

УДК 617-022:616.89-008.441.13(477.85)

*О.В.Більцан, А.Г.Іфтодій, І.В.Шкварковський*

## **ГНІЙНА ХІРУРГІЧНА ІНФЕКЦІЯ У НАРКОМАНІВ БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ**

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. А.Г.Іфтодій)  
Буковинського державного медичного університету

**Резюме.** Під нашим наглядом за період з 1992 до 2004 року перебувало 137 хворих наркоманів із гнійно-запальними процесами м'яких тканин (ГЗПМТ), у тому числі 42 (30,7%) жінки і 95 (69,3%) чоловіків. Співвідношення жінок і чоловіків становило 1:2,26. Визначені закономірності клінічного перебігу ГЗПМТ у пацієнтів із наркотичною залежністю. З'ясована низка особливостей місцевих проявів гнійно-запальних захворювань м'яких тканин у хворих наркоманів.

**Ключові слова:** інфекція, м'які тканини, клінічний перебіг, хворі наркомани.

© О.В.Більцан, А.Г.Іфтодій, І.В.Шкварковський, 2005

*Буковинський медичний вісник.-2005.-Т.9,№1*

53

**Вступ.** Поширення вживання наркотичних препаратів призводить до збільшення кількості та частоти поступлень наркозалежних хворих у клініки загального профілю, у тому числі і в хірургічні стаціонари [2,3,5,6,7,8,9].

Серед хворих наркоманів виявлено значний приріст гнійно-септичних уражень із боку м'яких тканин, які останніми роками є ведучими в структурі ускладнень наркоманії [7,8,9,10,11], у зв'язку з чим зростає питома вага гнійної хірургічної інфекції, спричиненої наркоманією у структурі хірургічної патології, зростає кількість хірургічних втручань, що виконуються з цього приводу [2,3,8,9,11].

Гнійна хірургічна інфекція в наркозалежних хворих, на сучасному етапі вивчення, трактується як суперінфекція, у розвитку якої провідне місце належить випадковій бактерійній флорі та характеризується критично високим рівнем антибіотикорезистентності. Загалом лікарів маловідомі особливості клінічного перебігу та діагностики ГЗПМТ, спричинених ін'єкційним введенням наркотичних речовин [2].

**Мета дослідження.** Визначити закономірності клінічного перебігу гнійно-запальних процесів м'яких тканин у пацієнтів із наркотичною залежністю.

**Матеріал і методи.** Під нашим наглядом за період з 1992 до 2004 року перебувало 137 хворих наркоманів із гнійно-запальними процесами м'яких тканин, у тому числі 42 (30,7%) жінки і 95 (69,3%) чоловіків. Співвідношення жінок і чоловіків становило 1:2,26. Вік хворих коливався в межах від 15 до 53 років. Переважно більшість (93,4%) хворих наркоманів із ГЗПМТ склали пацієнти активного працездатного віку, кількісна більшість яких припадала на віковий проміжок 25 - 34 роки - 69 хворих (50,4%). Хворі віком 20-24 роки представлені 27 пацієнтами (19,7%). Значно меншу кількість складав віковий проміжок 15-19 років - 7 пацієнтів (5,1%). Водночас зменшення кількості хворих старших вікових категорій мало майже симетричний характер - з 16 (11,7%) пацієнтів віком 35-39 років до 2 (1,4%) пацієнтів віком старше 50 років. Середній показник віку складав  $30,60 \pm 0,67$  року, у тому числі для жінок  $29,43 \pm 1,16$ , чоловіків -  $31,12 \pm 0,82$  р.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Усі пацієнти з ГЗПМТ були ін'єкційними наркоманами, які вживали наркотичні опійні препарати, здебільшого виготовлені шляхом хімічної обробки розчинів макової соломки або опію - сирцю (синонім - "ширка"). Терміни вживання наркотичних препаратів коливалися в межах від 3 місяців до 36 років складаючи середньостатистичний узагальнений показник  $6,19 \pm 0,54$  року. У більшості хворих (54%) ГЗПМТ були першим приводом звернення за медичною допомогою за весь термін вживання наркотичних препаратів.

