

4. Актуальные проблемы пенитенциарной медицины. Туберкулёз и другие социально значимые заболевания в местах лишения свободы: материалы 4-й международной научно-практической конференции. отв. редактор А.А.Кралько.- Минск, 2009. -230 с.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЦЕЛЛЮЛИТ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

**Колесник В.И., Кравцевич Л.А., Клочко Е.С., Радевич А.П.,
Солтан Л.Г., Юргель М.А.**

***УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»***

Некротические инфекции мягких тканей, несмотря на относительную редкость, занимают особое место в хирургической практике [1]. Это обусловлено высокой частотой летальности (от 20% до 75%). В 66,7% случаев гнойно- некротические поражения тканей протекают по типу целлюлита.

Как правило, большинство инфекций кожи и мягких тканей являются самоограничивающимися и легко поддаются терапии, иногда заключающейся только в местной хирургической обработке и часто даже без использования антибактериальных препаратов. Дефекты в диагностике и лечении тяжёлых инфекций мягких тканей, приведшие к обширным потерям мягко-тканых образований, в дальнейшем существенно влияют на качество жизни и требуют сложных реконструктивных пластических операций [2, 3].

Клинический случай

Больной К., 63 лет, поступил в приёмное отделение УЗ «Гродненской областной клинической больницы» 29.09.07 в 20.05 с жалобами на слабость, отёк мягких тканей лица, век, теменных областей, боковой поверхности шеи слева, надключичной области слева, передней поверхности грудной клетки, выраженный болевой синдром. Из анамнеза установлено, что 20.09.07 был избит неизвестными. За медицинской помощью не обращался, ссадины кожи лба самостоятельно обрабатывал 5 % спиртовым раствором йода. Общее состояние при поступлении тяжёлое, компенсированное. Кожные покровы бледные. Ps 90 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов в пределах возрастной нормы. На коже лба имеются множественные ссадины, покрытые фибрином. Кожные покровы лба, век, лица, задней и боковой поверхности шеи слева, передней поверхности грудной клетки гиперемированы, пальпация резко болезненная. Лабораторные исследования: ЭКГ – без особенностей, общий анализ крови (ОАК) эритро-

циты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – $29,1 \times 10^9/л$, миелоциты – 1, юные – 1, палочкоядерные нейтрофилы – 36, сегментоядерные нейтрофилы – 52, лимфоциты – 6, моноциты – 1, СОЭ – 70 мм/час, токсическая зернистость ++++. Биохимический анализ крови (БАК): глюкоза – 3,5 ммоль/л, общий белок 52,4 г/л, мочевины – 23,3 ммоль/л, креатинин – 119, остальные показатели в пределах физиологической нормы. Общий анализ мочи и коагулограмма без изменений.

По экстренным показаниям больной взят в операционную, где под общим обезболиванием произведено широкое вскрытие и дренирование клетчатки вышеуказанных анатомических зон. Непосредственно подкожная клетчатка, подлежащие фасции, а также мышцы имели грязно-серый цвет с участками некроза. Из ран высеян *A. cinetobacter species*.

В послеоперационном периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии начат курс антибактериальной терапии цефтриаксоном, амикацином, согласно посевам на чувствительность к антибиотикам в адекватных терапевтических дозах в сочетании с метронидазолом. Для коррекции анемии производилось переливание одногруппной свежезамороженной плазмы В(III) резус фактор Rh+, проводилась массивная инфузионная и трансфузионная терапия 6 % волювеном, 5 % раствором глюкозы, кабивеном, 0,9 % раствором NaCl, реополиглюкином, 5% альбумином. Для коррекции иммунного ответа применяли ронлейкин 4 млн ЕД. С целью дезинтоксикации выполнялись сеансы гемосорбции.

Неоднократно под общим обезболиванием выполнялась некрэктомия. Местно раневая поверхность обрабатывалась 0,02% раствором хлоргексидина, 3% перекисью водорода, слабым раствором перманганата калия. Больной неоднократно осматривался смежными специалистами: офтальмологами и Лор – врачами, проводились необходимые манипуляции.

17.10.07, после стабилизации общего состояния и нормализации всех анализов, для дальнейшего лечения больной переведен в стоматологическое отделение, где производилась обработка раневой поверхности левомеколевой мазью, проведен курс физиотерапевтического лечения.

После купирования гнойно-некротического процесса и полного очищения хирургических ран у пациента сформировались обширные кожные дефекты лица, шеи, надключичной области слева, а в области лба и теменной области – дефекты всех слоев мягких тканей, включая надкостницу.

Для уменьшения дефектов кожи, мягких тканей лица и шеи больному неоднократно осуществлялась этапная пластика раневой поверхности местными тканями, а в области лба и теменной области выполнена компактостеотомия с последующей пластикой расщеплённым кожным лоскутом. Больной выписан под наблюдение хирурга по месту жительства 02.11.07. На момент выписки общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 108 г/л; L – $13,7 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 13, сегментоядерные нейтрофилы – 59, лимфоциты – 19, моноциты – 8, СОЭ – 53 мм/ч. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, коагулограмма на момент выписки без особенностей, рентгенограмма органов грудной клетки в пределах возрастной нормы. Для дальнейшего этапного оперативного лечения больной не явился.

В заключение необходимо отметить, что в успешном лечении тяжёлых инфекций мягких тканей основную роль играет своевременная диагностика, адекватное оперативное пособие, рациональная антибактериальная терапия, полноценная интенсивная терапия, включающая нутриционную и иммунную коррекцию.

Литература:

1. Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете. / С. А. Шляпников // Инфекционная хирургия. – 2003. – № 1. – С. 14-22.
2. Сидоренко С. В., Инфекции в интенсивной терапии. С. В. Сидоренко, С. В. Яковлев // М. 2000 – 1004 С.
3. Насер, Н.Р. Хирургические инфекции мягких тканей. Подходы к диагностике и принципы лечения. // Н.Р. Насер, С.А. Шляпников // Антибиотики и химиотерапия. – 2003. – Том 48. – №7. – С.44-48.

СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Алещик И.Ч., Русакова А.И., Шелест Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Обонятельная система осуществляет восприятие и анализ химических раздражителей (запахов), находящихся во внешней среде и действующих на органы обоняния. Обоняние принимает активное участие в жизнедеятельности человека. При ее нарушении (снижении или отсутствии) качество жизни значительно ухудшается. Это имеет место при нарушении дыхания. Восстановление дыхания должно нормализовать обоняние.

Цель: определение обоняния у больных с нарушением носового дыхания и оценка состояния обоняния после оперативного лечения.