

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая картина хронической раны во всех группах животных до начала лечения была одинаковой. Раны характеризовались подрытыми, рубцово-фибринозными краями, вялыми и тусклыми грануляциями, с очагами некротических изменений, при морфологической оценке препаратов обнаружено большое количество микроабсцессов. До начала лечения хронических ран во всех группах животных была выявлена высокая микробная обсемененность ассоциацией микробной флоры, состоящей из *Ps. aeruginosa* и *E. Coli*.

Во всех трех группах на 1 сутки отмечались высокие показатели бактериальной обсемененности с ростом *E. Coli*, *Ps. aerug.* более 10^7 КОЕ, преобладание *Ps. aerug.*

Через 3 суток от начала лечения хронической раны в группах наметились положительные клинические изменения, заключающиеся в отторжении части некротических очагов, в усилении роста островков здоровой грануляционной ткани. При контрольном микробиологическом исследовании уровень обсемененности оставался высоким $10^4-5,5$ КОЕ (*E. Coli* и *Ps. aerug.*).

На 11 сутки от начала лечения в 3 группе с обработкой «Анавидином» были отмечены не толь-

ко положительные клинические изменения, но и существенные микробиологические сдвиги. Содержание количества микробных в 1 г ткани было достоверно ниже по сравнению с исходными ($p = 0,003$).

В 1 группе раны не имели хорошо развившейся, грануляционной ткани. Анализ микробиологического фона отделяемого из ран показал, что количество микробных тел изменялось с тенденцией к уменьшению, но было значительно выше, чем в группах с обработкой «Анавидином» и хлоргекседином ($p = 0,003$; $p = 0,02$).

В 3 группе, наряду с более отчетливыми, положительными клиническими признаками хронической раны, отмечена тенденция к снижению концентрации как *E. Coli*, так *Ps. aerug.*, с отсутствием роста микробной флоры к 19 суткам исследования.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что при обработке инфицированных ран антисептиком «Анавидин» снижается количество микробных тел в ране к 9 суткам, при обработке хлоргекседином к 11 суткам, а при промывании ран физиологическим раствором количество микробных тел снижается к 19 суткам эксперимента.

Е.Г. Григорьев, С.А. Колмаков, Е.В. Нечаев, П.И. Сандаков

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЯ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ
В ХИРУРГИИ ТЯЖЕЛЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАСПРОСТРАНЕННОГО
ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА**

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)**

Цель работы — разработка хирургической тактики профилактики и лечения гнойно-некротического поражения тканей лапаротомной раны (ЛР) у больных тяжелыми и осложненными формами распространенного гнойного перитонита (ТОФ РГП).

Наблюдали 411 больных ТОФ РГП в возрасте от 9 до 86 лет. Оценка тяжести перитонита проводилась по модифицированному Мангеймскому индексу. У всех пациентов применялся метод программированных санаций брюшной полости (ПСБП) с интервалом между санациями в 24 часа. Все пациенты разделены на 3 группы.

1 группа (клинического сравнения) — 185 пациентов. В лечении РГП применялся метод ПСБП в варианте начального периода работы клиники. ЛР после каждой ПСБП закрывалась наложением швов на брюшинно-мышечно-фасциальный слой без сшивания подкожного жирового слоя и кожи. При невозможности восстановления швами фасциально-мышечного (ФМ) слоя ЛР (повреждение, диастаз), ЛР закрывалась кожными швами и дренировалась.

При невозможности наложения кожных швов формировалась (вынужденно) постоянная лапаростома.

2 группа — 154 пациента. Основу разработанного алгоритмизированного подхода хирургического лечения ТОФ РГП составил тактически оптимизированный метод ПСБП, включающий оригинальные хирургические технологии и технические средства. По завершении оперативного вмешательства, зона ЛР до выполнения последующей ПСБП отграничивалась от брюшинной полости выкроенным листом медицинского силикона или запатентованным устройством, помещенными в брюшинную полость и заведенными за края ЛР по всему ее периметру. ЛР закрывалась только кожными швами и дренировалась. При тотальном нагноении ЛР после ее тщательной хирургической обработки (некрэктомия) в ряде случаев на период проведения ПСБП для медикаментозной санации раны использовался метод временной лапаростомии: сведение краев ЛР лигатурами с сохранением диастаза над вышеуказанными отграничивающими устройствами. На завершающей

ПСБП в ЛР шивался (атравматическая игла, полипропилен) ФМ слой без сшивания подкожного жирового слоя и кожи, или же края кожной раны сводились редкими швами. При невозможности восстановления швами ФМ слоя ЛР, устанавливался, как указано выше, силиконовый лист-протектор на срок до 5–7 суток, рана закрывалась кожными швами и дренировалась. В дальнейшем, после развития адгезии и фиксации внутренних органов брюшной полости к париетальной брюшине по краям силиконового протектора, последний извлекался, накладывались кожные швы. При формировании постоянной лапаростома лист силикона использовался как протектор до гранулирования ЛР.