Тривалість захворювання, до моменту госпіталізації, коливалася в широких межах - від 1,6 до 30 та більше днів ( $12,06 \pm 1,25$  дня). У той же час, переважна більшість - 115 (83,9%) пацієнтів поступили в хірургічне відділення після чотирьох днів захворювання, з них у строки 4-14 днів - 85 осіб (62,0%), через 15-30 днів - 24 особи (17,5%) та 6 (4,4%) - через місяць та більше. Причинами пізньої госпіталізації в 71,9% випадків була неадекватна самооцінка свого здоров'я (суб'єктивне тимчасове покращання після прийому звичних доз наркотичного засобу), у 62,3% випадків страхом виявлення наркоманії та відсутністю умов вживати наркотики в умовах стаціонару, побоюванням бути притягнутим до кримінальної відповідальності за факт вживання наркотичних препаратів. У той же час 60,7% хворих робили спроби самолікування, яке полягало в прийомі доступних антибактеріальних препаратів у неконтрольованих дозах, місцевому застосуванні рослинних або хімічних компресів. У 13,5% випадків хворі наркомани проводили пункції вогнища гнійного запалення, а також намагалися розкрити гнійник підручними засобами (кухонні ножі, леза для гоління, ін'єкційні голки та ін.).

Причинами звернення за медичною допомогою послужили наступні чинники: різке погіршення загального стану, що не покращувався після прийому звичних доз наркотиків, зумовленого прогресуванням запального процесу, і, як наслідок, втрата можливості вживати наркотики в зонах їх постійних ін'єкцій (блокування звичних зон вогнищем гнійного запалення), неефективність самолікування.

На момент госпіталізації у хворих наркоманів із ГЗПМТ діагностовано 147 вогнищ гнійно-некротичного ураження м'яких тканин (у семи хворих визначено по два осередки гнійного запалення, а в одного хворого - чотири) локалізованих в ізольованих анатомічних ділянках. Вогнища гнійного запалення здебільшого локалізувалися на кінцівках та сідниці, значно рідше зоною ураження була шия.

Хворі наркомани з гнійно-запальними процесами м'яких тканин за локалізацією та нозологічними формами представлені в таблиці 1. У структурі ГЗПМТ переважали абсцеси та флегмони, локалізовані на кінцівках та сідниці. Діагностовано 12 випадків гематом (8,1%) на кінцівках (з нагноєнням - 6 випадків, пульсуючі - 4, без ознак інфікування - 2).

Тромботичні ураження судин у хворих наркоманів характеризуються вираженою паравазальною запальною реакцією з частим абсцедуванням. Враховуючи цей факт, нозологічна одиниця гнійно-запальних процесів м'яких тканин нами в загальну групу хворих наркоманів включена ГХІ судинних структур (12,9%). У 8 хворих виявлені септичні тромбофлебіти, в 11 - флеботромбози. Серед інших нозологічних форм був один випадок бульозно - некротичної форми бешихи з летальним кінцем.

Анамнестично у всіх хворих наркоманів виявлено типовий порядок змін зон постійного ін'єкційного введення наркотичних препаратів. Так, на початкових стадіях наркоманії традиційною локалізаційною формою введення наркотичного засобу є кубітальні вени - найбільш поверхневі, доступні та зручні для шприцевого самовведення наркотику. Однак після їх облітерації, яка зазвичай настає швидко, хворі вимушені розширювати локалізаційний діапазон, використовуючи для введення наркотику інші місця гілки судинного русла: судини передпліччя та кисті, стоп, гомілок, стегон та пахвинної ділянки. У подальшому при тотальній облітерації поверхневих венозних структур кожне наступне шприцеве введення наркотику перетворюється в багаторазову травматичну процедуру і змушує наркоманів застосовувати внутрішньом'язовий спосіб введення або казуїстичні локалізаційні зони для ін'єкцій: судини голови, чола, язика, шиї, підключичної ділянки та ін. Схематично зміни локалізаційних зон ін'єкування можна представити наступним чином: периферійні венозні судини - магістральні венозні стовбури - м'язові масиви.

Розподіл вогнищ ГЗПМТ у хворих наркоманів за конкретними анатомічними ділянками на кінцівках представлений в таблиці 2.

