



ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 616.31(091)

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ГНОЙНОЙ РАНЕ

М.А. ГУБИН
Р.Н. НИКОВ
Е.Н. КОРЧАГИНА

*Воронежская
государственная
медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко*

e-mail: gubinfuv@vmail.ru

Вопросы гнойной хирургии лица и шеи были отражены в многочисленных работах В.Ф. Войно-Ясенецкого, В.Н. Шевкуненко, А.П. Самарина, Г.М. Иосифова и других. В известном руководстве «Очерки гнойной хирургии» В.Ф. Войно-Ясенецкого подробно изложены пути распространения воспалительного процесса в области лица и шеи, клиническая картина и хирургическая тактика лечения.

Важнейшим критерием эффективности лечения гнойных процессов лица и шеи В.Ф. Войно-Ясенецкий считал «широкое вскрытие всех закоулков раны, удаление всех омертвевших тканей».

Ключевые слова: гнойная рана.

История лечения раневой инфекции начинается с неолитического периода, когда впервые начали проводить хирургические манипуляции. Уже за 3000 лет до нашей эры египтяне использовали мед, масло, вино для лечения ран [10, 13, 14].

На протяжении следующих веков достоверные литературные данные о лечении ран отсутствуют и появляются снова в Древней Греции. Гиппократом были заложены основные принципы гнойной хирургии, описана клиника флегмон и абсцессов, впервые применены металлические дренажи [10, 13].

Большой вклад в развитие учения о гнойной ране внесли последователи Гиппократа, жившие в Римской империи, К. Цельс и Клавдий Гален. В их работах были представлены основные принципы лечения ран: вскрытие гнойного очага, дренирование раны, наложение швов [13, 14]. Однако практическими врачами того времени эти принципы применялись редко. В основном лечение сводилось к прижиганию ран каленым железом и кипящим маслом, затем лечение проводилось под повязкой с использованием масел, вин, мазей и т. д. В средние века и эпоху Возрождения прогресс в изучении раневой инфекции был невелик.

Значительное влияние на развитие учения о ранах в XIX веке оказало открытие антисептики и асептики. С точки зрения антисептики главным в лечении ран представлялось уничтожение микробов в ней. Увлечение антисептикой и появление большого количества антисептических препаратов подменяло вопросы хирургической обработки и дренирования [11, 12, 15]. Надо заметить, что именно в это время в учении о ранах начинает выделяться особая часть – учение о гнойной ране. В своих работах М.Я. Преображенский, Н.В. Склифосовский дают рекомендации по лечению именно гнойных ран.

Дополнительный прогресс в развитии учения о гнойной ране начинается после первой мировой войны. Длительные сроки заживления при лечении гнойных ран под тампоном различными медикаментозными средствами и наличие частых ослож-

нений дали толчок к развитию метода активного хирургического лечения гнойных ран [3, 4, 5].

В советское время на XIV съезде российских хирургов вопрос лечения гнойных ран явился программным. Основным выводом съезда стала концепция активного хирургического лечения гнойных ран с использованием бестампонного дренирования [7, 9].

Нельзя оставить без внимания заслуги отечественных ученых того времени в развитии гнойной челюстно-лицевой хирургии. Вопросы гнойной хирургии лица и шеи были отражены в многочисленных работах В.Ф. Войно-Ясенецкого, В.Н. Шевкуненко, А.П. Самарина, Г.М. Иосифова и других. В известном руководстве «Очерки гнойной хирургии» В.Ф. Войно-Ясенецкого подробно изложены пути распространения воспалительного процесса в области лица и шеи, клиническая картина и хирургическая тактика лечения. Важнейшим критерием эффективности лечения гнойных процессов лица и шеи В.Ф. Войно-Ясенецкий [1946] считал «широкое вскрытие всех закоулков раны, удаление всех омертвевших тканей».

Огромное влияние на лечение гнойных ран оказало открытие и широкое распространение сульфаниламидных и антибактериальных препаратов. Фурункулы, карбункулы, флегмоны в то время хорошо поддавались лечению этими препаратами. Хирургический метод лечения первичных гнойных ран стал уходить на второй план. Ряд хирургов стали применять небольшие разрезы при гнойных процессах в мягких тканях, а также лечить их пункциями с введением антибиотиков в полость гнойника.

Опыт Великой Отечественной войны позволил добиться сдвигов в проблеме лечения первичных гнойных ран. Многие хирурги после вскрытия гнойного очага, применяя антибиотики, стали заканчивать операцию наложением первичных швов с обязательным дренированием. Это привело к значительному сокращению сроков лечения и улучшению косметических результатов [1, 2, 6, 8].

Во второй половине XX века отмечен бурный прогресс медицинской науки, в частности, гнойной хирургии. Были изучены на субклеточном уровне морфологические процессы течения раневой инфекции в каждой фазе воспаления.

