

зионной терапии. Инфекционные осложнения операционных ран (по сравнительной частоте) занимают 3–4 место. В проблеме НИ особое внимание привлекают нозокомиальные пневмонии, развивающиеся при длительной ИВЛ. До сих пор недостаточно ясно, в каких случаях причиной пневмоний при ИВЛ является госпитальный инфект, а в каких — проникновение в легкие оро-фронтального инфекта. Проводимые нами исследования показывают значимость последнего, ибо в ротоглотке верифицируется чрезвычайно широкий спектр микроорганизмов. Это особенно актуально в ургентной хирургии, когда невозможна профилактическая санация очагов инфекции в полости рта, миндалинах, придаточных пазухах носа.

Проблема НИ актуальна для всех хирургических специальностей, включая ангиокардиохирургию, травматологию, военно-полевую хирургию. Множественность видового состава НИ, его вариабельности, определяет недостатки эмпирической антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений. В связи с этим, нельзя не подчеркнуть значимость соблюдения технических принципов выполнения любой операции, ибо травматизация тканей, легирование сосудов

с окружающей их клетчаткой (надлигатурный некроз тканей), гематомы и многие другие факторы создают так называемый «резерв нагноения» — т.е. благоприятную среду для вегетации микроорганизмов. Таким образом, техническое исполнение операций является также профилактическим фактором развития послеоперационных осложнений. При оценке этиопатогенетических факторов НИ необходимо иметь в виду влияние на резистентность организма (особенно в Сибири) таких неблагоприятных условий, как климатогеографические, экологические, социально-бытовые, генетические, ибо они, несомненно, влияют на такие недоступные для диагностики в широкой медицинской практике процессы, как резистентность организма к травме, стрессу, инфекции, верификации иммунодефицитных состояний, болезней метаболизма. Это дает основание расценивать проблему гнойной инфекции в хирургии как фундаментальную медико-социальную. С практической точки зрения, применительно к настоящей ситуации, совершенно необходимо восстанавливать классические, исторически апробированные принципы асептики и антисептики, понимания эпидемиологии госпитального инфекта.

**Е.Г. Григорьев, А.С. Коган, С.А. Колмаков**

## **ХИРУРГИЯ ТЯЖЕЛЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА**

*ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

**Целью** работы являлось совершенствование этапной хирургии тяжелых и осложненных форм распространенного гнойного перитонита (РГП) на основе изучения механизмов персистенции и прогрессирования резидуальной хирургической инфекции в абдоминальном регионе.

Наблюдали 411 больных тяжелыми и осложненными формами РГП. Оценка тяжести перитонита проводилась по модифицированному Мангеймскому индексу. У всех пациентов применялся метод программированных санаций брюшной полости (ПСБП). Оптимальный интервал между этапными санациями брюшной полости — 24 часа. Лапаростомия — вынужденная мера, применяемая только при неустранимом источнике перитонита или неустранимом дефекте передней брюшной стенки. Главные источники инфицирования и реинфицирования брюшной полости, ответственные за пролонгирование перитонита и результаты его лечения и, кроме того, представляющие максимальные трудности в их ликвидации: 1) инфицированные

фибринные формирования; 2) кишечные свищи; 3) гнойно-некротическое ткани лапаротомной раны; 4) панкреатогенные инфицированные некрозы. В отношении каждого из них нами разработаны сведенные в алгоритмизированный подход хирургического лечения соответствующие тактика, хирургические технологии и технические средства. Для энзиматического очищения брюшной полости от инфицированных фибриновых формирований и некротизированных тканей разработана методика пролонгированного интраабдоминального протеолиза ферментным препаратом «Имозимазой». В отношении резецированной кишки применяем метод отсроченного анастомозирования с формированием временных кишечных культей, помещаемых свободно в брюшинную полость. Наложение анастомоза или выведение стомы переносится на заключительный этап и выполняется в условиях купирования перитонита и инфекционно-токсического шока. Главным тактическим принципом считаем выбор такого варианта операции при кишечном свище в условиях тяжелого РГП,