Таблиця 1

**Локалізація та нозологічні форми ГЗПМТ у хворих наркоманів**

Нозологічні форми	Анатомічні ділянки									
	Верхня кінцівка		Нижня кінцівка		Шия		Сідниця		Всього	
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%
Флегмона	17	11,56	28	19,05	3	2,04	4	2,72	52	35,37
Абсцес	12	8,17	14	9,52	-	-	29	19,73	55	37,42
Гнійна рана	3	2,04	5	3,40	-	-	-	-	8	5,44
Гематома	3	2,04	9	6,12	-	-	-	-	12	8,16
ГХІ судинних структур	1	0,68	18	12,25	-	-	-	-	19	12,93
Інші форми	-	-	1	0,68	-	-	-	-	1	0,68
Всього	36	24,49	75	51,02	3	2,04	33	22,45	147	100

**Примітка.** Під час госпіталізації у 8 хворих наркоманів було декілька вогнищ гнійного запалення

Таблиця 2

**Локалізація вогнищ ГЗПМТ у хворих наркоманів на кінцівках**

Анатомічні ділянки	Показники	Абсолютна кількість	%
Нижня кінцівка			
Пахвинний трикутник		19	33,33
Стегно		28	49,12
Гомілка		8	14,04
Ступня		2	3,51
Всього на нижній кінцівці		57	100
Верхня кінцівка			
Підпахвова ділянка		1	2,86
Плече		18	51,43
Ліктьова ямка		6	17,14
Передпліччя		7	20,00
Кисть		3	8,57
Всього на верхній кінцівці		35	100

**Примітка.** Хворі з ГХІ судинних структур не враховані

Типовими ділянками розташування гнійно-некротичних процесів м'яких тканин у хворих наркоманів на верхній кінцівці були: передньо - медіальна поверхня плеча (51,4%) та передпліччя (20,0%), ліктьова ямка (17,1%), тильна поверхня кісті (8,6%) та підпахвова ділянка (2,8%) випадків; на нижній кінцівці: передньо - медіальна поверхня верхньої третини стегна (49,1%), пахвинний трикутник (33,3%), задня поверхня гомілки (14,0%), тильна поверхня ступні (3,5%) випадків.

Пацієнти скаржилися на біль та припухлість у місці ураження (95%), загальну слабкість (100%), головний біль (76%), сухість у роті (84%), втрату сну та апетиту (100%), нудоту та блювання (43%), схуднення (68%), втому та задишку (95%). У половині випадків - на невисоке підвищення температури тіла, спастичні болі в животі. У 40% випадків хворі пред'являли скарги на ломоту по всьому тілу, на виражений біль у м'язах, що поєднувався з "викручучим" болем у великих суглобах, на проноси та ін. Незважаючи на невисоку температуру тіла у третини хворих спостерігалися тремтіння, пітливість. Часто були випадки носових кровотеч, які супроводжувалися слезотечею.

Таким чином, поруч з "класичними" скаргами, які характерні для гнійно-некротичного запалення, хворі наркомани пред'являли широкий діапазон скарг притаманних загальносоматичним захворюванням, а також абстинентному синдрому та явищам наркотичної інтоксикації. Майже в 65% хворих наркоманів клінічно спостерігалися явища наркотичної інтоксикації, а в третини хворих - абстинентний синдром.

Оцінено стан лосі morbi у 94 хворих із післяін'єкційними абсцесами та флегмонами, спричиненими наркотичними препаратами. З'ясована низка особливостей місцевих проявів гнійно-запальних захворювань м'яких тканин. Такі типові локальні симптоми, як пальпаторний біль (96,8%), набряк (94,7%) та порушення функції (76,5%) мали місце в більшості хворих наркоманів та не відрізняли їх від характерних проявів гнійного запалення. Інші класичні ознаки гнійного запалення не завжди чітко виражені або взагалі відсутні. Такий характерний симптом нагноєння, як флюктуація спостерігали лише в 32 випадках, що становило 34,0%, гіперемію у 24 (25,5%) та місцеву гіпертермію лише в 48 (51,1%) випадків.

