

Рис. 1. Микробный пейзаж с кожи вокруг кишечной стомы.

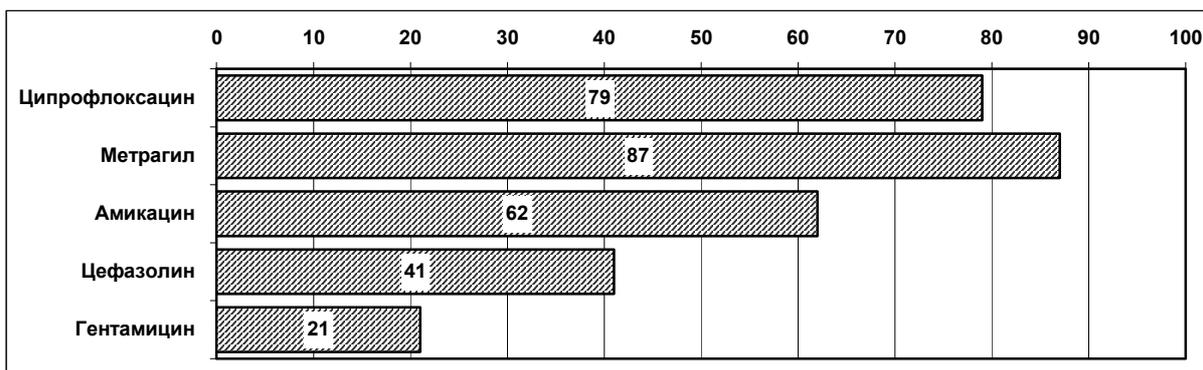


Рис. 2. Чувствительность к антибиотикам микрофлоры с кожи вокруг кишечной стомы.

Как следует из диаграммы, с целью антибиотикопрофилактики у больных с кишечными стомами следует использовать такие антибиотики, как: метрагил, ципрофлоксацин, амикацин.

Результаты данного исследования могут быть использованы для планирования периоперационной антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов, Л.Г. Пикулина, В.М. Жигжитова, Л.А. Капитоненко

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

*МУЗ «Областная клиническая больница» (г. Чита)
ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)*

Операции, направленные на ликвидацию кишечных стом, относятся к операциям высшей степени сложности, что неоднократно обозначено в литературе последних лет. Сложность операции обусловлена не только ее техническим исполнением, но и тяжестью послеоперационного периода, наличием большого числа послеоперационных осложнений и сохраняющейся летальностью.

Послеоперационная рана после закрытия кишечной стомы относится к третьему классу ран, то есть является первично инфицированной. Гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде возникают в 10–60 % случаев. А это, в свою очередь, диктует необходимость применения периоперационной антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики.

Наше исследование основано на анализе лечения 720 пациентов с кишечными стомами.

Проведен многофакторный анализ возникновения гнойно-септических осложнений этих операций. При этом учитывались следующие критерии: пол, возраст, рост, вес, национальность, место проживания, профессия, вид стомы, тип стомы, заболевание, послужившее причиной наложения стомы, осложнения этого заболевания, место расположения стомы, способ наложения стомы, характеристики шовного материала для подшивания кишки к коже, наличие ранних и поздних периколостомических осложнений, метод подготовки к операции, способ операции, длительность операции, сложность операции, выраженность спаечного процесса, хирургический доступ, ушивание кишки перед операцией, способ формирования анастомоза, длина кишечного шва, используемый шовный материал для

формирования анастомоза, для ушивания раны, переливание крови во время операции и в послеоперационном периоде, метод анестезии, длительность ИВЛ, способ дренирования раны, тяжесть состояния пациента на вторые сутки после операции, нахождение в ОРИТ. Многофакторный анализ (35 критериев) показал, что значимыми для возникновения гнойно-септических осложнений являются следующие: вид стомы (одноствольная или двуствольная), наличие периколостомических осложнений (мацерация кожи, лигатурные абсцессы и свищи и др.), длительность операции, наличие технических сложностей при выделении кишки, тип шовного материала используемого для формирования кишечного шва ($p < 0,05$). Данные показатели были ранжированы в зависимости от значимости (табл. 1) и полученная шкала использована при планировании периоперационной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Следует отметить, что показатель «наличие технических сложностей при выделении кишки» является субъективным и имеет значимую корреляционную ($r = 0,79$; $p < 0,05$) связь с показателем «время операции», поэтому он был исключен из предложенной шкалы. Показатель «тип шовного материала используемого для формирования кишечного шва» был исключен всвязи с тем, что в настоящее время для этих целей используем только синтетический монофиламентный шовный материал на атравматической игле.

Таблица 1

Шкала для прогнозирования риска возникновения гнойно-септических осложнений после операции ликвидации кишечной стомы

Фактор	Оценка в баллах
<i>Вид кишечной стомы</i>	
двуствольная	0
одноствольная	2
<i>Наличие периколостомических осложнений</i>	
отсутствуют	0
негнойные	1
гнойные	2
<i>Время операции</i>	
менее 1 часа	0
менее 2 часов	1
менее 3 часов	2
более 3 часов	3

Планирование антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики идет следующим образом:

1. 0 баллов — достаточно интраоперационного, однократного введения суточной дозы антибиотиков;
2. 1–2 балла — интраоперационную антибиотикопрофилактику следует дополнить коротким курсом антибиотикотерапии (3 суток);
3. 3–4 баллов — интраоперационную антибиотикопрофилактику следует дополнить длительным курсом антибиотикотерапии (5–10 суток);
4. 5 и более баллов — необходима предоперационная и интраоперационная антибиотикопрофилактика с послеоперационной антибиотикотерапией (не менее 2 препаратов).

Использование этого алгоритма позволило уменьшить число гнойно-септических послеоперационных осложнений с 10,1 до 2,1 %, что говорит о его клинической значимости.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов, А.В. Саклаков

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ

*ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)
Областная клиническая больница (г. Чита)*

Актуальность вопроса реабилитации стомированных больных в настоящее время не вызывает сомнений. Цель исследования — определить принципы предупреждающей реабилитации больных с колостомами, в основе которой каждый этап лечения облегчает и улучшает результаты последующего. На основании этих принципов реабилитация больного с кишечной стомой начинается уже на этапе формирования стомы.