

подготовить ожоговые раны к аутодермопластике у больных в исследуемой группе в среднем на $5,6 \pm 0,3$ дня раньше, чем у больных группы клинического сравнения.

Более ранние сроки аутодермопластики улучшили результаты лечения и позволили сократить сроки лечения в исследуемой группе на $8,4 \pm 0,3$ койко-дня, по сравнению с группой клинического сравнения.

Если до начала применения ксероформа внутрибольничное инфицирование ожоговых ран си-

негнойной палочкой отмечалось у 35 % ожоговых больных, то в настоящее время наблюдаются только единичные случаи ее возникновения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод открытого лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, с применением ксероформа эффективен не только для купирования гнойного процесса, но и для предупреждения развития внутрибольничной инфекции.

Д.Д. Рыбдылов, О.И. Хитрихеев, О.И. Сиденов

МЕСТНЫЕ ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АМПУТАЦИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить причины развития местных гнойных осложнений после ампутаций нижних конечностей при диабетической гангрене стопы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения 64 больных с синдромом диабетической стопы в отделении гнойной хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 1998 г. по 2004 г. Во всех случаях имела место нейро-ишемическая форма диабетической стопы с тотальной гангреной. Женщин было 52 (81,3 %), мужчин — 12 (18,7 %). Возраст пациентов колебался от 56 до 72 лет. С инсулинзависимой формой сахарного диабета было 6 (9,4 %), а с инсулиннезависимой формой — 58 (90,6 %) больных. Сроки заболевания сахарным диабетом колебались от 5 до 35 лет. Сроки развития обширных гнойно-некротических процессов от 3 до 18 дней.

Больные имели следующие сопутствующие заболевания: гипертоническую болезнь — 38 пациентов, ишемическую болезнь сердца — 27, сосудистое заболевание головного мозга — 15, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения — 6, общий атеросклероз — 13.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При поступлении состояние больных расценивалось как тяжелое, у всех отмечался выраженный интоксикационный синдром. Для уменьшения токсемии 9 больным в день поступления были произведены некротомии, что позволило перевести явления влажного некроза в сухой и оперировать их в дальнейшем в более благоприятных условиях.

Всем больным были выполнены ампутации нижних конечностей на уровне средней и верхней трети бедра. В каждом случае, показания и сроки операции определялись индивидуально, в зависимости от тяжести состояния больного. В день поступления после предоперационной подготовки прооперировано 15 больных, через сутки после поступления — 28, через двое суток — 11, через 3 суток — 9, через 4 суток — 1 больной. После операции все больные находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, при этом средние сроки их пребывания там составили 3,4 дня.

Местные послеоперационные гнойные осложнения развились на 3—5 сутки у 23 (35,9 %) больных в виде: некротического целлюлита — у 2 больных, нагноения различной глубины — у 20 больных. В одном случае развился некроз культи, что потребовало выполнения реампутации. Следует отметить, что гнойных осложнений не отмечалось у пациентов, госпитализированных в относительно ранние сроки (3—5 сутки) развития гнойно-некротического процесса со стабильным общим состоянием.

Причинами возникновения гнойных осложнений явились: неправильная оценка состояния тканей и кровоснабжения — в 3 случаях, неадекватное дренирование раны — в 11 случаях, недостаточная антибактериальная профилактика осложнений — в 5 случаях, недостаточный гемостаз — в 4 случаях.

Умерло 5 больных, оперативные вмешательства которым были выполнены в день поступления. Причинами летальных исходов были: сердечно-сосудистая недостаточность у 2 больных, острый инфаркт миокарда — у 1, сепсис — у 1, острое нарушение мозгового кровообращения — у 1 больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты лечения больных с диабетической гангреной зависят не только от тяжести состояния, но и от правильного выбора тактики лечения, которая заключается в компенсации течения сахар-

ного диабета, проведении интенсивной дезинтоксикационной, антибактериальной, симптоматической терапии, выполнении ранних мероприятий по переводу влажной гангрены в сухую и правильной интраоперационной оценке состояния тканей.

