

О.Б. Кутовий, С.О. Косульников, С.І. Карпенко, К.В. Кравченко,
С.О. Тарнопольський, Л.Ф. Косульникова

КОМПЛЕКСНИЙ МЕТОД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШИРЕНИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ФЛЕГМОН У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ

ВСТУП

Розвиток абдомінальної хірургії, збільшення числа реконструктивних операцій, застосування значної кількості імплантаційних методик на тлі погіршення загального стану здоров'я населення, зростання частоти аутоімунних та ендокринних захворювань супроводжується розвитком тяжких гнійно-некротичних ускладнень, надто у хворих на цукровий діабет (ЦД) [1, 2].

Кількість хворих на ЦД неухильно росте, у Дніпропетровській області зареєстровано 80 000 тисяч пацієнтів, які потребують допомоги ендокринолога. У хірургічному гастроентерологічному відділенні оперують 5-10% хворих із ЦД на рік, тоді як у відділеннях гнійно-септичного профілю — до 40%.

Останніми роками ми спостерігаємо збільшення тяжких ускладнень гнійно-некротичного характеру у хворих після виконання поширених ургентних і планових реконструктивних операцій. Щороку 5-6 пацієнтів із ЦД і поширеними гнійно-некротичними флегмонами м'яких тканин після оперативного втручання або травми направляються з місцевих і районних лікарень до обласного центру гнійно-септичної хірургії при обласній лікарні ім. І.І. Мечникова.

Мета роботи — дослідити особливості патогенетичних аспектів розвитку поширених неклостридіальних флегмон м'яких тканин, покращити результати лікування цієї загрозливої патології та розробити спосіб місцевого хірургічного лікування епіфасціальних флегмон.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

В обласному центрі гнійно-септичної хірургії ім. Святого Луки (при обласній лікарні ім. І.І. Мечникова) за 5 років прооперовано 36 хворих із поширеними епіфасціальними неклостридіальними флегмонами м'яких тканин. Частота локалізації процесу: голова і шия — 6 пацієнтів, молочна залоза та грудна клітка — 4, промежина, пахвинна ділянка і тулуб — 26, у тому числі з наявністю нориць шлунково-кишкового тракту — 4. Площина ураження становила від 400 до 1800 см². У роботі використано стандартні клінічні та діагностичні методи досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження патогенетичних процесів у гнійно-

некротичному осередку та організмі хворих у цілому дозволяють дійти висновку, що у розвитку таких поширених гнійно-некротичних процесів, як некротичний фасціт, гангрена Фурнье та гнійно-некротичні флегмони, спостерігаються стереотипні зміни. Проте клінічні і патогістологічні симптоми фасцитів значно відрізняються від "звичайних" гнійних ран.

Поширені некротичні процеси — некротичний фасціт і гангрена Фурнье — розвиваються на тлі аутоімунних порушень, за механізмом алергічних реакцій. Про це свідчить наявність періоду "інкубації" після попередньої операції перед розвитком некротичного процесу, під час якого виникає полімікробна сенсibiлізація, через 5-7 діб — "блискавичне" поширення некрозу, здебільшого за альтернативним типом, фібриноїдний некроз, лімфоцитарно-плазмоцитарна інфільтрація, чітко виражено судинно-ексудативні зміни, тромбоз, що проявляється відсутністю кровотечі під час розтину уражених тканин. Наявність некротизованої тканини (аутоантигенів) сприяє "блискавичному" поширенню процесу некрозу, зупинити який можливо лише радикальним видаленням некротичних тканин.

Неефективність стандартного хірургічного лікування (нанесенням "лампасних" розтинів) пояснюється особливостями поширення анаеробної флори та тривалою затримкою і зниженням макрофагальної реакції у першій фазі ранового процесу [2-4].

Хірургічне лікування ми виконуємо у такий спосіб: під загальним наркозом пошарово виконуємо розтин шкіри та підшкірної клітковини до фасціальних футлярів, за гангрені Фурнье — розтин U-подібний. Шкірно-жирові клапти відсепаровуємо від апоневрозу до здорових тканин і вивертаємо, після чого стають доступними всі некротизовані ділянки тканин, які треба витнути; видаляємо також уражені фасціальні футляри (хірургічна санація). Відкриту рану промиваємо за допомогою марлевих тампонів (механічна санація), змочених розробленою сумішшю окислювачів [1, 4, 6]. Таку ж суміш окислювачів застосовуємо для просочування перев'язочного матеріалу, яким вкриваємо ранову поверхню (медикаментозна санація).

Композицію антисептиків (окислювачів) складено з перекису водню і 5% розчину йоду (5:1) [2, 4],

вона проявляє бактерицидну активність щодо грам-позитивних, грамнегативних аеробних та анаеробних мікроорганізмів. На відміну від широко вживаних антибіотиків, лікування композицією антисептиків не супроводжується формуванням резистентних штамів, і тому окислювальні антисептики вважають доцільним призначати як лікувальні та профілактичні препарати [1, 2, 4].

