

ональной антибактериальной терапии и транскутанного лазерного облучения крови (ТЛОК) может повысить качество лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинико-лабораторную эффективность левофлоксацина, ТЛОК при лечении больных с раневой инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 102 больных с нагноительными заболеваниями кожи и мягких тканей, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии МУЗ КБ № 1 г. Иркутска.

У 35 больных были острые гнойные заболевания мягких тканей (флегмоны, абсцессы), у 18 — посттравматические гнойные раны мягких тканей, у 8 — синдром «диабетической стопы», у 15 — хронический гнойный процесс мягких тканей (трофические язвы, пролежни), у 26 — парапроктит. На фоне гнойного процесса в 3 случаях диагностирована пневмония. Все больные разделены на 3 группы. Больные первой группы получали амоксициллин/клавулат, больные второй группы левофлоксацин, и больные третьей группы — левофлоксацин и транскутанное лазерное облучение крови аппаратом «Рикта» (мощность излучения 1000 Гц, время экспозиции 60 мин.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основу лечения инфекций кожи и мягких тканей составляет своевременное и адекватное хирургическое лечение, но большое место отводится и

антибиотикотерапии. При инфекции кожи и мягких тканей, вызванных метициллинчувствительными *St. Aureus*, *St. pyogenes* клиническая эффективность левофлоксацина в режиме ступенчатой терапии (внутривенно, затем перорально) и препарата сравнения амоксициллин/клавулат одинакова: 87 и 86 %. Доза левофлоксацина при лечении осложненных инфекций составила 750 мг/сутки, при неосложненной доза препарата 500 мг однократно. В этиологической структуре инфекций кожи и мягких тканей существенная роль отводится анаэробной флоре. Получены положительные результаты лечения комбинированного применения левофлоксацина с антианаэробными препаратами. Бактериологическая эффективность составила 78,9 %. Проведенные исследования показали, что левофлоксацин является высокоэффективным препаратом для лечения больных с осложненным течением раневой инфекции, а применение в комплексе терапии транскутанного лазерного облучения крови ускоряет процессы регенерации, ограничивает инфекционный процесс, купирует интоксикационный синдром, способствует более ранней нормализации Т-супрессорного иммунодефицита, белкового обмена, активности гепатоспецифических ферментов, реологических свойств крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия в сочетании с ТЛОК позволили существенно снизить интоксикационный синдром и повысить качество лечения больных с осложненными формами раневой инфекции.

Г.Е. Григорьев, О.П. Ильина, Е.В. Коваль, Т.А. Рой, В.И. Батеха, С.А. Лепехова

ДИНАМИКА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ РАНЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ «АНАВИДИНА»

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Иркутская сельскохозяйственная академия (Иркутск)

Гнойная инфекция ран — одна из сложных проблем хирургии. Для ускорения процессов санации ран, гнойный процесс в которых обусловлен полиантибиотикорезистентной микрофлорой, предлагается использование антисептиков. Тот факт, что современная микрофлора, высеиваемая из гнойных ран в стационарах, в подавляющем большинстве случаев оказывается мало чувствительной или вообще нечувствительной к современным антибиотикам, ведет к поиску новых препаратов, обладающих выраженной антибактериальной активностью.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния антисептика «Анавидин» на микробный пейзаж хронической раны в эксперименте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на основании серии хронических опытов на 30 крысах самцах линии Вистар 6-месячного возраста, массой тела 200 — 250 г. Животные были разделены на три группы. Первую составили крысы, которым выполнена модель гнойной раны с ежедневным промыванием физиологическим раствором. Вторую — животные, которым после моделирования гнойной раны обработки проводили 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата. Третью — животные, которым гнойные раны промывали 0,02% раствором анавицина. Забор бактериологических анализов производился на 1, 3, 5, 7, 9, 11 и 19 сутки после внесения микст-инфекта *E. Coli* + *Ps. aerug.* (0,5 : 0,5) 10⁹ микробных тел.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая картина хронической раны во всех группах животных до начала лечения была одинаковой. Раны характеризовались подрывными, 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