

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.