

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ

*Д.Н. Нурманбетов, О.Т. Кочоров*

---

Изложены методики хирургического лечения заболеваний мягких тканей и костей. Выделены два этапа хирургической реабилитации: в острой фазе раневого воспаления и в периоде по поводу осложнений гнойных ран.

*Ключевые слова:* гнойные раны; хирургическая реабилитация; реконструктивно-пластическая хирургия.

Хирургическое лечение больных с хирургической инфекцией, особенно при ее выраженных осложненных формах, представляет собой трудную задачу и включает комплекс мероприятий, цель которых – воздействие как на организм больного, так и возбудителей заболевания. Не менее важны вопросы ликвидации дефектов костной полости и мягких тканей. По сведениям многих авторов, больные с гнойными ранами составляют 35–40 % от числа всех госпитализированных в хирургические стационары (М.М. Мамакев, А.А. Сопуев, Б.М. Омурзаков, 1998; С.Е. Никитин, 2006; А.Н. Анипченко, 2007; A.N. Jalcin, M. Vasic, A. Vasic, 2003). В последнее время все большее распространение приобретает методика активной хирургической тактики лечения гнойных ран, направленная на

скорейшее очищение раневой полости с использованием всех имеющихся средств и возможно более раннее закрытие раневой поверхности (Н.Н. Каншин, 1988; М.И. Кузин, Б.М. Костюченко, 1982; 1990; В.К. Гостищев с соавт., 1988; 1993; Syladis et al., 1997; J.J. Pribaz et al., 2000; J. Fletsher, 2003 и др.).

**Материал и методы исследования.** При лечении гнойных ран нами выделены два этапа хирургической реабилитации: в острой фазе болезни и отдаленном послеоперационном периоде, с использованием различных методик, применяемых в пластической и реконструктивной хирургии.

К первой группе отнесли 134 пациента, оперированных с соблюдением принципов пластической хирургии в острой фазе начальной

Таблица 1 – Восстановительно-пластические операции у больных I группы

| Вид заболевания               | Вид использованных лоскутов |       |                  |       |                    |      | Итого   |      |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|------------------|-------|--------------------|------|---------|------|
|                               | расщепленный лоскут         |       | местная пластика |       | ротационный лоскут |      |         |      |
|                               | абс. ч.                     | %     | абс. ч.          | %     | абс. ч.            | %    | абс. ч. | %    |
| Гнойные дефекты мягкой тканей | 31                          | 23,13 | 18               | 13,43 | 9                  | 6,72 | 58      | 43,3 |
| Комбинированные гнойные раны  | 34                          | 25,37 | 12               | 8,96  | 5                  | 3,73 | 51      | 38,1 |
| Обширные гнойные дефекты      | 21                          | 15,67 | 4                | 2,99  | -                  | -    | 25      | 18,6 |
| Всего                         | 86                          | 64,2  | 34               | 25,4  | 14                 | 10,4 | 134     | 100  |

стадии заболевания, т. е. на первом этапе хирургической реабилитации. Вторую клиническую группу составили 171 больной, оперированные с использованием методов реконструктивно-пластической хирургии в отдаленном периоде по поводу осложненных гнойных ран, т. е. на втором этапе хирургической реабилитации.

Восстановительные операции на гнойных ранах на первом этапе хирургической реабилитации, т. е. в первой клинической группе, были выполнены у 58 больных по поводу гнойных дефектов мягкой тканей после иссечения последствий острой гнойной инфекции мягкой тканей (карбункулов, маститов, после вскрытия флегмон и др.), а также инфицированных травматических дефектов мягкой тканей. В 51 наблюдении оперативные вмешательства проводились по поводу комбинированных гнойных ран с охватом кожи, сухожилий, нервов и т. д.; при обширных гнойно-некротических ранах, возникших после анаэробной инфекции, глубоких травматических дефектах кожи и сухожилий, а также после рожистого воспаления – у 25 пациентов. Реконструктивно-пластические операции на втором этапе хирургической реабилитации, т. е. во второй клинической группе, были произведены у 35 больных по поводу трофических и нейро-трофических осложнений, хронического остеомиелита – у 88 пациентов и глубоких пролежней IV степени – у 58 больных.

С целью быстрого очищения ран от некротических тканей у больных первой группы нами в процессе лечения использованы различные мази (левомеколь, левосинь, диоксиколь, оксигель и др.), сорбенты (СУМС, гелевин и др.), а также ферменты (трипсин, химотрипсин, фагио и др.), и проводилась лимфотропным введением целенаправленная антибактериальная терапия.

После очищения раны от гноя и некротических масс для ликвидации дефектов различной величины и глубины нами использованы у 86 пациентов аутодермопластика полнослойным

лоскутом: местная пластика и вторичные швы – у 34 пациентов и у 14 – ротационные лоскуты. Виды использованных лоскутов у больных первой группы показаны в таблице 1.

