

2. Приточно-промывное дренирование с электростимуляцией (24 больных). Через приводящее и отводящее колено дренажной системы вводились электроды с выводом освобожденных от изоляции концов за пределы трубки на уровне проксимального и дистального края сформированной костной полости. На электроды подается электрический ток с частотой и амплитудой изменяющихся по случайному закону от 0,2 до 1,2 Гц и от 5,0 до 45,0 мкА соответственно (А.с. № 1671322).

3. Активное дренирование с пульсирующим вакуумом (52 больных). К отводящему колену дренажной трубки присоединялось «Устройство для лечения послеоперационных и гнойных полостей» (Пат. № 2026085), которое обеспечивало создание пульсирующего отрицательного давления в ритме сердечной деятельности в момент прохождения пульсовой волны на уровне сформированной костной полости с последующей нормализацией внутриполостного давления. Таким образом, данное устройство позволило обеспечить синхронную работу импульсного разряжения в полости с моментом прохождения пульсовой волны в стенках сформированной полости у больного.

4. Пассивное дренирование (43 больных). Оперативное вмешательство дополнялось выполнением конусовидных кортикоперфораций со стороны костномозгового канала до надкостницы на всем протяжении доступа и на костном лоскуте с расстоянием друг от друга 1,5 см. При этом кортикоперфорации имели конусовидную форму с основанием, обращенным кнутри мозгового канала (Пат. № 2216071).

Скорость заполнения полости регенератом определялась методом введения контрастного вещества в «приводящее колено» дренажной трубки. При этом измерялась ширина костномозгового канала в наиболее широкой части оперативного вмешательства (мм) и делилась на количество

дней с момента операции до завершения дренирования костной полости (сут.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов исследования показал, что скорость заживления костной раны при приточно-промывном дренировании — 0,6 мм/сутки, при приточно-промывном дренировании с электростимуляцией — 0,91 мм/сутки, при активном дренировании костной полости с использованием пульсирующего вакуума — 1,4 мм/сутки. Пассивное дренирование костной раны с использованием модификации оперативного вмешательства путем дополнительного выполнения конусовидных кортикоперфораций изнутри обеспечивает заживление костной раны со скоростью 1,52 мм/сутки.

ВЫВОДЫ

1. Предложенные методы оперативного лечения больных хроническим остеомиелитом с использованием костно-пластического доступа обеспечивают условия заживления костной раны.

2. Приточно-промывное дренирование костной раны с использованием элементов оптимизации условий заживления костной раны ускоряет сроки заживления костной раны с 0,6 мм/сутки до 0,91 мм/сутки при электростимуляции и до 1,4 мм/сутки при использовании пульсирующего вакуума в ритме сердечной деятельности.

3. Совершенствование методов оперативного лечения с использованием кортикоперфорации изнутри обеспечивает увеличение площади регенерации костной ткани, дополнительное раскрытие сосудов наружного кортикального слоя кости и сосудов периоста, а при снижении внутриполостного давления за счет пассивного дренажа и организовавшегося сгустка создаются наиболее благоприятные условия регенерации костной ткани.

И.Е. Голуб, Л.В. Сорокина, А.Н. Малов, А.В. Ковыршин, А.В. Неупокоева, Е.О. Диогенова

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Инфекционные агенты нагноительных заболеваний кожи и мягких тканей разнообразны. Грамположительная флора чаще приводит к развитию абсцессов, смешанная аэробно-анаэробная — к парапроктиту, диабетической стопе, раневой инфекции, смешанная грамотрицательная и анаэробная — к парапроктиту. Развиваются осложнения вследствие глубоких инфекционных повреждений с формированием абсцессов, флегмон и гангренов. В этиологии большинства раневых инфекций преобладает грамположительная флора — стрептококки

и стафилококки. Этиология тяжелых и осложненных раневых инфекций более разнообразна и кроме грамположительной аэробной флоры включает в себя грамотрицательную и анаэробную флору. Доказано, что лазерное облучение обладает центральным стресс-лимитирующим эффектом, иммуностимулирующим, противовоспалительным, десенсибилизирующим, регенеративным и обезболивающим свойством, нормализует реологические и биохимические показатели крови. Все эти данные позволили предположить, что использование раци-

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.