В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, Т.В. Попов

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Российский государственный медицинский университет (Москва)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить этиологическую и нозологическую структуру нозокомиальных инфекций (НИ), определить антибиотикочувствительность возбудителей инфекционных осложнений в ОРИТ хирургического профиля.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С сентября 2002 по декабрь 2004 г. мы провели проспективное исследование и идентифицировали все случаи НИ, возникшие у пациентов, находившихся в ОРИТ более 48 часов. Для диагностики НИ мы использовали критерии CDC. Также мы определяли антибиотикорезистентность выделенных штаммов микроорганизмов. Для идентификации микроорганизмов и определения их антибиотикочувствительности мы использовали автоматизированную систему Sceptor (Becton Dickinson), MIC/ID панели. Полученные результаты анализировали с помощью экспертной компьютерной программы «DMC», основанной на принципах NCCLS.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За время исследования в ОРИТ поступили 2083 пациента, из них 1379 пациентов нуждались в пребывании в ОРИТ более 48 часов. Диагностировано 242 эпизода инфекции у 149 пациентов с НИ (7,2 %). 84 (56,4 %) пациента имели одну, 48 (32,2 %) — две, 17 (11,4 %) — три или более локализаций НИ. Наиболее часто мы диагностировали нозокомиальную пневмонию (119 эпизодов, 49,1 % всех случаев инфекции), интраабдоминальные инфекционные осложнения (68 эпизодов, 28,1 %), раневые инфекции (28 эпизодов, 11,6 %), лабораторно подтвержденные ангиогенные инфекции (14 эпизодов, 5,8 %), инфекции мочевыводящих путей (8 эпизодов, 3 %). 43,0 % НИ сопровождалась развитием сепсиса, 43,8 % — тяжелым сепсисом и 4,5 % — септическим шоком, 8,7 % не были классифицированы. Летальность при НИ в течение 6 недель составила 45,6 %. Были

определены следующие факторы риска летального исхода: возраст ≥ 65 лет (относительный риск (ОР): 4,08; 95 % доверительный интервал (ДИ): 2,05 — 8,11; $P < 0,001$), тяжесть состояния по APACHE II > 20 баллов (ОР: 10,70; 95 % ДИ: 4,74 — 24,50; $P < 0,001$), степень полиорганной дисфункции по SOFA > 5 баллов (ОР: 15,6; 95 % ДИ: 6,50 — 37,86; $P < 0,001$).

Всего выделено 246 штаммов возбудителей нозокомиальных инфекций, грамположительная флора составила 37 %, а грамотрицательная — 61 % всех выделенных штаммов микроорганизмов и 2 % составили *Candida spp.* Наиболее часто мы выделяли *S. aureus* (20,3 %), затем *Acinetobacter spp.* (18,3 %), *P. aeruginosa* (14,6 %), *Klebsiella spp.* (13,4 %), *Enterococcus spp.* (13,2 %), *E. coli* (8,1 %). К оксациллину были устойчивы 94 % штаммов *S. aureus*, все штаммы которого были чувствительны к ванкомицину. Наиболее активными антимикробными препаратами в отношении *Acinetobacter* были имипенем (91,1 %), ампициллин/сульбактам (64,4 %). Штаммы *P. aeruginosa* были чувствительны к имипенему (88,9 %), цефтазидиму (69,4 %), амикацину (58,3 %). Штаммы *Klebsiella spp.* проявили максимальную чувствительность к имипенему (97 %), амикацину (91 %). Наибольшей активностью в отношении *E. coli* обладали имипенем (90 %), амикацин (95 %), ципрофлоксацин (50 %).

ВЫВОДЫ

Из всех пациентов, поступивших в ОРИТ, в период исследования у 7,2 % мы диагностировали различные формы НИ. Летальность при НИ составила 45,6 %. Пневмония была наиболее частой нозологической формой НИ, а *S. aureus* — наиболее часто выделяемым патогеном. Полученные данные о резистентности микроорганизмов, ответственных за развитие НИ, могут быть использованы для создания эффективных программ профилактики и протоколов антимикробной терапии НИ в ОРИТ.