

## ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Кузбасский филиал ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Кемерово)  
Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)*

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность способов профилактики инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ) при аллопластике грыж передней брюшной стенки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование был включен 161 больной, перенесший аллопластику грыж передней брюшной стенки. Во всех наблюдениях в качестве пластического материала использовали сетчатый полипропиленовый эндопротез «Линтекс-эсфил». Пациенты были разделены на две группы.

*Группа 1.* Критерием включения в группу 1 являлось наличие паховой грыжи. Критериями исключения были: ожирение, сахарный диабет, получаемая на момент поступления в клинику терапия глюкокортикоидами или цитостатиками. Группу 1 составил 91 больной. Всем им была выполнена герниопластика по Лихтенштейну, предусматривающая аллопластику задней стенки пахового канала. В соответствии с целью исследования больные были разделены на две подгруппы. Пациенты подгруппы 1.1 (группа клинического контроля — 34 больных) в послеоперационном периоде получали антибиотикопрофилактику инъекциями цефазолина в суточной дозе 3 г на протяжении трех дней. В группе 1.2 (основная группа — 57 больных) антибиотикопрофилактику не проводили.

*Группа 2.* В нее вошли 70 больных, перенесших аллопластику инцизионных грыж по методике «sublay» (интраперитональное расположение эксплантата) в разработанном авторами варианте (патент РФ № 2241383) изолирующей интраабдоминальной аллогерниопластики (ИИАГП).

Операции выполняли под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких и миоплегией. У 49 больных на начальном этапе операции полностью выделяли из подкожной клетчатки и вскрывали грыжевой мешок (способ обработки мешка у 21 пациента изложен ниже). При наличии сращений между грыжевым содержимым (большой сальник, петли кишок) производили адгезиолиз и репонировали содержимое в брюшную полость. Окончательно определяли размеры грыжевых ворот и приступали к выполнению аллопластики.

По окружности грыжевых ворот, отступив на 5 см от их края, узловыми лавсановыми швами подшивали к париетальной брюшине большой сальник, изолируя тем самым органы брюшной полости от ложа эксплантата.

Поверх фиксированного сальника размещали выкроенный в соответствии с размерами и формой грыжевых ворот эксплантат, который фиксировали без малейшего натяжения узловыми лавсановыми швами по окружности грыжевых ворот, отступив на 3 см от их края. Вколы иглы производили глубоко через брюшину и мышцы с тем, однако, расчетом, чтобы нить не проникала через апоневроз в подкожную жировую клетчатку. У 49 больных резецировали грыжевой мешок; остатки его сшивали над эксплантатом, изолируя последний от подкожной жировой клетчатки. У 21 пациентов герниотомию производили без выделения грыжевого мешка через его дно. По окончании ИИАГП выполняли капитонаж камер грыжевого мешка, затем сшивали его рассеченные края над эксплантатом, накладывали швы на подкожную клетчатку и кожу.

В послеоперационном периоде проводили стандартную антибиотико профилактику цефазолином (суточная доза 3 г) на протяжении 3 дней. Больных активизировали на следующий день после операции.

Начиная с третьего дня послеоперационного периода регулярно (1 раз в 3 дня) выполняли УЗИ операционной раны для обнаружения жидкостных скоплений в области эксплантата и подкожной жировой клетчатки с пункционной эвакуацией жидкости (если таковая обнаруживалась).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе 1 ни у одного пациента, как подгруппы клинического сравнения, так и основной подгруппы, в послеоперационном периоде не было зарегистрировано ИОХВ.

В группе 2 интраоперационное осложнение, не связанное с методикой герниопластики (вскрытие просвета тонкой кишки при адгезиолизе), имело место в одном наблюдении. Дефект в стенке кишки был ушит, послеоперационный период протекал без осложнений.

Ни у одного пациента не было зарегистрировано нарушений моторики кишечника или явлений механического илеуса.

Из 70 больных, которым была выполнена ИИАГП, ни у одного при ультрасонографическом контроле не выявлено жидкостных скоплений в ложе эксплантата. Не было также клинических проявлений глубокой ИОХВ.

