

механического шва при этом наблюдается в среднем в 2.2% случаев (до 16%). В 75-89% случаев несостоятельность развивается в проксимальной трети линии шва вблизи угла Гиса. В настоящее время причины развития несостоятельности линии шва исследованы не полностью. ИМТ более 60 кг\м² считается одним из факторов риска несостоятельности. Некоторые авторы указывают на ишемические и механические причины возникновения данного осложнения, а также влияние повышенного давления в просвете желудка вследствие сохранения пилоруса. В этом плане случаи оставления менее 2 см желудка от привратника также считается фактором риска. Нами изучены ближайшие и отдаленные результаты 112 рукавных резекций желудка. Предложен алгоритм диагностики и лечения несостоятельности линии механического шва. Средний возраст составил 37±10 лет. Средний ИМТ составил 40,1±7.4. Средняя длительность операции составила 150±44 минут (от 35 до 280 мин). По мере увеличения количества операций и опыта их выполнения отмечалось уменьшение длительности вмешательства (с 140 до 68 минут). Средняя длительность госпитализации составила 6.4±4.5 дня. Все пациенты были разделены на две группы: первые 20 операций в виде сплошной выборки произведены без дополнительного укрепления линии механического шва, все последующие – с ушиванием линии механического шва ручным непрерывным швом по всей линии резекции. Несостоятельность шва после рукавной резекции желудка наблюдалась в 2 случаях первой группы (10%) и 3 случаях второй группы (2,7%), всего в 5 случаях - 4.4%). В первой группе оба случая несостоятельности случились на 2 сутки после операции (ранняя несостоятельность), причем один случай после первичной резекции, второй – ревизионной операции после нерегулируемого бандажа. В первом случае выполнена релапароскопия с ушиванием несостоятельности ручным швом. Во втором случае релапароскопия была неэффективна и пациентке далее была произведена лапаротомия и гастрэктомия. Во второй группе ранняя несостоятельность наблюдалась у одного пациента (от 1 до 4 дней) на 2 сутки, поздняя (10 дней и более) у 1 пациента на 13 сутки (ревизионная операция после регулируемого бандажирования желудка) и промежуточная (от 5 до 9 дней) - в одном случае на 7 сутки. При ранней несостоятельности выполнялась релапароскопия с ушиванием дефекта, при промежуточной и поздней – стентирование желудка покрытым стентом. Все пациенты выздоровели. При контрольном исследовании нарушения целостности ЖКТ

выявлено не было. Летальности после рукавной резекции желудка мы не имели. Полученные в нашей клинике показатели частоты несостоятельности линии механического шва после рукавной резекции желудка соответствуют среднему уровню. Клиническое наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде позволяет заподозрить несостоятельность, так как одним из ранних признаков является абдоминальная боль с иррадиацией в левое надплечье, тахикардия и повышение температуры тела. Диагностический алгоритм включает рутинное выполнение рентгеноскопии желудка с пероральным контрастированием на 2-3 сутки после операции, КТ при наличии клинических подозрений на несостоятельность. В связи с малым количеством пациентов в группах, сделать вывод о достоверной зависимости несостоятельности от укрепления линии шва не представляется возможным. Возраст пациентов не является фактором риска развития несостоятельности линии механического шва, так как по нашим данным может наблюдаться в разных возрастных группах. При развитии такого осложнения подход к диагностике и лечению должен быть индивидуальным в зависимости от характера сопутствующей патологии, особенностей течения заболевания и времени развития осложнения.

584. Местная оксигенотерапия в комплексе лечения нагноившихся послеоперационных ран.

*Мехтиев Н.М. (1), Тимербулатов М.В. (1),
Субхангулов З.М. (1), Хафизов Р.М. (2),
Кулушев А.С. (2), Абдуллин А.И. (2),
Грушевская Е.К. (1), Булгакова К.Р. (1).*

Уфа

1) БГМУ; 2) ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа.