3 группа — 72 пациента. Отличие от хирургического подхода в лечении ТОФ РГП во 2 группе только в применении оригинального метода пролонгированного внутрибрюшного протеолиза ферментным препаратом «Имозимазой». Тактика в отношении ЛР у пациентов 3 и 2 групп совпала.

Из 411 больных — 224 (54,5 %) переведены в клинику из других лечебных учреждений, в которых уже были оперированы по поводу перитонита, причем 195 (87,9 %) — неоднократно. Из числа переведенных пациентов у 184 (82,1 %) при поступлении выявлено нагноение раны, имеющего характер флегмоны — у 25 (13,6 %). Гнойное поражение жировой клетчатки имело место в 100 % наблюдений, ФМ слоя — в 61,4 %. У 138 (75,0 %) пациентов этой группы возникла необходимость в хирургической обработке ЛР, причем у 113 (61,4 %) — в некрэктомии ее ФМ слоя.

У исходно оперированных в клинике 187 пациентов нагноение раны в целом отмечено у 39 (20,9 %) больных: в 1 группе — у 26 (29,5 %) из 88 пациентов, во 2 группе — у 9 (13,2 %) из 68, в 3 группе — у 4 (12,9 %) из 31. Разработанная тактика в отношении ЛР позволила достоверно снизить частоту развития ее нагноения с 29,5 % (1 группа) до 13,1 % (2 + 3 группы). Значимых различий в частоте нагноения ЛР между группами 2 и 3 не выявлено.

Эвентрация осложняла течение РГП достоверно чаще в 1 группе — 10,8 %, чем суммарно в группах 2 и 3 — 1,3 %.

Гнойно-некротическое поражение ФМ слоя ЛР у пациентов, исходно оперированных в клинике, составило 5,9 % (11 больных). Достоверно чаще это осложнение наблюдалось в 1 группе — у 10 (11,4 %) пациентов, чем 2 и 3 группах суммарно — у 1 (1,0 %) больного.

Вынужденная постоянная лапаростома, явившаяся результатом гнойно-некротического поражения ЛР и ее хирургических обработок, их числа переведенных в клинику пациентов отмечена у 18 (8,0 %) больных. Это осложнение достоверно чаще возникало в 1 группе — у 12 (12,4 %) больных, чем в суммарно во 2 и 3 группах — у 6 (4,7 %) пациентов. Аналогично — в контингенте исходно оперированных по поводу ТОФ РГП в клинике: 5,7 % — в 1 группе и 1,0 % — суммарно в 2 и 3 группах.

Внедрение разработанного подхода хирургического лечения ТОФ РГП на основе новых технологий и технических средств позволило достоверно снизить общую летальность с 47,6 до 22,2 %, уменьшить среднее количество программированных санаций с 2,6 до 1,8 и сократить выраженность и длительность инфекционного процесса в брюшной полости. Разработанная тактика и технические средства в профилактике и лечении нагноения ЛР позволяют: 1) выбирать и оптимизировать хирургический подход в каждой конкретной клинической ситуации; 2) уменьшить вероятность развития основных осложнений, связанных с гнойно-некротическим поражением ЛР; 3) надежно и атравматично разобщить зону ЛР от брюшинной полости и предотвратить распространение инфекта как со стороны ЛР в брюшинную полость, так и наоборот; 4) исключить механическое повреждение ФМ слоя ЛР при выполнении ПСБП; 5) осуществлять протекцию внутренних органов брюшной полости в зоне ЛР; 6) проводить профилактику и лечение абдоминального компартмент-синдрома.

Е.Г. Григорьев, С.А. Колмаков, Е.В. Печаев, А.В. Шумов, А.С. Коган

РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

**Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)**

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность различных методов хирургического лечения послеоперационного перитонита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Аналізу подвергнуты результаты хирургического лечения 423 пациентов с послеопера-

ционным перитонитом в возрасте от 7 до 88 лет, находившихся на лечении в отделении хирургической инфекции Иркутской областной клинической больницы в период с 1985 по 2004 г. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от метода хирургического лечения послеоперационного перитонита. Пациенты в группах были сопоставимы по полу, воз-