УДК 616.74-002.27/.3-08
DOI

© Ю. О. ФУСС, В. Г. ПАЛІЙ, А. О. ВОЛОБОЄВА

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Пустомитівська центральна районна лікарня

Оптимізація комплексного лікування гнійно-некротичних інфекцій м'яких тканин

YU. O. FUSS, V. H. PALII, A. O. VOLOBOYEVA

Lviv National Medical University by D. Halytskyi
Vinnytsia National Medical University
Pustomyty Central Regional Hospital

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC INFECTIOUS OF SOFT TISSUES

В останні роки спостерігається збільшення числа хворих із генералізованими формами гнійно-некротичних інфекцій м'яких тканин (ГНІМТ), при яких клініку різних форм сепсису реєструють у 65,5–78,4 % випадків, при цьому на частку тяжкого сепсису припадає 2–18 %. На високому рівні зберігається показник смертності при даній патології, складаючи від 19 до 70 %. Незважаючи на безліч запропонованих підходів до лікування, досі залишається спірним питання про терміни й об'єм операційного втручання, дренування та санацію гнійного вогнища при генералізованих формах інфекції.

Мета роботи: вивчення ефективності використання розчину декасану в комплексному лікуванні гнійно-некротичних інфекцій м'яких тканин (ГНІМТ).

Клінічний матеріал склали 138 пацієнтів із ГНІМТ. Середній вік пацієнтів становив від 28 до 77 років. Чоловіків – 51 (37 %), жінок – 87 (63 %). Хворі були поділені на три групи. Першу групу склали 45,7 % хворих (n=63) з локальними формами інфекції, у яких не було системної реакції організму; другу групу – 12,3 % хворих (n=17) з синдромом компенсованої системної запальної відповіді, який тривав менше 72 год після санації вогнища інфекції, третю групу – 42 % (n=58) із різними формами сепсису, у яких синдром системної відповіді тривав понад 72 год після санації вогнища інфекції, мали місце ознаки поліорганної недостатності або порушення гемодинаміки.

Усім хворим були проведені лабораторні та бактеріологічні дослідження ранового вмісту. Матеріалом для бактеріологічного дослідження було 217 штамів мікроорганізмів, виділених з вогнища гнійно-некротичного ураження в динаміці.

Комплексне лікування цієї категорії хворих складали: операційне втручання із санацією ран розчинами декасану та фурациліну, раціональна антибактеріальна та дезінтоксикаційна терапія.

Під час досліджень клінічного перебігу різних форм інфекції встановлено, що серед пацієнтів із генералізованою інфекцією у 20,7 % випадків (12 хворих) синдром системної запальної відповіді (ССЗВ) був купіруваний протягом (2,5±0,05) доби від початку стаціонарного лікування, а в решти 79,3 % пацієнтів (46 хворих), незважаючи на адекватну терапію, системна запальна реакція тривала в середньому (6,7±0,08) доби. Отже, адекватність операційних втручань із проведенням санації гнійного вогнища, об'єм і характер комплексної терапії, безумовно, мають вплив на строки купірування системних запальних змін в організмі.

При вивченні результатів первинних бактеріологічних досліджень встановлено, що у 119 випадках (86,2 %) збудник був представлений у монокультурі, у 19 пацієнтів (13,8 %) виділені асоціації з двох і більше мікроорганізмів. Найбільш часто монокультура була представлена стафілококами – 93 штами (42,9 %), ентеробактеріями – 68 (31,3 %) і неферментуючими грамнегативними бактеріями (у тому числі P. aeruginosa) – 29 штамів (13,4 %). Серед стафілококів у більшості випадків виділяли S. aureus. У 12 хворих (8,7 %) виділяли коагулозо-негативні штами, які були представлені S. epidermidis та S. capitis. Серед ентеробактерій переважали представни-

ки роду E. coli і роду Proteus. У решти пацієнтів виділяли Streptococcus pyogenes (serogroup A), Enterococcus faecalis, E. faecium, Micrococcus lylae. Найбільш часто зустрічали асоціації стафілококів з ентеробактеріями (17 випадків; 12,3 %). Асоціація псевдомонад зі стафілококами виявлена у 16 хворих (11,6 %), з них P. aeruginosa у асоціації зі S. aureus у 15 випадках. Крім того, виділені асоціації S. aureus з S. capitis, S. aureus з Strept. spp., P. aeruginosa з P. vulgaris – по одному випадку.

