

© В. А. МЕЛЬНИКОВ, Л. М. КОГУТ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Антибіотикотерапія при гнійно-некротичних флегмонах м'яких тканин

V. A. MELNYKOV, L. M. KOHUT

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

ANTIBIOTIC THERAPY AT PURULENT NECROTIC PHLEGMON OF SOFT TISSUES

Останні десятиріччя характеризуються збільшенням кількості хворих із гнійною хірургічною інфекцією м'яких тканин (ГХІ МТ), особливо їх ускладнених форм із тяжким клінічним перебігом. У наш час 35–40 % хворих хірургічного профілю становлять пацієнти з ГХІ МТ. Якщо в принципах проведення хірургічної санації гнійного вогнища впродовж останніх десятиліть суттєвих змін не відбулось, то сучасна антибіотикотерапія характеризується стійкою тенденцією до стрімкого збільшення кількості та спектра новітніх антибіотиків. Це зумовлено розвитком резистентності збудників хірургічної інфекції до антибактеріальних препаратів, як наслідок – збільшення частки поширених гнійних процесів із фульмінантним перебігом, виникненням численних ускладнень, високою летальністю. В цих умовах у лікаря-хірурга часто виникають труднощі з вибором оптимальної комбінації протимікробних засобів для індивідуального лікування пацієнтів.

Мета роботи: на підставі даних клініко-морфологічних та лабораторних обстежень з урахуванням особливостей збудників хірургічної інфекції розпрацювати схему антибіотикотерапії при гнійно-некротичних флегмонах м'яких тканин.

Проаналізовано результати комплексного лікування 16 пацієнтів з гнійно-некротичними флегмонами різної локалізації віком від 15 до 70 років, які проходили лікування в хірургічному відділенні КМК ЛШМД міста Львова за останні два роки (2011–2012 рр.). Критеріями відбору пацієнтів у групу для оцінки були: клінічні ознаки вираженої інтоксикації, характерні інтраопераційні морфологічні зміни з боку м'яких тканин при розкритті поширених флегмон, асоціації мікроорганізмів у посіві з рани в ролі збудників хірургічної інфекції.

Із 16 хворих незначно переважали особи чоловічої статі – 9 хворих (56,25 %), співвідношення чоловіки/жінки – 1,2:1, що не є свідченням переважної

захворюваності гнійними процесами осіб якоїсь однієї статі. Середній вік хворих у групі становив (43,2±0,2) року за рахунок переважання осіб працездатного віку (11 пацієнтів; 68,75 %). Середні терміни тривалості захворювання на дошпитальному етапі склали (6,7±0,4) доби, що свідчило про пізню госпіталізацію і сприяло заавансованості процесу. При прийнятті в стаціонар всіх пацієнтів піддавали традиційній програмі обстеження, яка складалась зі збирання скарг, анамнезу хвороби, об'єктивного обстеження місця патології загальних, біохімічних аналізів крові, ультрасонографічного обстеження місця патології (що допомагало визначити розміри, глибину залягання та поширеність гнійного процесу, топографію його відносно магістральних судин), при потребі проводили консультацію суміжних спеціалістів: терапевт, кардіолог, ендокринолог.

Переважно гнійно-некротичний процес локалізувався на кінцівках – 12 хворих (75 %), у 3 пацієнтів (18,75 %) на тулубі (грудна клітка, спина, живіт) та в одного (6,25 %) на шії. Слід зауважити, що всі гнійно-некротичні процеси мали поширений характер, тобто розповсюджувались більш ніж на одну анатомічну зону. Клінічні прояви мали місце у вигляді інтенсивної розлитої болочості в ділянці вогнища, причому у 8 хворих (50 %) – без класичних ознак місцевого запалення, що могло свідчити про глибокий гнійно-запальний процес; загальної гіпертермії до 39 °С, ознобів, гіпотонії, проявів ендотоксикозу.

Антибактеріальну терапію розпочинали вже на етапі передопераційної підготовки в комплексі з інфузійною детоксикаційною терапією шляхом призначення “захищених” пеніцилінів з аміноглікозидами 3-го покоління та орнідазолом або метронідазолом, що дозволяло “перекрити” ймовірний спектр збудників хірургічної інфекції. Під час операційного втручання були виявлені такі морфологічні знахідки: у 4 хворих (25 %) стверджено наявність вогнищевих некрозів – клостридіальний міонекроз (тка-

нини у вигляді “вареного” м’яса без чітких меж; ексудат у невеликій кількості, брудно-сірого кольору з різким запахом); ще у 9 пацієнтів (56,25 %) виявлено стафілококовий міонекроз (тканини тьмяні, зеленуваті, фіксовані; гній густий біло-зеленуватого кольору із солодкуватим запахом); та у 3 осіб (18,75 %) було констатовано змішаний некроз – поєднання ознак попередніх некрозів. У посіві з осередку запалення у 9 пацієнтів (56,25 %) переважали грампозитивні коки (стафілококи і стрептококи) в асоціаціях з бактеріями кишкової групи (*E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Citrobacter*, *Acinetobacter*). У решти 7 пацієнтів (43,75 %) з рани висіяно *Proteus*, *Peptostreptococcus*, гриби роду *Candida*.

Всім пацієнтам у післяопераційному періоді, враховуючи характер морфологічних змін впродовж

5–7 діб (залежно від динаміки клінічних проявів, гарячки, лейкоцитозу), призначали терапію карбапенемами (іміпенем, меронем) в комбінації з препаратами метронідазолу ряду. Контроль посівів із рани проводили на 3–7-му добу. Відмічено в усіх випадках зміну характеру флори на *Proteus spp.* або *Pseudomonas aeruginosa*, у зв’язку з чим призначали в різних варіантах як подвійну або монотерапію впродовж наступних 7–10 днів – цефалоспорини (III–IV) + сульбактам, амікацин, кліндаміцин, вібраміцин. Усі пацієнти були виписані із стаціонару в задовільному стані.

Висновок. Застосування “важких” антибіотиків як монотерапії на етапі домінування супервірулентної інфекції призводить до її пригнічення та знищення, а подальше призначення комбінації антибіотиків значно сприяє запобіганню поширенню інфекції та розвитку ускладнень.

Отримано 09.04.13