. Послеоперационная анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей : автореф. дис. на соискание учёной степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.27 – хирургия / Е. С. Морозов. – Омск, 2004. – 34 с.
5. Серажим О. А. Комплексное лечение анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.27 – хирургия / О. А. Серажим. – М., 2004. – 16 с.
6. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: рос. нац. рекомендации / С. Ф. Багненко, Э. А. Баткаев, В. Б. Белобородов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева. – М., 2009. – 92 с.
7. Кубышкин В. А. Метронидазол при анаэробной неклостридиальной инфекции / В. А. Кубышкин, Л. А. Блатун // Рус. мед. журн. (Хирургия. Урология). – 2007. – Т. 15, № 29. – С. 2222–2224.
8. Анаэробная неклостридиальная флегмона. Клиническое наблюдение / Е. И. Брехов, А. М. Светухин, И. С. Багинская [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 49–52.
9. Хирургические инфекции : практ. руководство / М. М. Абакумов, М. С. Алексеев, Ю. А. Амирасланов [и др.] ; под ред. И. И. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова. – М. : Литтерра, 2006. – 736 с.

Отримано 10.04.13