

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ.

БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., НЕХАЕВ А.Н., РУСАКОВ В.А.

БГМУ, КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ, 5 ГКБ

Введение: Мировая статистика свидетельствует о неуклонном и повсеместном росте числа лиц, страдающих наркоманией. По экспертным оценкам их количество во всем мире превышает 30 млн. человек. На 1 июня 2011г. в Республике Беларусь на наркологическом учете состояло 8952 больных наркоманией и 4458 лиц, эпизодически употребляющих наркотические средства. Вводимые парентерально (подкожно, внутримышечно, внутривенно, внутриаартериально) с нарушением асептики и антисептики наркотические и одурманивающие вещества, часто самодельные суррогаты, в процессе приготовления которых использовались мел и такие агрессивные среды, как КМп04, бензин и растворители, вызывают гнойно-воспалительные процессы, протекающие с многообразной клинической картиной на фоне угнетения иммунной системы и снижения резистентности организма.

Цель: Соответственно росту наркомании увеличивается количество наркозависимых пациентов с постинъекционными гнойно-воспалительными осложнениями, но до сих пор отсутствует алгоритм их диагностики и лечения.

Материалы и методы: В 2010-2011 гг. во 2-ом хирургическом отделении 5 ГКБ г. Минска пролечен 21 пациент с различными гнойно-септическими осложнениями, развившимися вследствие применения инъекций наркотического препарата. Из них у 16 (76,2%) гнойный процесс возник после инъекций суррогатных наркотиков. В остальных случаях использовались героин, транквилизаторы и другие медицинские препараты. Мужчин было 14(66,7%), женщин – 7(33,3%). Возраст их колебался от 17 до 47 лет. Большинство были в возрасте от 26 до 35 лет. Только 6(28,6%) пациентов работали. Длительность приема наркотических препаратов достоверно установить не представлялось возможным. Все пациенты были госпитализированы в сроки от 4 до 14 суток после развития постинъекционных осложнений. Несмотря на позднюю обращаемость и достаточно обширный характер гнойно-некротического процесса у 4(19,1%) пациентов он протекал на фоне нормальной температуры и без классических местных признаков воспаления. У 3(14,3%) наблюдалось самопроизвольное вскрытие постинъекционных гнойников.

У 15(71,4%) пациентов патологический процесс был представлен абсцессами мягких тканей небольшого диаметра (до 5 см) в области кисти и предплечья, у 3(14,3%) – флегмоной внутренней поверхности предплечья и у 3(14,3%) – нагноившейся гематомой в паховой области.

Результаты и обсуждение: 18(85,7%) пациентам произведено вскрытие, санация и дренирование гнойной полости. В послеоперационном периоде проводилась обработка ран антисептиками, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Лечение часто протекало на фоне абстинентного синдрома или наркотического опьянения. Подавляющее большинство пациентов (16 из 18) самостоятельно покинули хирургическое отделение через 3-4 дня после операции. У 3(14,3%) пациентов, у которых патологический процесс локализовался в верхней трети бедра, ситуация развивалась по другому сценарию. У 2(9,5%) пациентов, оперированных по поводу нагноившейся гематомы в верхней трети правого бедра, во время операции развилось профузное кровотечение из аррозированной ложной аневризмы бедренной артерии, поэтому для окончательной остановки кровотечения был вызван сосудистый хирург. Вмешательство в одном случае закончилось перевязкой глубокой бедренной артерии, а во втором – автовенозной пластикой с дренированием мягких тканей. Наученные предыдущим опытом, еще у 1(4,7%) пациента с инфицированной гематомой верхней трети бедра перед оперативным вмешательством выполнили УЗИ сосудов нижних конечностей, на котором не было выявлено ее связи с крупным сосудом, поэтому вскрытие, санация и дренирование гнойника произведено без кровопотери по стандартной методике.

Микробный пейзаж гноя из очагов воспаления не отличался разнообразием: у 15(71,4%) - высеян *St. aureus*, у 3(14,3%) – *St. epidermidis*, у 1(4,8%) – *Proteus spp.* и у 2(9,5%) - поливалентная микрофлора. Послеоперационный период у всех пациентов характеризовался затяжным течением воспалительного процесса, вялым гранулированием и медленной эпителизацией ран.

Заключение: После вскрытия гнойника и выполнения радикальной некрэктомии у наркозависимых пациентов целесообразно открытое ведение ран, что связано с существующими особенностями течения раневого процесса. При локализации гнойного процесса в проекции магистральных сосудов необходимо помнить об опасности развития осложненной аневризмы, поэтому в алгоритм обследования следует включать УЗИ сосудов этой зоны и консультацию сосудистого хирурга с привлечением его, при подтверждении диагноза, в хирургическую бригаду.