Во второй клинической группе показаниями к выполнению повторного реконструктивно-пластического вмешательства явились отдаленные послеоперационные осложнения, возникшие после предыдущего лечения гнойных ран. Кроме местного лечения у больных второй группы использованы дополнительные методы обработки ран низкочастотным ультразвуком (60 больных) и высокоэнергетическим СО<sub>2</sub>-лазером (34 больных). Прежде чем внедрить оригинальные методики ликвидации дефектов в клиническую практику, проводились различные исследования на 37 нефиксированных трупах. При этом изучали топографическую анатомию и кровоснабжение различных лоскутов (торакодорзального, икроножного, портняжного и ягодичного лоскутов). Большую часть контингента оперированных больных второй группы составили пациенты с рубцово-язвенными отдаленными осложнениями лечения гнойных ран (77 наблюдений), в том числе у 30 больных были выполнены реконструктивно-пластические операции по поводу дефектов после ранее проведенных операций в больницах по месту жительства.

Нами были повторно оперированы 88 больных с различными отдаленными осложнениями хронического остеомиелита – рубцово-язвенными и язвенно-некротическими формами поражения кожи в сочетании с костной деструкцией, нарушениями целостности кости в сочетании с воспалительным процессом в ней. У всех 88 пациентов применены оригинальные методики (таблица 2).

У 52 больных с глубокими пролежнями III–IV степени различной локализации (крестцовой области, области большого вертела и седалищного бугра) после соответствующей предопера-

Таблица 2 – Восстановительно-пластические операции у больных II группы

| Вид заболевания          | Вид использованных лоскутов |       |                     |       |                                |       |         |       |
|--------------------------|-----------------------------|-------|---------------------|-------|--------------------------------|-------|---------|-------|
|                          | местная пластика            |       | ротационные лоскуты |       | полнослойная аутодермопластика |       | Итого   |       |
|                          | абс. ч.                     | %     | абс. ч.             | %     | абс. ч.                        | %     | абс. ч. | %     |
| Хронические остеомиелиты | –                           | –     | 88                  | 51,46 | –                              | –     | 88      | 51,46 |
| Глубокие пролежни        | 6                           | 3,51  | 35                  | 20,47 | 4                              | 2,34  | 45      | 26,32 |
| Трофические язвы         | 15                          | 8,77  | –                   | –     | 23                             | 13,45 | 38      | 22,22 |
| Всего                    | 21                          | 12,28 | 123                 | 71,93 | 27                             | 15,79 | 171     | 100,0 |

ционной подготовки также выполнены повторные реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства.

Всего нами у больных второй группы использованы 123 лоскута с осевым типом кровоснабжения: портняжный лоскут – 32, торакодорзальный – 19, икроножный – 37, верхнеягодичный – 25, лоскут напрягателя широкой фасции бедра – 10. А 48 больным выполнены операции аутодермопластики полнослойным лоскутом в различных модификациях.

Подводя итог нашему опыту, можно сделать заключение, что использованные методики обладают рядом преимуществ перед традиционными, а именно: высокой мобильностью, большим объемом мышечной ткани и хорошим кровоснабжением за счет постоянных питающих сосудов. Применение торакодорзального лоскута при повторных оперативных вмешательствах плечевой кости считается одним из наиболее эффективных методов. Использование икроножного лоскута является, на наш взгляд, оптимальным при остеомиелитическом поражении верхней и средней трети большеберцовой кости, а также при локализации остеомиелита дистально метаэпифизарной части бедренной кости. Однако возможности применения лоскутов икроножной мышцы ограничены при локализации поражения в области нижней трети большеберцовой кости в виду малой длины сосудистой ножки. При локализации процесса на бедренной кости эффективно использование портняжного лоскута.

### Литература

1. *Каньшин Н.Н.* Закрытое лечение нагноительных процессов методом активного промывания // Хирургия. 1988. №11. С. 18–22.
2. Раны и раневая инфекция / М.М. Кузин, Б.М. Костюченко, В.А. Карлов и др. М.: Медицина, 1990. 688 с.
3. *Гостищев В.К., Шалчкова Л.П.* Основные принципы лечения хронического остеомиелита таза // Хирургия. 2000. №8. С. 38–41.
4. *Мамакеев М.М.* Применение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Б.М. Омурзаков // Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике. Бишкек, 1998. С. 683–686.
5. *Никитин С.Е.* Опыт применения наружной фиксации в лечении ложных суставов и дефектов трубчатых костей, осложненных остеомиелитом // Травматология и ортопедия России. 2006. № 2. С. 217.
6. *Анипченко А.Н. и др.* К вопросу о комплексном лечении огнестрельного остеомиелита длинных костей конечностей в условиях военного госпиталя // Медицинские науки. 2007. № 1. С. 17–19.
7. *Jalcin A.N.* Postoperative wound infections / A.N. Jalcin, M. Bakir A. Bakiei // J. Hosp. inf. 2003. Vol. 29. P. 305–309.
8. *Fletcher J.* Standardising the methodology of research into chronic wounds // Prof. Nurse. 2003. V. 18. № 8. P. 455–457.