

## **Лечение постинъекционных инфильтратов, абсцессов и флегмон**

*УЗ «Пинская центральная больница»*

Приведены собственные результаты лечения больных с постинъекционными осложнениями. На основе полученных результатов сделаны определенные выводы.

Вопросы, касающиеся показаний к хирургическому лечению больных с ПГО, в настоящее время решены [1, 2]. Однако до настоящего времени вскрытие и дренирование постинъекционных гнойных осложнений мягких тканей остается наиболее распространенным оперативным вмешательством в практической хирургии, приводящее к длительному лечению больных, которое составляет 30 - 40 дней [1, 2], а закрытые методы хирургического лечения, позволяющие сократить сроки лечения, применяются чрезвычайно редко. Так, по статистическим данным по Российской Федерации, иссечение постинъекционных гнойных осложнений мягких тканей с наложением первичных швов применяется всего лишь у 0,08% больных [3, 4]. Такой незначительный процент закрытого хирургического метода лечения ПГО связан с недостаточной разработкой показаний и противопоказаний к его применению, отсутствием дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства [3, 4].

Основные принципы лечения хирургических инфекций, к которым относятся и инфекционные заболевания кожи и мягких тканей, постулированы еще с древних времен. В основе терапии лежит своевременное адекватное хирургическое вмешательство. Оперативное лечение поверхностно расположенных гнойников ягодичной области обычно не вызывает затруднений [5].

Хирург всегда следует трем принципам:

- полное иссечение всех некротических тканей;
- широкое дренирование;
- тщательный гемостаз [5].

О показаниях и тактике проведения хирургической обработки написано и сказано достаточно много. Следует лишь подчеркнуть, что без своевременной, адекватной и полноценной хирургической обработки рассчитывать на благоприятный исход лечения не представляется возможным [6, 7]. Перед операцией необходимо провести инфузионную терапию и стабилизировать гемодинамику. Все некротизированные ткани следует удалить хирургически [6, 7]. Как только состояние больного позволяет провести общую анестезию, проводится полная некрэктомия, которая предотвращает возникновение септического состояния и позволяет ликвидировать его [6, 7].

Все наблюдаемые больные с ПГО (707 больных) лечились в отделении гнойной хирургии учреждения здравоохранения «Пинская центральная больница».

682 (96,5%) больных подверглись оперативному лечению.

Все оперированные больные в зависимости от метода проведенной операции были разделены на 3 группы.

Первая группа - «основная» (54 больных) - проводилось вскрытие гнойника с наложением первичного шва и дренирование с вакуум-аспирацией содержимого.

Вторая группа - «сравнение» (54 больных) с показаниями для наложения первичного шва и дренирования с вакуум-аспирацией содержимого - проводилось традиционное вскрытие гнойника с открытым ведением послеоперационной раны.

Третья группа (564 больных) - оперированные больные, с открытым ведением послеоперационной раны.

10 больным произведено первичное иссечение инфильтратов и гнойников с наложением глухих швов на рану.

Группы больных «основная» и «сравнение» были сопоставимы по полу ( $p=0,796$ ,  $\chi^2=0,067$ ,  $n=1$ ) и возрасту ( $p=0,588$ ,  $t=0,544$ ,  $n=106$ ,  $t$  - критерий Стьюдента), размерам гнойника, наличию сопутствующих заболеваний и высеваемому возбудителю. Данные представлены в таблицах 1 - 3.

Таблица 1. Распределение больных группы «основная» по полу и возрасту

ПОЛ	ВОЗРАСТ, лет			ВСЕГО	
	18-44	45-59	60-74	абс.	%
женщины	10	15	19	44	81,48
мужчины	1	4	5	10	18,52
итого:					
абс.	11	19	24	54	
%	20,37	35,19	44,44		100

Таблица 2. Распределение больных группы «сравнение» по полу и возрасту

ПОЛ	ВОЗРАСТ, лет			ВСЕГО	
	18-44	45-59	60-74	абс.	%
женщины	12	13	21	46	85,19
мужчины	3	3	2	8	14,81
итого:					
абс.	15	16	23	54	
%	27,78	29,63	42,59		100

Таблица 3. Распределение больных групп «основная» и «сравнение» по размеру очага поражения

Группа «основная»		Группа «сравнение»	
Размер очага, см	Количество случаев	Размер очага, см	Количество случаев
5	9	5	7
6	7	6	8
7	5	7	8
8	16	8	14
9	5	9	5
10	5	10	6
11	2	11	4
12	2	12	2
14	3	14	-
n = 54; M±y = 8,02±2,37; m = 0,32		n = 54; M±y = 7,85±1,94; m = 0,26	
t = 0,4; n = 106; p = 0,69 (t - критерий Стьюдента)			

С 1999 года и по настоящее время нами применены дифференцированные подходы к методу оперативного лечения, заключающиеся в следующем:

1. Первичное иссечение инфильтратов, хронических и острых постинъекционных абсцессов с последующим глухим швом раны.

Показания:

- болезненные инфильтраты, не поддающиеся консервативному лечению;
- настоящие больные с постинъекционными инфильтратами на их иссечении;
- подкожные абсцессы, с воспалительным инфильтратом, не превышающим в диаметре 5 см.

