

Поражение стопы характеризовалась гнойно-некротическими изменениями в пределах одного пальца в 19 наблюдениях, в пределах 2 пальцев — в 8 случаях, и у 5 больных патологический очаг распространялся до метадорзального отдела стопы. Следует подчеркнуть, что во всех наблюдениях отмечалось сохранение магистрального кровотока нижних конечностей.

Дистальную ампутацию выполняли в плановом порядке с соблюдением следующих принципов:

- разрез кожи должен проходить выше зоны воспаления;
- максимально высокое иссечение сухожилий, фасций и сухожильных влагалищ;
- резекция кости до уровня «кровавой росы»;
- первичное закрытие культи с применением кожной пластики;
- отсутствие «свободных пространств» и натяжения кожи.

У 27 больных (84,3 %) объем ампутации ограничивался уровнем головки плюсневой кости и в остальных 5 наблюдениях (15,7 %) была произведена ампутация на уровне плюсневых костей. В 10 наблюдениях (31,25 %) глухое закрытие раны сочеталось с дренированием зоны операции с целью последующей санации в течение 1–2 суток. Необходимость дренирования была обусловлена наличием остаточной полости.

Данные принципы дистальной ампутации мы использовали у всех 32 больных с ограниченной влажной гангреной стопы на фоне сахарного диабета, и во всех наблюдениях отмечалось первичное заживление. Таким образом, соблюдение вышеизложенного подхода позволяет расширить показания к органосохраняющим операциям, сократить сроки лечения и сохранить опорную функцию нижней конечности.

**В.И. Капорский, Н.И. Аюшинова, С.А. Верещагина, В.Д. Тютрина, А.Г. Углов**

## РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ И АНТИМИКРОБНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

*Иркутская областная клиническая больница (Иркутск)  
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Заболевания мягких тканей, в том числе, послеоперационные, остаются актуальной проблемой хирургии. Раневая инфекция занимает второе место в структуре нозокомиальных инфекций и приводит к значительному удлинению сроков лечения и, следовательно, к большим экономическим затратам.

Гнойно-септический центр является коллектором наиболее тяжелых гнойных поражений мягких тканей и послеоперационных осложнений, что позволило изучить микробиологический пейзаж возбудителей раневой инфекции и их антибиотикорезистентность.

В настоящем исследовании представлены результаты 103 бактериологических анализов из ран различной локализации. Проводился забор раневого отделяемого марлевым тампоном и путем аспирации гноя. Исследования проводились на бактериологическом анализаторе АТВ Expression Bio Merieux (Франция).

В результате проведенного исследования выявлено, что в 27 (26 %) образцах возбудителями явилась микст-флора, причем в 90 % случаев выделяли микробные ассоциации, состоящие из кок-

ков и грамотрицательных палочек (*S. aureus* + *Ps. aeruginosa*).

Наиболее частыми возбудителями раневой инфекции явились палочка сине-зеленого гноя (*Ps. aeruginosa*) — 39,8 % случаев; золотистый стафилококк (*S. aureus*) — 32 % случаев; в-гемолитический стрептококк — 11,6 % случаев; *E. faecalis* — 8,7 % случаев. Также выделяли представителей семейства *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus vulgaris*, *Ser. marcescens*, *Kl. pneumoniae*) и различные кокки.

Наибольшая чувствительность выделенных микроорганизмов была выявлена к следующим антибактериальным препаратам: ванкомицин — 100 % (для кокковой флоры); имипенем (меропенем) — 93 %; цефтазидим — 72 %; амикацин — 66 %.

Таким образом, наиболее актуальными возбудителями раневой инфекции являются синегнойная палочка и золотистый стафилококк. Карбапенемы, цефалоспорины IV поколения, ванкомицин — антибиотики, чувствительность к которым наибольшая, а это позволяет формировать адекватный данному стационару формуляр антимикробной терапии.