Після санації клапоть повертаємо в анатомічну позицію та фіксуємо тимчасовими швами. Механічну і медикаментозну санацію проводимо щодобово або через день, для цього тимчасові шви розпускаємо, клапоть знову піднімаємо та вивертаємо, проводимо санацію рани та клаптя, після чого відсепарований клапоть повертаємо в анатомічне положення і знову накладаємо тимчасові шви. Таким чином процедуру повторюємо до остаточного очищення рани та зупинки некрозу, після чого шкірно-жировий клапоть фіксуємо швами в анатомічному положенні [5]. На тих ділянках рани, де шкірний покрив не зберігся, застосовуємо аутодермопластику.

ВИСНОВКИ

1. Запропонований спосіб лікування дозволяє вдвічі скоротити термін лікування тяжких форм гнійно-некротичної патології, зберегти цілісність шкірного покриву, зменшити летальність більше, ніж утричі.

2. Під час виконання реконструктивних операцій у хворих на цукровий діабет рекомендуємо застосовувати антибіотикотерапію, а не антибіотико-профілактику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адарченко А.А., Красильников А.П., Королевич М.П. Сопоставление показателей антибактериальной активности антибиотиков и антисептиков для возбудителей внутрибольничных раневых инфекций // Матер. Первого Белорусского Международного конгресса хирургов. — Витебск, 1996. — С. 496-498.
2. Гангрена Фурнье як окремих прояв некротичного фасциїту (проблеми патогенезу та хірургічного лікування) / І.В. Люлько, С.О. Косульников, С.О. Тарнопольський, К.В. Кравченко // Урологія. — 1998. — №4. — С. 23-27.
3. Костюченко Б.М., Кулешов С.Е. Принципы активного хирургического лечения анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей // Вестн. хирургии. — 1989. — Т. 143, №7. — С. 102-106.
4. Косульников С.О. Композиції окислювачів у комплексній терапії інфікованих ран // Матер. XIII з'їзду Українського наукового товариства мікробіологів, епідеміологів та паразитологів ім. Д.К. Заболотного "Актуальні проблеми мікробіології, паразитології та профілактики інфекційних хвороб". — Київ-Вінниця. — 1996. — С. 191.
5. Патент 23248 Україна, МКИ А 61 В 17/00 — Спосіб хірургічного лікування поширених епіфасціальних флегмон / Люлько І.В., Косульников С.О., Кравченко

К.В. (Україна). — № 96124564; Заявл. 05.12.96; Опубл. 31.08.98; Бюл. № 4. — С. 4.

РЕЗЮМЕ

Комплексный метод хирургического лечения обширных гнойно-некротических флегмон у больных сахарным диабетом

О.Б. Кутовий, С.О. Косульников, С.И. Карпенко, К.В. Кравченко, С.О. Тарнопольский, Л.Ф. Косульникова

В хирургическом стационаре гастроэнтерологического профиля оперируется от 5 до 10% больных сахарным диабетом в год, а в хирургии гнойно-септического профиля — до 40%. Прооперированы 36 больных с обширными неклостридиальными эпифасциальными флегмонами, площадь поражения составляла от 40 до 1800 см². Предложен комплексный метод хирургического лечения обширных гнойных флегмон путем послойного сепарирования и отворачивания тканей для проведения механической санации, обработки раневой поверхности салфетками, пропитанными композицией окислителей. После проведения санации рана накрывается салфетками со смесью окислителей и кожным лоскутом с его фиксацией в анатомическом положении. Метод позволяет защитить рану от плазмо- и лимфопотери, сохранить кожный покров и снизить летальность в три раза. При выполнении плановых реконструктивных операций у больных сахарным диабетом рекомендуем проводить не антибиотико-профилактику, а антибиотикотерапию.

Ключевые слова: сахарный диабет, обширные гнойно-некротические фасцииты, хирургическое лечение.

SUMMARY

Complex method of surgical treatment of vast purulent-necrotic phlegmons in diabetes mellitus patients

O. Kutovyi, S. Kosulnikov, S. Karpenko, K. Kravchenko, S. Tarnopolskyi, L. Kosulnikova

The number of patients suffering from diabetes mellitus grows all the time. 5 to 10% of diabetes mellitus patients are being operated on each year in the surgical department with gastrointestinal disease while surgeons of purulent inflammatory departments operate 40% of such patients. 36 patients with extensive purulent necrotic phlegmons have been operated on with affected area from 40 to 1800 cm². A complex method of surgical treatment of extensive purulent phlegmons is suggested where layered separation and turning the tissue away is used for mechanical sanitation, treatment of the wounded area with napkins soaked with a composition of oxidants. After completing the sanitation, the wound is covered with napkins soaked in the mixture of oxidants and is afterwards covered with a piece of skin that should be fixated in the anatomical position. This method protects the wound from losing plasma and lymph, preserves the skin and reduces lethality in three times. While carrying out systematic reconstructive operations on diabetes mellitus patients it is recommended not to take antibiotic prophylaxis but antibiotic therapy.

Key words: diabetes mellitus, extensive purulent-necrotic fasciitis, surgical treatment.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.