

УДК 616-084.-001.4.-002.3:615.471

© С.В.Доброквашин, А.Г.Измайлов, Д.Е.Волков

## Профилактика раневых гнойно–воспалительных осложнений в ургентной хирургии

С.В.ДОБРОКВАШИН, А.Г.ИЗМАЙЛОВ, Д.Е.ВОЛКОВ

### Prevention of wound pyo–inflammatory complications in urgent abdominal surgery

S.V.DOBROKVASHIN, A.G.IZMAILOV, D.E.VOLKOV

Казанский государственный медицинский университет

Несмотря на совершенствование хирургических методов профилактики и лечения раневой инфекции, инфильтраты и нагноения послеоперационных ран продолжают занимать первое место среди всех госпитальных осложнений и третье место среди основных причин летальности. Частота послеоперационных гнойно–воспалительных осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 37,8% [4, 6, 7]. Гнойно–воспалительные раневые осложнения брюшной стенки ухудшают результаты лечения, удлиняют послеоперационный период и увеличивают стоимость пребывания больных в стационаре [2]. Нагноения часто приводят к формированию эвентраций, вентральных грыж, лигатурных свищей [5], развитию таких грозных осложнений, как хирургических сепсис и септический шок [1].

Таким образом, проблема раневой инфекции в абдоминальной неотложной хирургии имеет социально–экономическое значение, что требует дальнейшей разработки новых и усовершенствования имеющихся методов профилактики местных гнойно–воспалительных осложнений.

#### Материалы и методы

Анализированы результаты лечения 214 больных в возрасте от 18 до 84 лет, находившихся в отделении неотложной хирургии госпиталя для ветеранов войн г. Казани с 2004 по 2009 гг. и оперированных по поводу различных ургентных заболеваний органов брюшной полости. Мужчин было 116 (54,2%), женщин – 98 (45,7%). Больные были распределены на 2 группы: сравнения – 128 (59,8%) пациентов, получавших местную профилактику раневых послеоперационных осложнений по традиционной методике с использованием различных видов антисептиков, и основную – 86 (40,2%) больных, в лечении которых применялась разработанная клеевая лечебно–профилактическая композиция [3]. Композиция включает масс. % ксимедон (5,0–10,0), анестезин (4,0–5,0), гидрокортизон гемисукцинат (0,09–0,13), борную кислоту (3,0–4,0) и фенолополивиниловый клей (БФ–6). Применяли ее в послеоперационном периоде после ушивания лапаротомной

раны. Смена композиции производилась на 7-е сутки послеоперационного периода.

Для общей профилактики раневых послеоперационных осложнений в обеих группах за 30–40 минут до разреза в фазе вводного наркоза вводили антибактериальные препараты внутривенно, болюсно. В качестве антибактериальных препаратов использовали цефалоспорины II–III поколений в средней терапевтической дозе (1,0–2,0 г).

Метронидазол назначали по 100 мл 0,5% раствора 3 раза в сутки внутривенно в течение 5 суток для поддержки эффективных концентраций препарата в крови и тканях во всех случаях при остром деструктивном аппендиците, остром деструктивном холецистите, острой кишечной непроходимости в стадии интоксикации на сроке заболевания более 12 часов. При перфоративной язве желудка применяли в случае токсической и терминальной стадий перитонита. Длительность антибиотикопрофилактики составила от одних до семи суток и зависела от выраженности патологического процесса в брюшной полости и течения послеоперационного периода. В таблице 1 показано распределение больных основной группы и группы сравнения в зависимости от нозологических форм острой патологии органов брюшной полости.

Для контроля за процессом заживления послеоперационных ран применяли ультразвуковое исследование с помощью аппарата фирмы “ALOKA” SSD–1700 (Япония) в реальном масштабе времени с электронным датчиком 3,5 и 7,5 МГц, В–режим. Исследования проводились в области послеоперационной раны на 3, 7 и 10-е сутки после операции, вне зависимости от местных признаков воспаления.

#### Результаты и их обсуждения

В группе сравнения рана зажила первичным натяжением у 97 (75,8%) больных, гнойно–воспалительные послеоперационные осложнения возникли у 31 (24,2%); в основной группе – у 72 (83,8%) и 14 (16,2%), соответственно. В таблице 2 представлена структура раневых инфекционных осложнений у больных обеих групп.

Распределение больных в зависимости от нозологической формы заболевания

Нозологическая форма	Основная группа (n=86)		Группа сравнения (n=128)	
	Абс.	%	Абс.	%
Острый деструктивный холецистит	15	17,4	26	20,3
Острая кишечная непроходимость	14	16,3	24	18,7
Острый деструктивный аппендицит	38	44,2	57	44,6
Перфоративная язва желудка	19	22,1	21	16,4

Структура гнойно-воспалительных раневых осложнений у больных группы сравнения и основной группы

Вид осложнения	Основная группа (n=86)		Группа сравнения (n=128)	
	Абс.	%	Абс.	%
Серома	4	4,6	8	6,2
Инфильтрат	6	6,9	10	7,8
Нагноение	3	3,5	6	4,7
Эвентрация	-	-	3	2,4
Лигатурный свищ	1	1,2	4	3,1
Итого	14	16,2	31	24,2

### Заключение

Таким образом, традиционные методы профилактики инфекционных раневых осложнений у больных с острой хирургической патологией брюшной полости не позволяют предотвратить их возникновения в 24,2% случаев. Предложенная клеевая лечебно-профилактическая композиция, наряду с антибактериаль-

ной профилактикой, более эффективно предупреждает контаминацию послеоперационной раны, обеспечивает оптимальные сроки ее заживления, уменьшает число раневых осложнений с 24,2% до 16,2% ( $p < 0,05$ ), а также сокращает сроки пребывания больных в стационаре с  $21,3 \pm 2,1$  до  $15,1 \pm 1,2$  суток ( $p < 0,05$ ).

### Список литературы

1. Белокуров Ю.Н., Ларичев А.Н. Актуальные вопросы хирургического сепсиса. Всероссийск. конф. общ. хирургов "Раны и раневая инфекция". Труды конгресса. Ярославль 2007: 66–69.
2. Гостищев В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии. Методическая рекомендация. Изд. при поддержке Glaxo Wellejне 2001; 8.
3. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Резник В.С. и др. Клеевая лечебно-профилактическая композиция. Патент РФ №2188016. От 21.02. 2001, выдано ФИПС РФ, М. 2002. РФ.
4. Малков И.С., Шакиров М.И., Низамутдинов Е.З. и др. Интраоперационная профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений. Казанский медицинский журнал 2006; 2; 87: 108–110.
5. Чернов В.Н., Маслов А.И., Мариев Д.Н. Принципы профилактики раневой инфекции и лечения ран. Всероссийск. конф. общ. хирургов "Раны и раневая инфекция". Труды конгресса. Ярославль 2007: 225–230.
6. Hotobkiss R.S., Kazl I.E. Surgical intraabdominal infections. N. Engl. J. Med. 2003; 342: 138–150.
7. Wald D.S. Wound healing under pathological conditions. Inf. Medicina propraxi. 2002; 10: 6–10.

Поступила 19.07.2010 г.

### Информация об авторах

1. Доброквашин Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Казанского государственного медицинского университета; e-mail: gsurgery1@yandex.ru
2. Измайлов Александр Геннадьевич – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Казанского государственного медицинского университета; e-mail: gostev.andrei@mail.ru
3. Волков Дмитрий Евгеньевич – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Казанского государственного медицинского университета; e-mail: allfinedays@rambler.ru