Низька питома вага таких класичних симптомів, як флюктуація, гіперемія та місцева гіпертермія пов'язана в першу чергу з анатомічними особливостями локалізаційних форм ГЗПМТ у хворих наркоманів, а саме переважання паравазальної локалізації гнійного вогнища, глибиною ураження (здебільшого субфасціальне розташування), прогресування процесу в глибину тканин і, як наслідок, розповсюдження на декілька анатомічних ділянок. Субфасціальна локалізація гнійного процесу мала місце в 67,0% випадків, у т. ч. з глибоким ураженням міжм'язової клітковини, фасціальних перетинок, м'язів. Розповсюдження гнійно-некротичного процесу на декілька клітковинних просторів спостерігалось у 12 (12,7%) випадках, у т. ч. на 2 ділянок - 8 випадків, ураження від 3 до 5 атомічних ділянок - 4 випадки. У фундаментальних наукових працях [4] такі форми захворювання визначаються як "прогресуюча" флегмона, яка має тенденцію до прогресування та розповсюдження на декілька анатомічних ділянок, а в окремих роботах - "обширно прогресуюча флегмона" [1].

В усіх спостереженнях відмічені численні шкірні сліди ін'єкцій у проекції гнійного вогнища (100%). Поруч зі свіжими слідами ін'єкцій у зоні гнійного запалення констатовані різноманітні зміни та ушкодження шкірних покривів у хворих наркоманів. Зокрема, у переважній більшості випадків відмічена сухість та виражена блідість шкірних покривів. Шкіра верхніх кінцівок зморщена, із пігментними доріжками та вузлами за ходом поверхневих судин та явищами облітерації, спостерігалися випадки численних рубців на передпліччі, у зоні ліктьової ямки. У 19,1% випадків діагностовано зовнішні гнійні нориці, в 8,8% - спостерігали сформовані в пахвинних ділянках так звані "шахти" або "колодязі", які є дефектом м'яких тканин циліндричної форми, дном якого є патологічно змінена стінка судини.

На нашу думку, численні зміни шкірних покривів у хворих із ГЗПМТ є вірогідним "індикатором" наркоманії.

У 66 пацієнтів-наркоманів (48,2%) із ГЗПМТ спостерігали ускладнення як місцевого, так і загального характеру. Серед місцевих ускладнень у 15 (10,9%) хворих констатовано ерозивні кровотечі, вкрай небезпечного ускладнення для життя (в 11 - зовнішні кровотечі з гнійної нориці, у 4 - у сформований паравазальний гнійник з утворенням пульсуючої гематоми). У 16 (11,7%) хворих - флебіти, флеботромбози, посттромбофлебітичні розлади (трофічні виразки нижніх кінцівок), хибні інфіковані аневризми. Лімфаденіти та лімфангіти - 14 (10,2%) хворих наркоманів, реактивні артрити - 4 (2,9%). Серед загальних ускладнень спостерігали сепсис у 17 (12,4%) хворих наркоманів із ГЗПМТ, у тому числі з розвитком поліорганної недостатності.

Таким чином, ускладнення ГЗПМТ у хворих наркоманів характеризуються широким спектром хірургічної патології та обіймають майже всі анатомічні структури.

Незважаючи на молодий вік хворих наркоманів із ГЗПМТ, привертає увагу велика кількість супутньої патології (в 58,4% випадках) - з боку легеневої системи у 12,4% хворих, патологія серцево - судинної системи - 10,2%, кахексія - 6,6%, полінейропатія - 2,9%, захворювання печінки - 6,6%. ВІЛ інфекція спостерігалася серед 4,4%, супутня патологія з боку шкіри - серед 14,6% хворих наркоманів із ГЗПМТ. Здебільше спостерігали бронхіти, пневмонії, туберкульоз легень, міокардіодистрофії, полінейропатію, цироз печінки та токсичний гепатит.

На момент поступлення рівень лейкоцитів у крові у хворих наркоманів коливався в межах від  $3,2 \times 10^9/\text{л}$  до  $34,8 \times 10^9/\text{л}$  ( $11,43 \pm 0,48 \times 10^9/\text{л}$ ). Лейкоцитоз супроводжувався нейтрофіліозом та паличкоядерним зсувом вліво в 71,8% випадків. У той же час, у 35,5% хворих відмічено нормальні або знижені показники рівня лейкоцитів крові. Лейкоцитоз вище за  $14,0 \times 10^9/\text{л}$  визначено всього в 35 (25,92%) хворих, у тому числі більше  $20,0 \times 10^9/\text{л}$  - у 9 хворих (6,66%). Одночасно в 66,67% хворих спостерігалася лімфопенія. Рівень гемоглобіну крові коливався в межах 60 - 138 г/л ( $105,63 \pm 1,43$  г/л). У той же час рівень гемоглобіну нижче за 100 г/л констатовано в 54 (39,4%) випадках, у межах 100 - 120 г/л - 60 (43,8%) і лише у 23 (16,7%) випадках рівень гемоглобіну був вище за 120 г/л.

