

пункция потребовалась лишь одному. Поверхностная ИОХВ (подкожное нагноение, ликвидированное вскрытием и дренированием и не повлекшее за собой инфицирование эксплантата) имела место лишь в одном наблюдении (1,7 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При отсутствии особых показаний назначения антибиотикопрофилактики после аллопластики по Лихтенштейну при паховых грыжах не оправдано.

2. Предлагаемый способ аллопластики инцизионных грыж (ИИАГП) является надежным ме-

тодом хирургической профилактики глубокой ИОХВ: формированию жидкостных скоплений (потенциальный субстрат инфицирования) препятствуют известные резорбтивные качества большого сальника.

3. Пункция жидкостных скоплений в подкожной жировой клетчатке под ультразвукографическим контролем служит надежным способом профилактики поверхностной ИОХВ. Однако избежать формирования самого субстрата этой ИОХВ позволяет отказ от выделения грыжевого мешка из подкожной жировой клетчатки с капитонажем камер последнего.

Т.В. Фадеева, А.В. Малышев, Е.В. Нечаев, А.А. Семендяев, А.С. Коган

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ И АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССОВ

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Широкое применение все новых и новых антибиотиков привело к распространению внутрибольничных инфекций и появлению в последние годы высоковирулентной антибиотикорезистентной микрофлоры. В развитии тяжелых висцеральных гнойных процессов чрезвычайно велика роль высоко контаминированных фибринозно-гнойных субстратов и инфицированных кровяных сгустков, плохо проницаемых для антибиотиков и антисептиков. Между тем, являясь белковыми субстратами, они служат питательной средой для вегетирующих в них патогенных микроорганизмов.

ЦЕЛЬ

Исследование санационного эффекта регионарного пролонгированного протеолиза иммобилизованными протеазами в сочетании с направленной антибактериальной терапией при гнойных заболеваниях различной этиологии

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Применен метод этапных санаций в сочетании с пролонгированным протеолизом иммобилизованными протеолитическими ферментами (имозимаза) при лечении гнойных процессах мягких тканей различной этиологии: эмпиемах плевры, абсцессах легких, — для санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните, при гнойно-воспалительных заболеваниях в урологии, гинекологии, детской хирургии.

В качестве объектов микробиологических исследований использованы: экссудат, фибринозно-гнойные напластования, девитализированные ткани, инфицированные сгустки крови. Верификация аэробных, факультативно-анаэ-

робных и анаэробных микроорганизмов, проведена с помощью автоматизированного бактериологического анализатора «Autosceptor» (Becton Dickinson, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен мониторинг микробного пейзажа с целью выявления ведущих возбудителей инфекционного процесса и нозокомиальных штаммов, спектра их резистентности к антибиотикам. Одним из механизмом динамического изменения видового состава возбудителей гнойного процесса является суперинфицирование высоковирулентными и антибиотикорезистентными госпитальными штаммами микроорганизмов. Внутрибольничная инфекция представлена оксациллин-/метициллин-резистентными штаммами стафилококков (30 %), синегнойной палочкой (26,7 %), ацинетобактером (10 %), сальмонеллой (9 %).

Особенно актуальной причиной перманентного реинфицирования серозных полостей является интенсивная вегетация микроорганизмов в плотных продуктах воспаления, концентрация микроорганизмов в которых превышает таковую в экссудате на 1 — 2 порядка ($6,2 \pm 0,15 \lg \text{КОЕ/г}$ и $7,1 \pm 0,14 \lg \text{КОЕ/г}$ соответственно ($p < 0,001$) для аэробов и $6,0 \pm 0,32 \lg \text{КОЕ/г}$ и $7,0 \pm 0,16 \lg \text{КОЕ/г}$ для анаэробов ($p < 0,01$). В результате пролонгированного протеолиза удалось интенсифицировать лизис плотных продуктов воспаления, достоверно снизить концентрацию и количество видов аэробных и анаэробных микроорганизмов в экссудате, фибринных наложениях, инфицированных сгустках крови до уровня ниже так называемого «критического».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты подтвердили патогенетическую целесообразность применения иммобилизованных ферментов, которые обеспечивают санацию очагов воспаления от плотных субстанций, являющихся средой вегетации микроорганизмов, в том числе, и госпитальных, раскрывают инкапсулированные в фибрине колонии микроорганизмов, обеспечивая тем самым усло-

