**ГНИЛЬНА ІНФЕКЦІЯ**

Хірургічна неспецифічна інфекція, окрім гнійної, піогенної, може зустрі­чатися у формі гнильної (змішаної — гнійно-гнильної та чистої, тобто зумов­леної монокультурою патогенного мікроба). В останні два десятиріччя гнильна інфекція стала спостерігатись частіше. Причинами цього є зростан­ня кількості випадків тяжких травм та політравм, злоякісних пухлин товстої кишки та легень, прогресуюче збіль­шення серед оперованих кількості хво­рих на цукровий діабет та осіб похилого і старечого віку, широке і не завжди раціональне застосування антибіотиків, особливо широкого спектра дії (сприяє розвитку опортуністичної грамнегативної мікрофлори—головного збудника гнильної інфекції), зниження рівня асептики в лікарнях та якості догляду за хворими, поширення інвазивних методів дослідження та ін.

Збудниками гнильної інфекції є пе­реважно грамнегативні, рідше грампо-зитивні мікроорганізми, що живуть у кишковому каналі (особливо в ротовій частині глотки та товстій кишці) та на шкірі. Це переважно факультативні та облігатні анаероби родин Enterobacte-гіасеае та Bacteroides (Escherichia coli, Pr. vulgaris, Fusobacterium nucleatum та necrophorum, Bac.melanmogenicus, Bac.fragilis), іноді це представники родів Klebsiella та Salmonella тощо і грампозитивні мікроорганізми родини Lactobacillaceae (Peptostreptococcus та Streptococcus faecalis), а також грамне-гативний аероб — синьогнійна паличка (Pseudomonas aeruginosa).

Збудники гнильної інфекції потрап­ляють у тканини під час як випадково­го пошкодження шкіри та слизової обо­лонки, так і ендоскопічних досліджень та оперативних втручань на органах трав­ного каналу, а також гематогенним, лімфогенним та бронхолегеневим шля­хами. Гнильна інфекція найчастіше ви­являється у формі флегмони, абсцесу та інших запальних процесів, що лока­лізуються поблизу каналів та порож­нин, вкритих слизовими оболонками (флегмона дна ротової порожнини та шиї, медіастиніт, абсцеси легень, па­рапроктит, перитоніт, урологічні та гінекологічні захворювання тощо), а також ускладнень ран (розміжчених, вогнепальних), глибоких опіків та відморожень III—IV ступеня, порушен­ня кровообігу.

Розвитку гнильної інфекції сприя­ють як місцеві, так і загальні чинни­ки. До місцевих чинників належать такі:

пошкодження м'яких тканин та кісток, локалізація патологічних процесів та ушкоджень у зоні анального каналу та піхви, неналежний гігієнічний стан зубів та порожнини рота, місцеві по­рушення кровообігу (пролежні, недо­ліки в лікуванні ран) та порушення пра­вил проведення ендоскопічних проце­дур тощо. До загальних чинників гнильної інфекції належать тяжкі за­гальні захворювання та розлади: зло­якісні пухлини, цукровий діабет, не­достатність кровообігу, атеросклероз, низка захворювань органів травлення, похилий вік та ожиріння, анемія та гіпопротеїнемія, гіповітамінози, інтенсивна антибіотикотерапія, при­роджений та набутий імунодефіцит та ін. Під час деяких з перелічених тяж­ких захворювань збудники гнильної інфекції, зокрема грамнегативна мікрофлора кишечнику, проникають через стінку останнього та мігрують у порожнину живота і систему кровообігу, зумовлюючи як місцеву, так і загаль­ну форми гнильної інфекції — сепсис.

Визначальними особливостями гнильної інфекції є некроз уражених тканин з відсутністю чіткої зони реактив­ного запалення сусідніх тканин та смер­дючий колібацилярний запах, спричи­нений мікрофлорою джерела інфекції. Уражені гнильною інфекцією тканини мають темно-сірий тьмяний чи буро-чорний колір, набряклі, драглисті, ек­судат переважно нерясний, серозно-гнійний чи серозно-геморагічний, із смердючим запахом та (часто) краплина­ми жиру. Шкіра при гнильній інфекції часто змінена мало, а межі між змертві­лими тканинами і здоровими під час пальпації малопомітні. Не спостерігають­ся також і реактивні зміни в навколишніх тканинах. У них часто спостерігаються тромбоз та тромбофлебіт, нерідко бува­ють арозивні кровотечі. У разі гнильної інфекції, зумовленої синьогнійною па­личкою, ексудат забарвлює пов'язку в синьо-зелений колір та має нудотно-со­лодкуватий запах. Паличка здатна гли­боко проникати в тканини рани, що може інколи призводити до сепсису. При ана­еробному гнильному целюліті інфекція має тенденцію до поширення в ткани­нах з незначним ураженням шкіри, а при некротичному фасциті шкіра майже не змінена, тоді як фасція та частково клітковина некротизуються і розплавля­ються на великій площі.

Гнильна інфекція, особливо зміша­на її форма, має тяжкий перебіг. По­ряд із місцевими некротично-гнійни­ми змінами тканин, вона супровод­жується вираженими загальними роз­ладами: високою температурою тіла, ознобом, слабкістю, пригніченням психоемоційного стану, тахікардією, зниженням AT, головним болем, дис­пепсичними та кишковими розладами, порушенням білкового та водно-елект­ролітного обміну і кислотно-основного стану, прогресуючою анемією та зміна­ми в гемограмі (лейкоцитоз, збільшена ШОЕ) тощо. Гнильна інфекція в ос­танні роки все частіше ускладнюється сепсисом, спричиненим грамнегатив-ною флорою. Грамнегативний сепсис часто ускладнюється септичним шоком, що супроводжується високою летальністю (до 50% і вище).

Лікування гнильної інфекції здійснюється насамперед адекватним та своєчасним хірургічним втручанням на джерелі інфекції. Воно полягає як у широкому розтині осередку інфекції, так і вирізуванні нежиттєздатних (змерт­вілих) тканин. Механічне втручання доповнюють промиванням порожнини рани антисептиками, переважно окис­лювачами, та іншими антимікробними розчинами з подальшим перманентним чи фракційним зрошенням (промиван­ням) антисептиками. Ефективними є гіпербарична оксигенація та лікування в аеротерапевтичних камерах (АТУ). Обов'язково проводять загальну анти-біотикотерапію. Призначають на­півсинтетичні препарати групи пені­цилінів (ампіцилін, амоксицилін то­що), аміноглікозиди (гентаміцин/ка-наміцин), левоміцетин (хлорамфені-кол), кліндоміцин, метронідазол, тієнам, мефоксин, поліміксин, цип-рофлоксацин та його похідні.

Проводять інтенсивну дезінтокси-каційну терапію (вводять лактат натрію, полівінілпіролідон та ін.), енергозабез-печувальну терапію (10 % розчин глю­кози, жирові емульсії), призначають симптоматичні засоби, замісну терапію.

Хворим, особливо похилого віку, вводять серцеві глікозиди, вітаміни групи В та аскорбінову кислоту, про­водять оксигенацію легенів, дихальну гімнастику тощо. У рідкісних випадках при тяжкій гнильній інфекції з розвит­ком гангрени виконують ампутацію ура­женої кінцівки.

В останні роки відкрита роль бакте­роїдів у розвитку гнильної інфекції. Бактероїдна інфекція (анаеробна неспоротворна) розглядається окремо.