Кількість еритроцитів у крові коливалася від 2,0 до  $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , у середньому  $3,24 \pm 0,05 \times 10^{12}/\text{л}$ . У той же час, кількість еритроцитів у межах 2,0 -  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$  спостерігалася в 57 (41,6%) хворих, від 3,1 до  $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$  - 74 (54,0%) випадків і лише в 6 (4,38%) хворих кількість еритроцитів у крові сягала за  $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$ . Таким чином, наявність анемії стверджено в переважній більшості хворих наркоманів із ГЗПМТ. Показники ШЗЕ коливалися в межах від 3 до 74 мм/год ( $23,25 \pm 2,16$ ).

Всі хворі поступили в клініку з явищами інтоксикації різного ступеня. Температура тіла у хворих наркоманів, на час поступлення в стаціонар, коливалася в широкому діапазоні - від нормальних величин до  $39,8^\circ \text{C}$ , у середньому  $37,56 \pm 0,07$  градуса. Відсутність температурної реакції зареєстрована у 18,9% випадків, підвищення  $t^\circ$  тіла від  $37,0^\circ$  до  $37,5^\circ \text{C}$  констатовано в 40,1%, а вище за  $37,5^\circ \text{C}$  - всього в 40,9% випадках. Таким чином, у переважній більшості перебіг ГЗПМТ у хворих наркоманів відбувається без відповідної температурної реакції організму на запалення.

Незважаючи на відсутність відповідної температурної реакції на запалення у хворих наркоманів, у переважній більшості випадків - 98 (71,5%) зареєстрована тахікардія, у т. ч. у половини хворих за 100 уд./хв. Одночасно в 33,3% хворих при поступленні відмічена гіпотонія.

Від 29 хворих наркоманів із ГЗПМТ виділено 51 штам мікроорганізмів, що засвідчує про те, що в більшій частині хворих одночасно виявлялося більше одного виду. Так, тільки в 7 хворих (24,14%) виявлена монокультура, а у 22 (75,86%) зразках гнійного ексудату виявлялась асоціація аеробних та анаеробних умовно-патогенних бактерій. Константними мікроорганізмами гнійного ексудату у хворих наркоманів на ГЗПМТ є золотистий стафілокок, часто трапляються умовно-патогенні ешерихії та епідермальний стафілокок. Привертає увагу, що гнійно-запальний процес визивають мікроорганізми, що відносяться до автохтонних факультативних умовно-патогенних бактерій. Не виявлено жодного патогенного мікроба.

Найвищий популяційний рівень виявлено в золотистого стафілокока ( $4,49 \pm 0,17$  lg КУО/мл), ешерихій ( $4,29 \pm 0,16$  lg КУО/мл), мірабільного протей ( $4,27 \pm 0,13$  lg КУО/мл), епідермального стафілокока ( $4,07 \pm 0,13$  lg КУО/мл), вульгарного протей ( $4,00$  lg КУО/мл) та превотел ( $4,00$  lg КУО/мл). Дещо нижчим він був у різних видів аеробних та анаеробних бактерій: піогенного стрептокока ( $3,78$  lg КУО/мл), ентерокока ( $3,60$  lg КУО/мл), клебсієл ( $3,78$  lg КУО/мл), цитробактера ( $3,90$  lg КУО/мл) та бактероїдів ( $3,91 \pm 0,11$  lg КУО/мл), але він у всіх випадках був вищим від критичного. Тому на основі встановленого популяційного рівня кожного виду бактерій можливо дійти висновку, що всі виявлені умовно-патогенні аеробні та анаеробні бактерії викликають гнійно-запальний процес.

