

Осинцев Е.Ю., Курочкина Е.Н., Коваленко Ю.В.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНЫХ РАН И ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность. Одной из актуальных проблем в современной хирургии остается лечение гнойных ран и различных гнойно-воспалительных осложнений раневого процесса. Общеизвестно, что классическая операция «хирургическая обработка раны» (ХО) по-прежнему остается важнейшим этапом лечения.

Цель исследования. Оценка мониторинга качества проведения ХО у пациентов с современной раневой инфекцией.

Материалы и методы. Хирургическое лечение гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний с применением активной хирургической тактики лечения с закрытием раневой поверхности проведено у 362 пациентов. Основные принципы метода заключались в хирургической обработке (ХО) гнойного очага, проточно-аспирационном дренировании и раннем закрытии раневой поверхности. Характер оперативных вмешательств был следующим: ХО+первичные и первично-отсроченные швы у 198(54,8%); ХО+вторичные швы у 32(8,8%); предварительное дренирование + ХО+первичные швы у 92(25,4%); аутодермопластика у 32(8,8%) и остеосинтез у 8(2,2 %) пациентов.

До проведения ХО оценивали общее состояние больного, характер и распространенность гнойного процесса, степень перифокальных изменений. Наличие гнойных карманов и затеков определялось клиническими методами и, при сложных случаях – использовали УЗИ наведение и КТ. С учетом анатомо-топографической характеристики раны намечался оптимальный доступ. После проведения хирургической обработки по дну раны через отдельные проколы кожи проводили окончательный дренаж для проведения постоянного или фракционного промывания в послеоперационном периоде.

Результаты. Кроме удаления мертвых тканей, как основного субстрата для развития раневой инфекции, ХО значительно снижала количество микробов в стенках раны.

Среднее содержание микробных тел в 1 гр. ткани у пациентов с абсцедирующей формой гнойного процесса составляло $7 \times 10^5 \pm 2 \times 10^4$, у пациентов с флегмонами и обширными поражениями - $7 \times 10^6 \pm 6 \times 10^5$ на 1 гр.

У большинства оперированных больных первоначально был выявлен высокий уровень бактериальной обсемененности ран. В 62,4% наблюдений число патогенных микроорганизмов оказалось выше 10^5 на 1 гр. ткани, т.е. выше уровня бактериальной обсемененности, который считается критическим для развития раневой инфекции в нормальных тканях при нормальном иммунном ответе.

У 32,6% больных количество микробов на 1 гр. ткани составило $10^3 - 10^4$. Наименьшее содержание микробов $10^1 - 10^2$ на 1 гр. ткани выявлено у 3,2% больных. У 2 (1,8%) пациентов с нагноившимися подкожными гематомами микрофлоры в стенках раны не обнаружено.

После проведения ХО бактериальная обсемененность ран уменьшалась. Выраженное ее снижение отмечено у пациентов с ограниченными гнойными процессами, в отличие от больных с флегмонами и обширными ранами. Так, у 47,9% больных с абсцессами после некрэктомии содержание микробов в тканях становилось ниже критического уровня, не превышающего $10^1 - 10^2$ на 1 гр. ткани. У 35,4% больных этой группы роста микрофлоры не получено.

У пациентов с распространенными гнойными процессами (флегмонами), в 63,8% случаев бактериальная обсемененность раны находилась в пределах $10^3 - 10^4$ на 1 гр. ткани. Более низкие показатели выявлены только в 16,2% случаев. У 15% больных роста микрофлоры не получено.

Выводы. Проведенные бактериологические исследования свидетельствуют о снижении бактериальной обсемененности гнойных ран в результате хирургической обработки.

Исследование биоптатов стенок ран является мониторингом качества проведенной хирургической обработки гнойных очагов и объективным показателем контроля течения раневого процесса.