2. Вскрытие гнойника с наложением первичного шва, дренированием и вакуум-аспирацией содержимого (см. рисунок 1).

Показания:

- острые абсцессы с воспалительным перифокальным инфильтратом, не превышающим в своем диаметре 15 см;
- острые абсцессы с отсутствием множественных затеков и карманов на большом протяжении от основной гнойной полости;
- острые абсцессы с неистонченной наружной стенкой гнойника;
- удовлетворительное общее состояние больного.

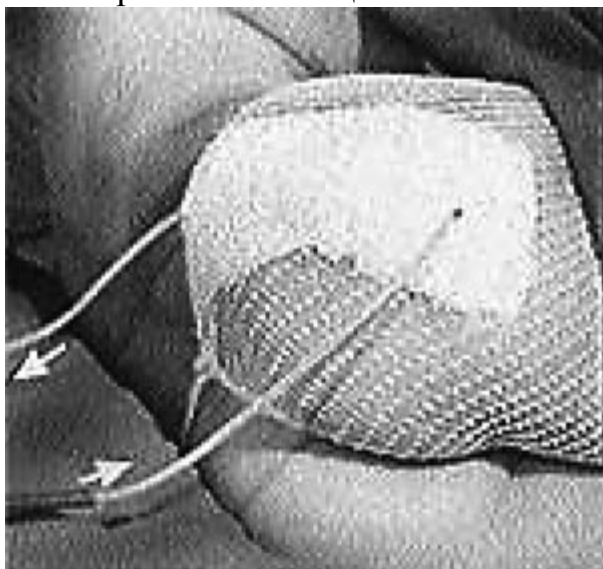


Рис. 1. Дренаживание гнойной полости

### 3. Вскрытие гнойника с открытым ведением послеоперационной раны.

Показания:

- флегмоны с гнойно-воспалительным инфильтратом, занимающим более одного квадранта ягодицы;
- флегмоны с наличием дополнительных гнойных затеков и карманов на большом протяжении от основной гнойной полости;
- острые абсцессы с истончением или некротическими изменениями кожи, когда технически не выполнимо как первичное иссечение, так и предварительное дренирование гнойного очага;
- острые абсцессы у больных, находящиеся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

При вскрытии гнойника с наложением первичного шва, дренированием и вакуум аспирацией содержимого были получены следующие послеоперационные результаты: Первичное заживление ран в 62,9% случаев (34 человека). Средний срок пребывания больных в стационаре, у которых был применен метод вскрытия гнойника с наложением первичного шва, составил  $9,13 \pm 0,09$  суток. Не имелось грубых послеоперационных рубцов в области ягодиц (см. рисунок 2).



Рис. 2. Заживление послеоперационной раны

При открытом методе ведения больных с постинъекционными осложнениями средний срок госпитализации составил  $12,06 \pm 0,08$  койко-дней, что статистически достоверно больше, по сравнению с больными, у которых был применен метод вскрытия гнойника с наложением первичного шва ( $t=64,31$ ,  $p<0,05$ ).

Таблица 4. Средние сроки госпитализации больных в зависимости от метода лечения

Метод лечения	Средние сроки госпитализации (койко-дни)
Метод вскрытия гнойника с наложением первичного шва.	9,13±0,09
Открытый метод оперативного лечения.	12,06±0,08

#### Выводы

1. При оперативном лечении больных с ПГО необходим дифференцированный подход к методу лечения.
2. Более широко применять в лечении постинъекционных осложнений метод вскрытия гнойника с наложением первичного шва и вакуум-аспирацией раневого отделяемого через дренажи, или метод первичного иссечения инфильтрата и гнойника при поверхностном расположении и небольшом его диаметре с наложением глухого шва.
3. Метод вскрытия гнойника с наложением первичного шва и вакуум-аспирацией раневого отделяемого через дренажи позволяет сократить средние сроки госпитализации на 3 койко-дня.

#### Литература

1. Беляева, О. А. Постинъекционные инфильтраты и флегмоны / О. А. Беляева, П. И. Толстых. Киев, 1986. 236 с.
2. Беляева, О. А. Профилактика и лечение постинъекционных инфильтратов и флегмон: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / О. А. Беляева. М., 1980. 120 л.
3. Блатун, Л. А. Современные возможности антимикробной терапии раневых инфекций мягких тканей и остеомиелита / Л. А. Блатун // Антибиотики и химиотерапия. 2002. Т. 47. № 9. С. 31 - 36.
4. Блатун, Л. А. Флегмоны и абсцессы - современные возможности лечения / Л. А. Блатун // Лечащий врач. 2002. № 1 - 2. С. 30 - 40.
5. Гостищев, В. К. Гнойная хирургия таза: руководство для врачей / В. К. Гостищев, Л. П. Щалчкова. М.: Медицина, 2000. 288 с.
6. Косинец, А. Н. Инфекция в хирургии: руководство / А. Н. Косинец, Ю. В. Стручков. Витебск: ВГМУ, 2004. 510 с.
7. Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей - старая проблема в новом свете / С. А. Шляпников // Инфекции в хирургии. 2003. Т. 1. № 1. С. 14 - 21.