Детальное изучение патогенеза раневого процесса позволило отказаться от эмпирического поиска различных лекарственных средств и проводить медикаментозную терапию с учетом фаз течения раневого процесса, характера возбудителя и его чувствительности к лекарственным препаратам [10, 12, 15]. В первой (гнойно-некротической) фазе необходимы препараты антимикробного, некролитического и обезболивающего действия. Во второй фазе – препараты, защищающие от вторичного инфицирования и стимулирующие репаративные процессы. Большое значение было уделено и проблеме контроля над течением раневого процесса. Были разработаны такие методы, как количественное определение микрофлоры в 1 г ткани или раневом отделяемом, термография раны, математический анализ скорости заживления поверхностных ран.

Многими исследователями на большом количестве клинических наблюдений показано, что современные антибактериальные и антисептические препараты эффективны при лечении раневой инфекции только в том случае, когда широко вскрыт гнойный очаг и удалены нежизнеспособные ткани.

Таким образом, в лечении гнойных ран до настоящего времени господствует положение, выдвинутое Гиппократом: «ubi pus ibi euaporo» и «non posere». Однако в связи с увеличением частоты гнойной инфекции, изменением реактивности организма и биологических свойств микробов, а также появлением новых возможностей, обусловленных развитием медицинской науки, результаты лечения, основанные на этих старых принципах, не могут удовлетворить современных хирургов [13, 14, 15].

Достижения в изучении морфологии и патофизиологии раневого процесса, появление современных антибактериальных, антисептических и иммунных препаратов, рост технической оснащенности хирургии – все это открывает новые горизонты в лечении гнойных ран.



Литература

1. Аничков, Н.Н. Морфология заживления ран / Н.Н. Аничков, К.Г. Волкова, В.Г. Гаршин. – М.: Медгиз, 1951. – 123 с.
2. Арьев, Т.Я. Лечение осложненных инфицированных ран / Т.Я. Арьев // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. – М., 1951. – Т. 1. – С.139-167.
3. Бурденко, Н.Н. Письма о первичном шве и первичной обработке ран. Письмо первое / Н.Н. Бурденко // Хирургия. – 1938. – № 9. – С. 3-12.
4. Бурденко, Н.Н. Первичная эксцизия и первичный шов. Письмо второе / Н.Н. Бурденко // Хирургия. – 1938. – №10. – С. 6-23.
5. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Очерки гнойной хирургии / В.Ф. Войно-Ясенецкий. – М. : Гос. изд. мед. лит. – 1946.
6. Гирголав, С.С. Огнестрельные раны / С.С. Гирголав // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. – М., 1951. – Т.1. – С. 15-60, 126-130, 139-141.
7. Гориневская, В.В. Современные методы лечения ран / В.В. Гориневская. – М., 1942. – С.84.
8. Давыдовский, И.В. Микрофлора ран и ее биологическое значение в раневом процессе. / И.В. Давыдовский, П.П. Сахаров // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. – М., 1952. – Т.34. – С.278-314.
9. Заметки по военно-полевой хирургии / под ред. С.С. Юдина. – М. : Медгиз, 1941. – 645 с.
10. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин. – М. : Медицина, 1981. – 680 с.
11. Общие принципы лечения гнойных ран : метод. рекомендации / Кузин М.И. [и др.]. – М., 1985. – 43 с.
12. Пирогов, Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии / Н.И. Пирогов. – М.; Л. : Медгиз., 1941-1944. – Ч. 1, 2.
13. Стручков, В.И. Гнойная рана /В.И. Стручков, А.В. Григорян, В.К. Гостищев – М. : Медицина, 1975. – 311 с.
14. Стручков, В.И. Руководство по гнойной хирургии / В.И. Стручков. – М.: Медицина, 1984. – 512 с.
15. Теория и практика местного лечения гнойных ран / под ред. Б.М. Даценко. – Киев: Здоровье. – 1995.

FROM THE HISTORY OF DEVELOPMENT THEORY OF PURULENT WOUND

M.A. GUBIN
R.N. KIKOV
E.N. KORCHAGINA

*Voronezh State
Medical Academy
named by N.N. Burdenko*

e-mail: gubinfuv@vmail.ru

The historical aspects of the doctrine on the treatment of purulent wounds for centuries. Questions contaminated surgery face and neck were reflected in numerous papers V.F. Voyno-Yasenetsky, V.N. Shevkunenko, A.P. Samarin, G.M. Joseph and others. In the famous guide Essays purulent surgery V.F. Voyno-Yasenetsky detailed pathways of the inflammatory process in the face and neck, clinical picture and surgical treatment. The most important criterion for the effectiveness of treatment of purulent processes the face and neck V.F. Voyno-Yasenetsky considered "wide opening of all corners of the wound, removal of all necrotic tissue "...

Key words: purulent wound