Залежно від засобу, який ми використовували для санації рани, хворі були поділені на дві зіставні за формою інфекції підгрупи: у першу підгрупу увійшли 69 пацієнтів із локальною формою інфекції, ССЗВ та різними формами сепсису для санації ран, у яких використовували розчин декасану. Другу підгрупу склали 69 хворих, у яких для санації ран використовували розчин фурациліну.

Зміна видового складу збудника на третю добу у групі хворих, в яких для санації рани використовували розчин фурациліну, спостерігалася у 6 з 69 хворих. У двох випадках виділена кишкова паличка, чутлива до ципрофлоксацину, у двох – P. aeruginosa, стійка до ципрофлоксацину, чутлива до меропенему, у двох – S. epidermidis. У двох пацієнтів це призвело до клінічного погіршення перебігу ранового процесу і зміни цитологічної картини з регенеративно-запальної на запальну. У групи хворих, в якій для санації рани використовували розчин декасану, зміна типу збудника на 10–15 добу лікування спостерігалася у 19 спостереженнях (27,6 %). При цьому найбільш часто виділяли представників родини кишкових бактерій (53 %): Klebsiella і Enterobacter – по 3 штами, Proteus і E. coli – по 2 штами. У 6 випадках (32 %) було виявлено P. aeruginosa, в двох – S. aureus і в одному – S. aureus, стійкий до оксациліну. Таким чином, при антибактеріальній терапії із санацією ран розчином фурациліну на 10–15-ту добу в 37 % випадків відбувалось вторинне інфікування рани госпітальною інфекцією, стійкою до антибактеріальної терапії, яку використовували, що потребувало заміни антибіотика. У 6 з 19 хворих повторна контамінація призвела до погіршення перебігу ранового процесу зі зміною типу цитограми. В цілому повторна контамінація у групі хворих, в якій для санації використовували розчин фурациліну, мала місце у 23 з 69 хворих (33,4 %). У групі хворих, в яких для санації гнійного вогнища використовували розчин декасану, зміну мікрофлори на третю добу спостерігали лише у 4 випадках (5,8 %).

Під час багатосторонніх клініко-лабораторних досліджень у хворих, яким проводили санацію гнійних ран розчином декасану, ми отримали такі результати: набряк тканин у хворих другої підгрупи зберігався 7 діб (від 3 до 8 діб), тоді як у першій – 3 доби (від 2 до 3 діб). Повне очищення ран у хворих другої підгрупи відбулось на 6-ту добу (від 5 до 7 діб), тоді як в першій – на 3-тю добу (від 2 до 3 діб). Загоєння ран у хворих другої підгрупи відбулось на (19,29±2,35) добу, тоді як у першій – на 16-ту добу (від 16 до 17 діб).

Висновки 1. Для вибору раціональної тактики лікування ГНІМТ необхідно визначити не тільки форму інфекції (локальна чи генералізована), але і клінічний варіант її перебігу (ССЗВ, сепсис, тяжкий сепсис).

2. Головним етапом лікування при локальній інфекції є адекватна рання санація гнійного вогнища. При ССЗВ і сепсисі – санація гнійного вогнища з антибактеріальною, дезінтоксикаційною терапією.

3. Використання декасану для санації гнійних вогнищ зумовило позитивний клінічний ефект, що виражалось у прискоренні очищення та загоєння ран і скороченні терміну перебування хворих у стаціонарі.

Отримано 21.01.16