

УДК 616.758-002.4-07-089

© I. V. СТОЯНОВСЬКИЙ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Комунальна 8-ма міська клінічна лікарня м. Львова

Типові недоліки в діагностиці та лікуванні некротизуючого фасциїту

I. V. STOYANOVSKIY

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi
Lviv Municipal City Clinical Hospital № 8

TYPICAL DISADVANTAGES IN THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NECROTIZING FASCITIS

Діагностично-лікувальні помилки донині є невід'ємною складовою лікування багатьох захворювань і залежать від низки об'єктивних і суб'єктивних чинників медичної практики. Водночас, виявлення та критичне осмислення таких недоліків є запорукою поступу клінічного мислення та ключем до удосконалення методів лікування.

Серед хірургічних інфекцій м'яких тканин, які супроводжуються труднощами ранньої діагностики, нетиповою маніфестацією клінічних симптомів і, як наслідок, підвищеною ймовірністю лікувально-діагностичних хиб, одне із провідних місць сьогодні посідає некротизуючий фасциїт (НФ).

Мета роботи: з'ясувати типові недоліки діагностики й лікування НФ на підставі аналізу власних клінічних спостережень.

Проаналізовано 106 клінічних випадків НФ у пацієнтів, які упродовж 1999–2012 років лікувалися у клініках загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Діагностичні недоліки різного ступеня виявлено в 87 (82 %) пацієнтів. Найчастіше вони були зумовлені відсутністю у пацієнта специфічних ранніх симптомів некротизуючого фасциїту або недостатнім клінічним досвідом лікаря у царині НФ. Зазначимо, що для пацієнтів із НФ на ранньому етапі захворювання притаманне первинне звернення до представників різних медичних спеціальностей (дерматолог, сімейний лікар, травматолог, алерголог, офтальмолог, кардіолог, ендокринолог і ін.). Відтак намагання “вкласти” клінічну картину НФ у матрицю стереотипного клінічного мислення, характерне для даного медичного фаху, зумовлювало встановлення неправильного первинного діагно-

зу, очікування ефекту від консервативного (найчастіше амбулаторного) лікування, затримку із госпіталізацією у профільне хірургічне відділення та несвоєчасне хірургічне втручання.

Серед інших недоліків діагностики були дефекти, пов'язані із неправильним трактуванням результатів допоміжних методів дослідження або відсутністю специфічних змін, а також необґрунтована втрата часу через намагання здійснити додаткові обстеження (лабораторні, бактеріологічні дослідження, КТ, МРТ тощо) і/або намагання пояснити стан хворого несептичними причинами (вік, супутня патологія). Натомість у низки пацієнтів спостерігали недооцінку фонових захворювань (цукровий діабет, цироз печінки, хронічна ниркова недостатність, серцева недостатність, онкологічна патологія, вірусний гепатит тощо), які у поєднанні із НФ мали взаємообтяжувальний вплив.

Недоліки лікування спостерігали в 69 (65 %) пацієнтів із НФ. Найпоширенішою помилкою в цих хворих є очікування ефекту від консервативної терапії та пізня ініціація хірургічного лікування. Дефекти консервативної терапії зазвичай стосувалися антибіотикотерапії й полягали в призначенні не ефективного препарату, дозуванні, кратності або способу введення.

Варто також вказати на недоліки хірургічної санації. Однією із найсуттєвіших помилок є виконання у пацієнтів із НФ оперативного втручання під місцевою анестезією, яка не дозволяє провести повноцінну ревізію м'яких тканин та ексцизійну санацію. Водночас інфільтрація тканин анестетиком сприяє прогресуванню некротизуючого процесу та спотворює адекватну післяопераційну оцінку місцевих змін шкіри. Недоліки хірургічної санації зазвичай були спричинені застосуванням стереотипного підходу до операційного лікування НФ як до будь-якого іншого нагнійного процесу м'яких тканин – інцизійний характер втручання замість

ексцизійного, очікування гною як традиційного компонента хірургічної інфекції, недооцінка набряку м'яких тканин, змін поверхневої фасції, меж поширення некротизуючого процесу. Відтак первинне втручання у пацієнтів із НФ часто супроводжувалося заниженим об'ємом санації, браком декомпресії фасціальних футлярів та недостатньою ревізією підшкірних фасціальних проміжків та міжм'язових фасцій.

В окремих випадках недоліки стосувалися післяопераційного періоду – відсутність програмованих етапних санацій, недостатня їх частота,

кратність або спосіб виконання – перев'язування (етапні ревізії) ран без адекватного знеболення або операційного забезпечення (у палаті або в перев'язувальній).

Зазначимо, що особливості клініки, діагностики й лікування НФ в Україні досі маловідомі для багатьох практичних лікарів. За таких обставин лікування пацієнтів із НФ відбувається під "клінічним псевдонімом" іншого діагнозу (дерматит, запальний інфільтрат, флегмона, бешиха, карбункул, гангрена та ін.), що значною мірою зумовлює наведені лікувально-діагностичні дефекти.

Знання типових недоліків у діагностиці й лікуванні НФ створює передумови для їх уникнення у майбутньому та покращення якості надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

Отримано 11.01.13