вия для более эффективного действия антибактериальных препаратов и санационного воздействия на инфекционный процесс. Целенаправленная антибактериальная терапия позволяет предотвратить развитие множественной антибиотикорезистентности, распространение внутрибольничных штаммов микроорганизмов, а в комплексе с различными клиническими методами — повысить эффективность лечения.

А.П. Фролов, В.И. Миронов, Т.В. Казакова, В.М. Данчинов

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНАРИЦИЯ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

В настоящее время лечение панариция представляет актуальную проблему в связи с сохранением высокого уровня заболеваемости среди населения трудоспособного возраста, что обуславливает высокую инвалидизацию и приводит к существенным экономическим потерям.

С целью снижения уровня инвалидизации и продолжительности стационарного лечения в отделении гнойной хирургии Клинической больницы № 1 г. Иркутска с 2002 г. при лечении различных форм панариция широко используются протолитические иммобилизованные ферменты, препараты дегидратирующего действия на основе полиэтиленоксидов и повязки с высокой поглощательной способностью на основе гидрофильных альгинатных волокон в сочетании с внутритканевым электрофорезом антибиотиков.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность предлагаемого метода лечения различных форм панариция.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении гнойной хирургии с 1997 по 2004 гг. находились на лечении 454 больных с различными формами панариция. Из них у 128 (28,2 %) больных был подкожный панариций, у 85 (18,7 %) — сухожильный, у 178 (39,2 %) — костный и у 63 (13,9 %) — пандактилит. Форма панариция определялась на основании клинических и рентгенологических данных. Мужчин было 302 (66,5 %), женщин — 152 (33,5 %). Больных в возрасте до 40 лет было 230 (50,7 %), от 41 до 60 лет — 169 (37,2 %), остальные 55 (12,1 %) больных были старше 60 лет.

Для лечения панариция в I фазе раневого процесса в качестве протолитического иммобилизованного фермента использовался фермент микробного происхождения — протосубтилин, иммобилизованный на полиэтиленоксиде 1500 и вы-

пускаемый под названием «Имозимаза» (Институт цитологии и генетики СО РАН, г. Новосибирск). Дегидратация раны осуществлялась многокомпонентной водорастворимой мазью «Левомеколь» на основе полиэтиленоксидов. В качестве повязок с высокой поглощательной способностью на основе гидрофильных альгинатных волокон использованы повязки Sorbalgon® (фирма Hartmann) и Melgisorb® (фирма Tendra). В качестве генератора постоянного тока для проведения внутритканевым электрофорезом антибиотиков использовался аппарат «Поток-1». Плотность тока составляла 0,03 — 0,05 мА/см², положение электродов соответствовало проекции гнойного очага на пальце. Длительность воздействия гальванического тока составляла 40 — 60 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Независимо от формы панариция основным методом лечения являлось хирургическое лечение, которое сочеталось с проведением антибактериальной и физиотерапии. Первичное оперативное лечение в условиях отделения гнойной хирургии выполнено 340 (74,9 %) больным. Среди различных способов вскрытия гнойного очага на пальце предпочтение отдавали широкому продольному разрезу по Канавелу с разведением краев раны. Данный разрез, в отличие от широко рекомендуемых параллельных разрезов типа Клаппа, позволял выполнить полноценную ревизию, провести адекватную хирургическую обработку раны, создать удобные условия для ревизии и введения в рану лекарственных препаратов при последующих перевязках. Повторно, после неэффективного лечения панариция в условиях поликлиники, оперировано 114 (25,1 %) больных. Хирургическое лечение состояло из широкого продольного рассечения раны типа Канавела с разведением ее краев, ревизии, некрэктомии, санации, дренирования. Больным, у кото-