

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*А.В Исмаилов, Н.Т Юсупов, М.М Тожиев; г. Ташкент*

Одним из наиболее частых и тяжелых осложнений при политравме, нередко определяющим исход заболевания и степени инвалидизации больного, является раневая гнойная инфекция. Точных статистических данных о частоте возникновения раневой гнойной инфекции при политравме нет.

Наиболее часто она возникает при открытых переломах, сочетающихся с другими повреждениями. У этих больных в большей степени, чем при одиночных переломах, процент нагноений нарастает с увеличением тяжести открытых переломов. По данным А.В Каплан он равен 5 % при переломах I А степени, но может достигать 60-75 % при переломах III В степени.

Хорошо известно, что на частоту возникновения и тяжесть течения нагноительных процессов при травме, особенно при открытых переломах, влияют такие важные факторы, как величина кровопотери и степень выраженности шока, полноценность первичной хирургической обработки и сроки, отделяющие момент получения травмы от проведения первичной хирургической обработки.

Если 2 последних фактора в равной степени влияют на больных, получивших единичный перелом и на больных с политравмой, то первые (шок, кровопотеря) в большей степени выражены у больных с политравмой. При этом следует учитывать и так называемую внутреннюю кровопотерю, т.е. кровоизлияние в окружающие область перелома мягкие ткани, естественно, более значительную при политравме вследствие того, что очаги такого кровоизлияния множественны.

В отделении экстренной травматологии ФФРЦЭНМП за 5 лет наблюдалось более 200 больных с политравмами. Из них 52 больных с открытыми переломами. А гнойные осложнения из этих больных развивались в области открытых переломов у 23-х больных (после оперативного лечения закрытых переломов у 12).

В лаборатории обследовали на аэробную флору всех 52 больных, а у 23 больных брали посев на анаэробную флору. Наиболее частым возбудителем, выделяющимся из очагов гнойной инфекции, являлся стафилококк. Из 52 больных стафилококк в монокультуре встретился только у 3, а 49 – в ассоциации с другими возбудителями. Почти у 5 % из обследованных на анаэробную флору был получен рост и неспорообразующей (неклостридиальной) анаэробной флоры (бактероиды, грамположительные и грамотрицательные анаэробные кокки и др.).

У подавляющего большинства больных неспорообразующие анаэробы определяли в ассоциации с аэробами, чаще со стафилакокками и только у 2 в монокультуре. Несколько менее у 20 % больных политравмой в ассоциацию входила синегнойная палочка (у 3 больных в монокультуре).

Почти в 2 раза реже синегнойной палочки определялся протей, кишечная палочка или стрептококк, также в основном в ассоциации с другими возбудителями.

Чувствительность к антибиотикам и другим антимикробным химиопрепаратам определялось, как и каждому из асоциантов, так и ассоциации в целом. У большинства наших больных выявлялась высокая чувствительность к каждому из современных антибиотиков в отдельности, в том числе и к цефалоспорином: цефамед (цефтриаксон), цефазолин, аминогликозиды.

Лечение всех больных проводили по одному принципу и одними и теми же средствами. Лечение носило комплексный и интенсивный характер и предусматривало: 1) воздействие

на макроорганизм с целью скорейшего восстановления показателей гомеостаза; 2) комплексную направленную антимикробную химиотерапию с использованием современных, нередко одновременно 2 антибиотиков, а также антисептиков, с внутриаартериальным их введением у наиболее тяжелых больных; 3) воздействие на рану с целью ее санации; 4) полноценную иммобилизацию одним из известных современных способов и 5) терапию не только раневой гнойной инфекции, но и других повреждений у больных с политравмой и своевременно начатую полноценную терапию.

В настоящее время существуют множество видов антибиотиков высокого уровня, с помощью которых можно достичь больших успехов. Мы, в основном, таким больным в своих опытах и исследованиях используем цефалоспориновые антибиотики последнего поколения такие, как цефтриаксон, цефотаксим, цефазолин и др. Широко используется в своих леченьях цефалоспориновый антибиотик высокого качества такой, как Цефамед.

После парентерального введения этот препарат в костных тканях и суставах определяется в большой концентрации, которая сохраняется 24 сутки. А также данный препарат вводим в лимфотропном направлении 1 раз в сутки. Известно, что в политравме больной теряет много крови, в следствие чего ослабевает общее состояние.

При таких случаях дополнительно используем общеукрепляющие препараты, витамины, в том числе Кокарнит. В составе которого имеется 10 мг аденозина трифосфата, 50 мг кокарбоксылазы, 500 мкг цианокобаламина (Вит. В12), 20 мг никотиамида. Это препарат обладает такой особенностью, как повышать количество гемоглобина и резистентность организма. Благодаря этим препаратам, мы в своих опытах получили хороший результат.

#### **Выводы:**

1 - У больных с политравмой гнойная раневая инфекция возникает чаще как в области открытых переломов, так и в зоне оперативного вмешательства (остеосинтез) при закрытых переломах и протекает тяжелее, чем у аналогичных больных с изолированными переломами.

2 - Общая резистентность к гнойной раневой инфекции у больных, перенесших политравму, снижена. Показания к оперативному лечению у этих больных должны быть существенно сужены, а у больных, которым такое вмешательство по строгим показаниям производится, необходимо предпринимать усиленные меры профилактики гнойной раневой инфекции.

3 - Элементы комплексной терапии у больных с политравмой, осложненной гнойной раневой инфекцией, должны использоваться более интенсивно и длительно, чем у аналогичных больных, перенесших изолированные переломы.

4 - Наш опыт показывает, что использование антибиотика «Цефамед» предотвращает воспалительных процессов при открытых многооскольчатых переломах костей конечностей.

#### **Литература:**

1. Каплан А.В, Марков О.Н *Открытые переломы длинных трубчатых костей не осложненные и осложненные инфекцией.*
2. Жуков П.П. *Осложнения открытых диафизарных переломов и их профилактика.- Ортопед.травматол.1967.*
3. А.Б. Слободский, Е.Ю. Осинцев. *«Выбор метода остеосинтеза при политравме», «Гений ортопедии» 2000г. № 3*