

(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,

которым была произведена «чистая» операция, посе́вы были положительными, отмечалась более вирулентная микрофлора, а у больных, которым были произведены «грязные» операции, высевалась в основном вирулентная микрофлора. С целью определения потенциальной возможности клеток раны (процессов митоза, фагоцитоза, трансформации из одной формы в другую, регенерации) в тканях раны определяли парциальное давление кислорода (PO_2), уровни гликогена и катионных белков в клетках раны. В конце операции (перед ушиванием раневого дефекта) в нейтрофильных лейкоцитах в области раны определяется энергетический дефицит ($90,1 \pm 0,2$ при $K=1,8 \pm 0,2$), что приводит к снижению их фагоцитарной активности, о чем свидетельствует низкий уровень лизосомально-катионных белков ($89,7 \pm 2$ при $СЦК=1,7 \pm 0,1$). Уровень парциального давления кислорода в области краев раны после ушивания ($PO_2=10,31 \pm 0,25$ мм.рт.ст.) свидетельствует о наличии глубокой гипоксии в тканях раны. На основании полученных результатов нами были предложены 2 способа профилактики нагноения послеоперационных ран. Первый способ был применен у 27 больных, перенесших «чистые» и «условно-чистые» оперативные вмешательства, с целью профилактики нагноения послеоперационных ран. При этом конце операции раны тампонируются стерильной полоской пенополиуретана, пропитанной 40% раствором глюкозы и 5% раствором аскорбиновой кислоты; полоски удалялись через 6 часов после тампонирования, рана обрабатывалась 5% раствором аскорбиновой кислоты, после чего швы закрывались окончательно. Второй способ – способ внутритканевой оксигенотерапии – был применен у 27 больных, перенесших «загрязненные» и «грязные» оперативные вмешательства, с целью профилактики нагноения послеоперационных ран. При этом контрольную группу составили 25 больных, при лечении которых применялась традиционная методика. Полученные результаты и их обсуждение. При использовании первого способа профилактики нагноения послеоперационных ран в основной группе пациентов нагноение возникло у 1 больного (0,37%), у 4 больных образовался инфильтрат (1,4%). В контрольной группе нагноение наступило у 3 больных (12%). Сроки лечения сократились с $10,7 \pm 0,19$ до $6,3 \pm 0,15$ дней. При использовании второго способа нагноение послеоперационной раны среди больных основной группы наступило у 2 пациентов (7,4%), тогда как в контрольной группе – у 4 больных (16%). Сравнительный анализ полученных результатов свидетельствует о том, что

восстановление микроциркуляции в первые сутки послеоперационного периода и устранение раневого детрита позволяют снизить частоту нагноения ран. Выводы. Предложенные нами способы профилактики нагноения послеоперационных ран, примененные в первые сутки послеоперационного периода, позволяют устранить гипоксию, энергетический дефицит, удалить раневой детрит, что способствует снижению частоты гнойно-воспалительных осложнений и сократить сроки лечения.

586. Ахалазия кардии 4 ст: выбор метода лечения

*Израилов Р.Е., Васнев О.С., Шишин К.В.,
Домрачев С.А., Кошкин М.А., Казакова С.В.,
Белоусов А.М.*

Москва

Московский клинический научный центр (МКНЦ)

До настоящего времени эзофагэктомия являлась предпочтительным объемом операции при лечении пациентов с ахалазией кардии 4 ст. (по Петровскому Б.В.). Внедрение миниинвазивных технологий, таких как лапароскопическая операция Геллера, пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) позволило выразить гипотезу, что эти вмешательства могут быть приоритетными в лечении пациентов с ахалазией кардии 4 ст. Цель: Представить опыт лечения больных с ахалазией кардии 4 степени. Материалы и методы: в период с 07.2013 по 12.2017 в Московском клиническом научном центре было пролечено 12 пациентов с ахалазией кардии 4 ст. Из них мужчин – 2 (18%), женщин – 10 (82%). Средний возраст больных 54 (от 26 до 81). Результаты: У 6 пациентов выполнялись пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ), у 2 лапароскопическая кардиомиотомия и у 4 – тораколапароскопическая эзофагэктомия, в связи с неэффективностью ранее проведенных кардиомиотомии в других клиниках. При эзофагэктомии для восстановления непрерывности пищеварительной трубки была использована изоперистальтическая желудочная трубка. Среднее время операции при ПОЭМ – 90,0 мин, при лапароскопической кардиомиотомии – 172,5 мин, при тораколапароскопической эзофагэктомии –