

## ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ АНАЭРОБНОЙ НЕКЛОСТРИ- ДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

**В статье представлен оригинальный взгляд авторов на некоторые принципы интенсивной терапии анаэробной неклостридиальной инфекции у онкогинекологических больных**

*Неспорообразующим анаэробам принадлежит ведущая роль (более 60%) в развитии тяжелых инфекционных процессов, сопровождающихся общими инфекционно-некротическими изменениями мягких тканей, выраженными нарушениями гомеостаза и высокой летальностью (до 40-60%). Внимание к проблеме лечения тяжелой анаэробной неклостридиальной инфекции в гинекологии объясняется возрастанием частоты этого грозного осложнения при хирургическом лечении женщин. Что касается высокой летальности, то она во многом связана с недостаточной ориентацией врачей-гинекологов в вопросах диагностики, тактики и организации лечения гнойно-воспалительных процессов, вызванных неклостридиальными анаэробами. Наиболее часто встречаются три вида ошибок: диагностические, тактические, организационные.*

*Диагностические ошибки заключались в неправильной трактовке клинической картины инфекционного осложнения, когда при высокой температуре тела, разлитой неяркой гиперемии и пастозности в области послеоперационной раны и окружающих ее тканей, выраженной интоксикации анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей (АНИМТ) не диагностировалась. Устанавливались диагнозы банального нагноения раны, внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений, ОРЗ, иерсиниоза, сальмонеллеза и т.д. Анализ диагностических ошибок выявил явно недостаточную подготовку врачей-гинекологов в вопросах хирургической инфекции.*

*Тактические ошибки были в*

*первую очередь обусловлены неправильной трактовкой интраоперационной картины инфекционного анаэробного процесса. При поражении подкожножировой клетчатки не рассекалась фасция, не снимались швы с апоневроза. Все вышперечисленное не позволяло диагностировать поражение инфекционным процессом мышечного массива брюшной стенки, поясницы и бедер, что усугубляло течение раневого процесса и развитие полиорганной недостаточности.*

*Организационные ошибки были связаны с неправильной оценкой тяжести состояния больных, которые не переводились в реанимационное отделение, и в связи с этим больным с АНИМТ не осуществлялся весь необходимый комплекс интенсивной терапии.*

*Одновременно следует отметить, что при развитии анаэробной неклостридиальной инфекции пусковым моментом служит бактериальная токсемия, которая приводит к грубым изменениям органной и периферической макро- и микрогемодинамики, накоплению недоокисленных метаболитов, активных биогенных аминов и протеолитических ферментов. В конечном итоге это приводит к развитию полиорганной недостаточности на фоне выраженного "кризиса микроциркуляции" с расстройствами всех звеньев транспорта кислорода, гипоксическим и энергетическим нарушениям метаболизма клетки.*

*Таким образом, решение проблемы успешного лечения возможно только при комплексном подходе, предусматривающем:*

- радикальное хирургическое вмешательство;
- этиотропную антибактери-

альную терапию;

- перманентную детоксикацию;
- адекватную коррекцию метаболических и иммунных нарушений;
- полноценное обеспечение энергопластических потребностей организма.

В настоящей работе представлены результаты хирургического лечения и комплексной интенсивной терапии 18 больных со смешанной формой (целлюлит, фасциит, миозит) тяжелой анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей передней брюшной стенки, развившейся после оперативных вмешательств по поводу онкогинекологических заболеваний. Следует отметить, что только 2 больные поступили из гинекологического отделения госпиталя. Остальные 16 были переведены из других лечебных учреждений. Кроме этого, проанализирован опыт лечения осложнений еще 34 больных, лечившихся в других гинекологических стационарах.

Диагностику анаэробной неклостридиальной инфекции осуществляли на основании клинической картины, цитологических и бактериологических исследований, газожидкостной хроматографии. Характерная клиническая картина позволяла поставить диагноз в 100% случаев еще до проведения бактериоскопических исследований и газожидкостной хроматографии. Оперативное вмешательство выполнялось в сроки 3-4 часов после диагностики анаэробной неклостридиальной инфекции и включало широкое рассечение и радикальное иссечение всех пораженных тканей, что приводило к образованию обширных ран размерами до 15-20% поверхности тела, захватывающих не только сегменты брюшной стенки, но и поясничную область, бедра и грудную клетку. Операцию заканчивали наложением повязок с водорастворимыми мазями и тканевыми сорбентами. Первые 3-4 дня перевязки осуществлялись ежедневно (под наркозом), а затем 1 раз в 2 дня. Как правило, с 11-14-х суток вы-

полняли операции по закрытию раневых дефектов.

Целенаправленная антибиотикотерапия включала внутриаортальное введение метранидазола (1,5 г в сутки) в сочетании с аминогликозидами (амикацин 1 г в сутки) и цефалоспоридами (клафоран 8 г в сутки). При тяжелом клиническом течении осложнений применялся клиндамицин. Выраженные признаки полиорганной недостаточности и тяжелой интоксикации диктовали необходимость проведения перманентной детоксикации, которая осуществлялась сочетанием форсированного диуреза с энтеро- и гемосорбцией, аппликационной сорбцией и обязательным применением квантовой терапии. Результаты клинико-биохимических и функциональных исследований, балансные расчеты показали, что повышенный катаболизм, большие водно-электролитные и белковые потери с обширных раневых дефектов на фоне нарушения основных функций органов и систем, дисфункция желудочно-кишечного тракта усугубляют все виды обмена, иммунологического и гемодинамического равновесия. В этих условиях особое место занимает проблема адекватной коррекции метаболических нарушений и полноценное обеспечение возрастающих энергопластических потребностей организма, которая может быть решена только включением в комплекс интенсивной терапии искусственного лечебного питания. По разработанной нами методике эта задача решалась путем назначения на первом этапе полного парентерального питания по общепринятой схеме. Одновременно с первых часов послеоперационного периода с целью разрешения синдрома кишечной недостаточности и возможно раннего включения энтерального питания, а также для проведения детоксикации (энтеросорбция) проводили кишечный лаваж глюкозо-электролитной смесью, сбалансированной по химусу с добавлением энтеросорбентов (энтерос-

гель, энтеродез). По мере восстановления основных функций желудочно-кишечного тракта (по данным тестовых, рентгенологических и электрофизиологических исследований) увеличивали объем и нутритивную ценность энтерального питания, соответственно уменьшали объем парентерального питания и внутривенных инфузий.

Кроме того, в комплекс интенсивной терапии с первых часов после операции включали гипербарическую оксигенацию. Патогенетическим обоснованием применения ГБО, с учетом выполненных нами специальных исследований, является компенсация гипоксии и гипоксемии, нормализация микроциркуляции и тканевого метаболизма, иммунологического статуса, повышение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, стимуляция метаболической детоксикации. Результаты выполненных исследований свидетельствуют, что сочетанное парентерально-энтеральное питание на ранних этапах послеоперационного периода обеспечивает необходимую коррекцию трофологического статуса. Выявлено положительное влияние энтеросорбции и активного лаважа кишечника на восстановление функциональной активности желудочно-кишечного тракта, а в совокупности с ГБО, гемосорбцией - на основные показатели, характеризующие интоксикацию, состояние гемодинамики, волемии и кислородного режима организма. Длительность лечения с средним составила 23-25 дней, из которых 7-9 суток больные находились в отделении реанимации.

В наших наблюдениях летальных случаев не отмечено, что обусловлено, как мы считаем, своевременным радикальным хирургическим вмешательством и обоснованной комплексной интенсивной терапией.