

отмечено разрешение пигментации у 11 пациентов к концу 3 месяца после операции, осмотр оставшихся 9 пациентов на сроке 6 месяцев не выявил значимых следов пигмента. Специфических мероприятий по коррекции пигментации не выполнялось, топическая терапия не назначалась. Выводы. Таким образом, патогенетические аспекты механохимической облитерации определяют появление в раннем послеоперационном периоде гиперпигментации с частотой, превышающей аналогичные показатели при эндоваскулярной лазерной и радиочастотной облитерации. Указанные проявления являются транзиторными, наиболее часто сопровождают реактивный флебит, в большинстве случаев разрешаются в сроки до 3 месяцев, в отдельных – сохраняются до 6 месяцев. Указанные проявления разрешаются самостоятельно и не требуют дополнительных медикаментозных, немедикаментозных назначений. С целью повышения комплаентности целесообразно предоперационное информирование пациентов о подобных временных проявлениях.

645. Интраоперационная оксигенотерапия в комплексном лечении распространенного перитонита как профилактика нагноения послеоперационных ран

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

Уфа

1) БГМУ 2) ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа

Актуальность. Согласно классификации раны после лапаротомии по поводу распространенного перитонита относят к «грязным». По данным авторов, частота нагноения таких ран достигает 40% и выше, тогда как нагноение послеоперационных ран продлевает сроки лечения, повышает его стоимость. Материал и методы. Нами пролечено 99 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространенным гнойным перитонитом. В контрольную группу вошли 46 больных, которым

после соответствующей предоперационной подготовки проводилась лапаротомия, устранение источника перитонита, санация, дренирование брюшной полости, закрытая интубация ЖКТ по показаниям. В послеоперационном периоде проводилась инфузионно-трансфузионная, антибактериальная терапия, вводились антикоагулянты, а также кардиотропные препараты, гепатопротекторы, ноотропы, препараты, улучшающие микроциркуляцию. При этом нагноение послеоперационных ран наступало в 29,5% случаев. Летальность составила 21,7%. В основную группу вошли 53 больных, которым проводилось такое же лечение, как пациентам контрольной группы, но с добавлением сеансов интраперитонеальной оксигенотерапии (в брюшной полости достигалось давление – 5-10 мм.рт.ст.) (по 15 минут каждые 2 часа). Помимо этого проводилось промывание интубационных зондов 5% раствором глюкозы с последующей интратестинальной оксигенотерапией под низким давлением кислорода (по 5 минут каждые 4 часа). Терапия продолжалась в течение 3-5 дней послеоперационного периода. Непосредственно перед ушиванием послеоперационной раны производился забор материала для определения уровня гипоксии, лизосомально-катионных белков, проведения микробиологического анализа. После ушивания раны измерялось парциальное давление кислорода. Полученные результаты и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в конце операции все раны контаминированы вирулентной микрофлорой с высоким титром обсемененности, уровень гипоксии при этом составляет $10,17 \pm 0,21$ мм.рт.ст. (норма – 90-95 мм.рт.ст), а в нейтрофильных лейкоцитах отмечается низкий уровень гликогена и лизосомально-катионных белков. В послеоперационном периоде на 3,5,7 сутки было произведено измерение парциального давления кислорода. При этом у больных основной группы уровень PO_2 на 5 сутки составил $32,01 \pm 0,19$ мм.рт.ст., а у больных контрольной группы – $18,19 \pm 0,21$ мм.рт.ст. Летальность в основной группе составила 6 человек (11,32%), нагноение ран – у 9 человек (15,1%). Выводы. Интраперитонеальная оксигенотерапия в комплексном лечении распространенного перитонита позволяет устранить гипоксию в области послеоперационной раны, что приводит к снижению частоты нагноений ран с 29,5 до 15,1%.