Актуальность. Гнойно-воспалительные осложнения послеоперационных ран в зависимости от вида перенесенного оперативного вмешательства встречаются в 5-75% всех случаев. Цель. Изучить отдельные моменты патогенеза в первые сутки раневого процесса, установить уровень парциального давления кислорода (PO₂), провести цитоморфологическое, цитохимическое

(определить уровень гликогена и лизосомально-катионных белков в нейтрофильных лейкоцитах в материалах из ран больных), микробиологическое (определить вид возбудителя, титр обсемененности) исследования. На основании анализа результатов исследований разработать комплекс лечебных мероприятий для лечения нагноившихся послеоперационных ран. Материал и методы. Нами пролечено 78 больных с нагноениями послеоперационных ран на всем протяжении. При этом 43-м больным проводился разработанный нами местный комплекс лечебных мероприятий, включающий раскрытие ран, удаление нежизнеспособных тканей, тампонирование ран стерильными полосками пенополиуретана, пропитанными растворами 40% глюкозы, 5% раствором аскорбиновой кислоты; во время перевязок больным проводили сеансы местной оксигенотерапии с помощью предложенного нами устройства. В контрольную группу вошли 35 больных, которым проводили традиционное лечение. Критерии эффективности определяли по результатам цитоморфологических, микробиологических, цитохимических (уровни гликогена и лизосомально-катионных белков в полиморфно-ядерных лейкоцитах), физических (РО2 у краев раны) исследований, сроков появления грануляций и очищения раны. Полученные результаты и их обсуждение. Полученные результаты в первые сутки раневого процесса в тканях раны показали наличие гипоксии, энергетического дефицита в клетках раны, за счет чего была резко снижена фагоцитарная активность полиморфно-ядерных лейкоцитов. Сравнительный анализ полученных результатов в обеих группах показал, что у больных основной группы гипоксия устранялась на 5-7 сутки, в 2 раза быстрее восстанавливался энергетический дефицит, повышалась фагоцитарная активность полиморфно-ядерных лейкоцитов. Результаты микробиологических исследований показали, что у больных основной группы на 3-5 сутки посевы были стерильны, а у больных контрольной группы все еще высевались патогенные микроорганизмы с высоким титром обсемененности. На 4-5 сутки больным основной группы на рану под внутривенным обезболиванием накладывался предложенный нами съемный шов. Данный шов позволяет фиксировать между собой одноименные слои раны, при этом швы снимались на 10-14 сутки. Повторных нагноений не отмечалось. Выводы. Предложенный комплекс лечебных мероприятий позволяет в ранние сроки раневого процесса устранить микробную загрязненность, гипоксию, восстановить нарушенную микроциркуляцию,

сократить сроки очищения ран, а предложенный нами съемный шов фиксирует одноименные слои раны. Это позволяет сократить сроки лечения, а в отдаленном послеоперационном периоде снизить количество послеоперационных вентральных грыж с 25 до 5,2 %.

585. Способы профилактики нагноения послеоперационных ран.

*Мехтиев Н.М. (1), Тимербулатов М.В. (1),
Субхангулов З.М. (1), Хафизов Р.М. (2),
Фатхуллин А.С. (2), Зиганшин И.М. (2),
Грушевская Е.К. (1), Хазиев А.В. (1).*

Уфа.

1) БГМУ; 2) ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа.

Актуальность. Хирургическая инфекция в зависимости от своего вида осложняет течение послеоперационного раневого процесса в 2-74% случаев. Чтобы стандартизировать риск послеоперационных инфекционных осложнений и обеспечить возможность сравнения результатов различных исследований, выделяют 4 типа хирургических вмешательств («чистые», «условно-чистые», «загрязненные» и «грязные»). Существующие способы профилактики нагноения послеоперационных ран в большинстве своем не учитывают имеющиеся в конце операции (непосредственно перед ушиванием) изменения в области послеоперационной раны. Материал и методы. В связи с этим с целью определения частоты нагноений нами были изучены 1300 историй болезни в отделениях хирургического профиля. При этом наблюдалась следующая структура: 315 больным были проведены «чистые» операции, при этом нагноения послеоперационной раны были выявлены у 5 человек (4,8 %), 325 больным – «условно-чистые» - нагноения у 30 человек (9,2%), 321 больным – «загрязненные» - нагноения у 81 человека (25,2%), 339 больным – «грязные» операции – нагноения у 128 больных (37,8%). С целью определения уровня микробной загрязненности из 1300 случаев у 251 пациента в конце операции был произведен забор раневого материала для определения вида микробной инвазии, титра обсемененности. У 26 из 32 больных,