Локальні гнійно-запальні процеси м'яких тканин нерідко супроводжуються бактеріємією, сепсисом або септикопемією. Із крові 21 хворого наркомана на ГЗПМТ виділено та ідентифіковано 12 штамів золотистого стафілокока. Інших видів бактерій не виявлено. Таким чином, у крові хворих наркоманів на ГЗПМТ, у більшій половини (51,7%), персистує золотистий стафілокок.

Більшість виділених штамів золотистого стафілокока від хворих наркоманів на ГЗПМТ, чутливі до цефазоліну (91,9%), гентаміцину (67,6%), цефалетину (56,8%),

цефатаксиму (51,4%). Нечутливі до бензилпеніциліну (91,9% штамів), левоміцетину (83,8%), ампіциліну (64,9%), еритроміцину (64,9%), стрептоміцину (56,8%), канаміцину (73,0%), полімексину (64,9%).

Прооперовано 101 (92,7%) пацієнта, яким виконано 133 операції. Лікування 28 хворих наркоманів із ГХІ судинних структур та гнійними ранами проводилося за загальноприйнятими схемами лікування.

У переважній більшості характер оперативних втручань зводився до розтину гнійної порожнини. У той же час, привертає увагу велика кількість оперативних втручань на судинах, які виконували при ятрогенному пошкодженні магістральних судин та в післяопераційному періоді при виникненні ерозивних кровотеч. Так, перев'язка стегнової артерії виконана в 3 хворих, здухвинної - у 4 та плечової артерії - у 3 пацієнтів. Гангрена нижньої кінцівки наступала в 3 хворих, у зв'язку з чим виконана висока ампутація кінцівки на рівні стегна.

80 (79,2%) хворим виконано по одному оперативному втручанню. 21 (20,8%) пацієнт переніс від 2 до 6 операцій, у тому числі в 17 випадках - по 2 оперативних втручання, у 2 випадках - 5, один хворий оперований тричі та в одному випадку виконано 6 оперативних втручань. У 8 випадках хворі повторно оперовані у зв'язку з появою нових вогнищ гнійно-некротичного ураження м'яких тканин в інших анатомічних зонах (у т.ч. в одному випадку - 4 рази), у 2 - неадекватним дрениванням порожнини гнійника та прогресуванням процесу (повторне розкриття). У 10 випадках повторні оперативні втручання були зумовлені ускладненнями (ерозивна кровотеча, гангрена нижньої кінцівки та ін.), у 2 - накладанням вторинних швів на рану.

Померло 16 пацієнтів, у тому числі 9 хворих у післяопераційному періоді. Безпосередньою причиною смерті в 13 (81,2%) випадках був сепсис із розвитком поліорганної недостатності, у 3 (18,7%) - ерозивні профузні неконтрольовані кровотечі. Загальна летальність становила 11,7%.

Встановлено закономірний ризик виникнення ГЗПМТ у хворих наркоманів через такі причини:

- частих регулярних ін'єкцій нестерильних саморобних наркотичних засобів без дотримання правил асептики та антисептики в певні локалізаційні зони;
- переважне ін'єкування паравазальних зон та великих м'язових масивів;
- антисанітарного способу життя, ареактивності організму (голодування, переохолодження, наркотичне виснаження та ін.), зниження інтелекту, відсутність самокритики, нервово-психологічного виснаження;
- наявності хронічної анемії, у зв'язку з постійною крововтратою, великої кількості загальносоматичної патології, субкомпенсованої поліорганної недостатності;
- несвоєчасного звернення за медичною допомогою.

**Висновки.** Перебіг гнійно-запальних процесів м'яких тканин у хворих наркоманів характеризується низкою особливостей:

1. ГЗПМТ у хворих наркоманів зумовлені багаторазовими регулярними ін'єкціями саморобних наркотичних препаратів у певні анатомічні ділянки без дотримання правил асептики з високим ризиком їх виникнення. Характерною ознакою є локалізація гнійно-запальних процесів у місці введення наркотичного засобу;

2. Локалізаційні зони ГЗПМТ, у переважній більшості, розташовані в проекції магістральних судин чи великих м'язових структур та характеризуються схильністю до поширення процесу в глибину тканин із прогресуючим розвитком гнійно-некротичних змін та розповсюдженням процесу на декілька анатомічних сегментів;

3. Класичні ознаки гнійних захворювань, як флуктуація, місцева гіперемія та локальна гіпертермія, не завжди чітко виражені або взагалі відсутні;

4. ГЗПМТ характеризується тяжкістю стану, який зумовлений основною патологією, наркотичною інтоксикацією та абстинентним синдромом, загальносоматичною патологією та її декомпенсацією, кахексією, хронічною анемією;

5. У більшості хворих наркоманів відсутня загальна температурна реакція, у третини - відсутній лейкоцитоз, а в 66,6% перебіг гнійного захворювання супроводжується лімфопенією.