который бы позволил минимизировать длину кишечных швов, остающихся в брюшной полости, и количество анастомозов. При РГП, осложняющем инфицированный панкреонекроз с обширным гнойно-некротическим поражением забрюшинной клетчатки, разработан комплекс мероприятий по отграничению и дренированию зон нагноений с использованием оригинальных дренажных конструкций и схемы их размещения. Разработано устройство, изолирующее зону лапаротомной раны от брюшной полости и позволяющее профилактить или купировать

гнойно-некротическое поражение тканей, накладывая на рану только кожные швы.

Внедрение разработанного подхода, на основе новых технологий и технических средств позволило достоверно снизить общую летальность с 47,6 до 22,4 %, а при перитоните, обусловленном инфицированным панкреонекрозом и его гнойно-некротическими проявлениями, — с 85 до 50 %. Достоверно снизилось среднее количество программированных санаций (с 2,6 до 1,8), резидуальных абсцессов (с 7,0 до 1,5 %), несостоятельности кишечных швов (с 20 до 11,9 %).

**С.В. Коновалов, Г.И. Синенченко, Ю.М. Стойко**

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА У КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)  
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (Москва)*

Цель исследования заключалась в разработке метода профилактики гнойно-воспалительных осложнений в области колостомы.

Мы применили у 132 больных методику обработки швов колостомы антисептическим пленкообразующим раствором, содержащим бриллиантовый зеленый, спирт, формалин, касторовое масло и коллодий. Эта жидкость успешно используется в детской колопроктологии для защиты линии швов на брюшной стенке и в промежности (Ленюшкин А.И., 1999).

Жидкость наносили стерильным ватным тампоном в виде полоски шириной 1,0 см на кожу вокруг колостомы сразу после операции. Слизистую оболочку кишки обрабатывали стерильным вазелиновым маслом, колостому накрывали стерильной салфеткой. Обработку жидкостью проводили ежедневно до снятия швов. Метод применяли как после плановых (54), так и после экстренных (78) операций. Сравнительный анализ проводили в каждой группе у больных с различными типами колостом.

Чаще всего гнойно-воспалительные осложнения наблюдались после формирования двухствольной петлевой трансверзостомы — в 39,4 % случаев. С помощью обработки швов колостомы антисептическим пленкообразующим раствором мы добились снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений. Так, среди 25 пациентов, которым проводили обработку швов, поверхностные нагноения отмечены у 6 больных (24,0 %), а в группе больных без применения антисептического раствора гнойно-

воспалительные осложнения развились в два раза чаще — в 47,8 % случаев ( $p < 0,05$ ), из них 5 больных умерли.

Ввиду небольшого числа наблюдений в группах больных с пристеночной колостомой, двухствольной отдельной сигмостомой и забрюшинной плоской колостомой судить о профилактическом эффекте антисептической жидкости было сложно, хотя общая положительная тенденция прослеживалась. При использовании предлагаемого способа профилактики в группах больных с двухствольной петлевой сигмостомой, чрезбрюшинной одноствольной колостомой столбиком и чрезбрюшинной плоской колостомой отмечено отчетливое снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений в 1,7–1,8 раза.

В целом, при применении антисептического пленкообразующего раствора у 132 больных гнойно-воспалительные осложнения в области колостомы развились в 9,8 % случаев (13 больных); в группе больных без применения профилактической обработки швов колостомы (526 пациентов) поверхностные нагноения, абсцессы и флегмоны наблюдались чаще, в 16,9 % случаев (89 больных) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, по нашим данным, обработка швов колостомы антисептическим пленкообразующим раствором, содержащим бриллиантовый зеленый, спирт, формалин, касторовое масло и коллодий, позволяет снизить частоту развития ранних гнойно-воспалительных параколостомических осложнений в полтора раза.