Пункция жидкостных скоплений под контролем УЗИ потребовалась 16 больным, у которых иссекался грыжевой мешок. Из 21 пациента, перенесшего капитонаж камер грыжевого мешка,

пункция потребовалась лишь одному. Поверхностная ИОХВ (подкожное нагноение, ликвидированное вскрытием и дренированием и не повлекшее за собой инфицирование эксплантата) имела место лишь в одном наблюдении (1,7 %).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При отсутствии особых показаний назначение антибиотикопрофилактики после аллопластики по Лихтенштейну при паховых грыжах не оправдано.

2. Предлагаемый способ аллопластики инцизионных грыж (ИИАГП) является надежным ме-

тодом хирургической профилактики глубокой ИОХВ: формированию жидкостных скоплений (потенциальный субстрат инфицирования) препятствуют известные резорбтивные качества большого сальника.

3. Пункция жидкостных скоплений в подкожной жировой клетчатке под ультразвукографическим контролем служит надежным способом профилактики поверхностной ИОХВ. Однако избежать формирования самого субстрата этой ИОХВ позволяет отказ от выделения грыжевого мешка из подкожной жировой клетчатки с капитонажем камер последнего.

Т.В. Фадеева, А.В. Малышев, Е.В. Нечаев, А.А. Семендяев, А.С. Коган

## СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ И АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССОВ

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Широкое применение все новых и новых антибиотиков привело к распространению внутрибольничных инфекций и появлению в последние годы высоковирулентной антибиотикорезистентной микрофлоры. В развитии тяжелых висцеральных гнойных процессов чрезвычайно велика роль высоко контаминированных фибринозно-гнойных субстратов и инфицированных кровяных сгустков, плохо проницаемых для антибиотиков и антисептиков. Между тем, являясь белковыми субстратами, они служат питательной средой для вегетирующих в них патогенных микроорганизмов.

#### ЦЕЛЬ

Исследование санационного эффекта регионарного пролонгированного протеолиза иммобилизованными протеазами в сочетании с направленной антибактериальной терапией при гнойных заболеваниях различной этиологии

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Применен метод этапных санаций в сочетании с пролонгированным протеолизом иммобилизованными протеолитическими ферментами (имозимаза) при лечении гнойных процессах мягких тканей различной этиологии: эмпиемах плевры, абсцессах легких, — для санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните, при гнойно-воспалительных заболеваниях в урологии, гинекологии, детской хирургии.

В качестве объектов микробиологических исследований использованы: экссудат, фибринозно-гнойные напластования, девитализированные ткани, инфицированные сгустки крови. Верификация аэробных, факультативно-анаэ-

робных и анаэробных микроорганизмов, проведена с помощью автоматизированного бактериологического анализатора «Autosceptor» (Becton Dickinson, США).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен мониторинг микробного пейзажа с целью выявления ведущих возбудителей инфекционного процесса и нозокомиальных штаммов, спектра их резистентности к антибиотикам. Одним из механизмом динамического изменения видового состава возбудителей гнойного процесса является суперинфицирование высоковирулентными и антибиотикорезистентными госпитальными штаммами микроорганизмов. Внутрибольничная инфекция представлена оксациллин-/метициллин-резистентными штаммами стафилококков (30 %), синегнойной палочкой (26,7 %), ацинетобактером (10 %), сальмонеллой (9 %).

Особенно актуальной причиной перманентного реинфицирования серозных полостей является интенсивная вегетация микроорганизмов в плотных продуктах воспаления, концентрация микроорганизмов в которых превышает таковую в экссудате на 1 — 2 порядка ( $6,2 \pm 0,15 \lg \text{КОЕ/г}$  и  $7,1 \pm 0,14 \lg \text{КОЕ/г}$  соответственно ( $p < 0,001$ ) для аэробов и  $6,0 \pm 0,32 \lg \text{КОЕ/г}$  и  $7,0 \pm 0,16 \lg \text{КОЕ/г}$  для анаэробов ( $p < 0,01$ ). В результате пролонгированного протеолиза удалось интенсифицировать лизис плотных продуктов воспаления, достоверно снизить концентрацию и количество видов аэробных и анаэробных микроорганизмов в экссудате, фибринных наложениях, инфицированных сгустках крови до уровня ниже так называемого «критического».