6. Половина випадків ГЗПМТ супроводжується різноманітними ускладненнями як місцевого, так і загального характеру. Ускладнення характеризуються швидким розвитком та широким спектром хірургічної патології, яка обіймає майже всі анатомічні структури, що призводить до повторних оперативних втручань, у т.ч. таких, що калічать.

7. ГЗПМТ у хворих наркоманів характеризуються швидким розвитком сепсису та високою летальністю.

8. Численні зміни шкірних покривів у хворих із ГЗПМТ є вірогідним “індикатором” наркоманії.

**Перспективи подальших досліджень.** Визначити шляхи оптимізації комплексного хірургічного лікування ГЗПМТ у хворих наркоманів.

**Література.** 1. Атанов Ю.П., Бутившенко И.А., Горюнов С.В., Барсуков Ю.В. Лечение обширной прогрессирующей флегмоны // Хирургия. - 1998. - № 2. - С. 35-38. 2. Герич І.Д. Гнійна хірургічна інфекція, зумовлена парентеральним вживанням наркотиків: клініка, діагностика та лікування: Автореф. дис... д-ра. мед. наук: 14.01.03 / Львів. держ. мед. ун-т. - Л., 1998. - 34с. 3. Иващенко В.В. Ангиохирургические аспекты лечения флегмоны конечности у больных с наркотической зависимостью // Клин. хірургія. - 1995. - № 7-8. - С. 17-18. 4. Кузин М.И., Костюченко Б.М. и др. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1990. - С. 591. 5. Кузяев А.И., Соболева Л.Г., Ласкин Г.М., Соболева Л.Р. Септическое поражение легких у наркоманов // Клин. медицина. - 2000. - № 5. - С. 50-52. 6. Лешнер А.І. Наукові погляди на наркотичну залежність та її лікування // Лікар. вісник. - 2002. - Т. XLVII, № 1. - С. 26-31. 7. Bassetti S., Battagay M. Staphylococcus aureus infections in injection drug users: risk factors and prevention strategies // Infection. - 2004. - V. 32, № 3. - P. 163-169. 8. Calder K.K., Severyn F.A. Surgical emergencies in the intravenous drug user // Emerg Med. Clin North Am. - 2003. - V. 21, № 4. - P. 1089-1116. 9. Ebright J.R., Pieper B. Skin and soft tissue infections in injection drug users // J. Bone Joint Surg. Am. - 2002. - V.16, № 3. - P. 697-712. 10. Kimura A.C., Higa J.I., Levin R.M., et al. Outbreak of necrotizing fasciitis due to Clostridium sordellii among black-tar heroin users // Clin. Infect Dis. - 2004. - V. 38, № 9. - P. 87-91. 11. Murphy E.L., DeVita D., Liu H. et al. Risk factors for skin and soft-tissue abscesses among injection drug users: a case-control study // Clin Infect Dis. - 2001. - V. 33, № 1. - P.35-40.

## SUPPURATIVE SURGICAL INFECTION IN DRUG ABUSERS OF THE BUKOVINA REGION

*O.V.Bil'tsan, A.G.Iftodii, I.V.Shkvarcovskiy*

**Abstract.** 137 drug abusers afflicted with pyo-inflammatory processes of the soft tissues (PIPST), including 42 (30.66%) women and 95 (69.34%) men, have been under our observation from 1992 through 2004. The ratio of women to men constituted 1:2.26. The regularities of the clinical PIPST course in patients with psychoactive dependence have been evaluated. A number of specific characteristics of local manifestations of pyo-inflammatory diseases of the soft tissue in the afflicted drug abusers has been ascertained.

**Key words:** infection, soft tissues, clinical course, drug abusers.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №1.- P.53-59

Надійшла до редакції 12.01.2005 року