

**НОВЫЙ СПОСОБ КОМПЛЕКСНОЙ  
АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ  
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ**

**Абелевич А.И., Забихова А.Г.**

*Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова Нижегородской  
областной клинической больницы им. Н.А. Семашко,  
Нижний Новгород, Россия*

При операциях на толстой кишке гнойно-септические осложнения (ГСО) развиваются сравнительно чаще, чем при операциях на других органах брюшной полости. Это связано, прежде всего, с микробной обсемененностью операционного поля грамотрицательной и анаэробной микрофлорой при интраоперационном вскрытии просвета толстой кишки. Периоперационное введение антибиотиков в сочетании с промыванием брюшной полости растворами антисептиков часто не дает желаемого результата, вследствие их низкой эффективности в отношении анаэробных микроорганизмов.

**Цель исследования** – поиск эффективных способов профилактики ГСО при операциях на толстой кишке.

**Материал и методы исследования.** Нами предложен способ комплексной профилактики ГСО, включающий рифаксимин 200 мг 3р/д внутрь в течение двух дней до операции и двух дней после, цефтриаксон 1,0 2р/д в/в периоперационно в течение 2 суток и местное применение озонированного до концентрации 8–9 мг/л физиологического раствора в виде 10-минутного орошения брюшной поло-

сти перед ушиванием операционной раны. Рифаксимин – неабсорбируемый кишечный антибиотик широкого спектра действия, цефалоспорин обеспечивает системную антибактериальную активность. Озон эффективен в отношении грамотрицательных и анаэробных микроорганизмов, контаминирующих брюшину в процессе работы на открытом просвете толстой кишки. Выбор концентрации озонированного раствора основывается на экспериментальных исследованиях, которые показывают, что бактерицидный эффект озона возникает при концентрации более 4 мг/л, тогда как повреждающее действие на брюшину – при концентрации более 10 мг/л.

Способ применен у 11 больных, которым были выполнены следующие операции: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (2), гемиколэктомия (4), передняя резекция прямой кишки (2), резекция сигмовидной кишки (2), резекция поперечноободочной кишки (1).

**Результаты.** Воспалительная реакция висцеральной и париетальной брюшины в ответ на воздействие озонированного раствора в концентрации 8–9 мг/л не была зарегистрирована. Гнойно-септические осложнения не наблюдались ни в одном случае. У всех пациентов констатировано заживление ран первичным натяжением, средний послеоперационный койко-день составил 14 суток.

**Выводы.** Первые результаты позволяют предположить высокую эффективность и безопасность предложенного способа профилактики ГСО при плановых хирургических вмешательствах на толстой кишке

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА  
С СИНДРОМОМ СДАВЛЕНИЯ СЕРДЦА**

**Айвазьян С.А.<sup>1</sup>, Медведев А.П.<sup>2</sup>, Косоногов А.Я.<sup>1</sup>, Сидоров М.А.<sup>1</sup>,  
Пенкнович А.А.<sup>1</sup>, Тезяева С.А.<sup>1</sup>, Лобанова Н.Ю.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> МЛПУ «Городская клиническая больница № 5»,

<sup>2</sup> Нижегородская государственная медицинская академия,

**Введение.** Экссудативный перикардит в большинстве случаев является вторичным заболеванием, причиной которого могут быть инфекция, опухоли, аутоиммунные процессы, травма; у части пациентов экссудативный перикардит является первым и единственным проявлением системного заболевания. В ряде случаев причину перикардита установить не удается. Признаки активного или перенесенного перикардита обнаруживаются при аутопсиях в 3–6,1% всех патологоанатомических исследований [1, 2]. Наиболее грозным осложнением экссудативного перикардита является тампонада сердца,

угрожающая жизни больного [3]. Все это обуславливает важность изучения данной патологии.

С целью декомпрессии сердца, дренирования и санации полости перикарда при экссудативном перикардите в настоящее время применяется множество методов лечения, таких как пункция перикарда [4], внеплевральная перикардиотомия и резекция перикарда [5, 6], торакокопическая фенестрация перикарда [7, 8], субтотальная резекция перикарда и их варианты [9]. Как правило, авторы применяют только какой-нибудь один из методов лечения и лишь в отдельных клиниках применяется избирательный подход к коррекции данной патологии.

В 2004 году были опубликованы рекомендации Совета по практической кардиологии при Европейском обществе кардиологов по диагностике и лечению заболеваний перикарда [3, 10]. В качестве метода декомпрессии и санации полости перикарда в рекомендациях рассматриваются только перикардиоцентез с пролонгированным чрескожным дренажом и открытое хирургическое подмечевидное дренирование при