

**ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Смотрин С.М., Колоцей В.Н., Алепко А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**PREVENTING SURGICAL SITE INFECTION INTERVENTIONS IN
EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY**

Smotryn S.M., Kolotsei V.N., Alepko A.V.

Grodno State Medical University

Введение. Несмотря на совершенствование методик оперативного вмешательства, методов профилактики и лечения раневой инфекции, инфекция области хирургического вмешательства (ИОХВ) является одной из проблем в хирургической практике. Проблема ИОХВ является значимой и сложной еще и потому, что ее невозможно разрешить одной мерой, а ее развитию предшествует контаминация операционной раны условно-патогенными или патогенными микроорганизмами. Чрезвычайно важным моментом для понимания принципов профилактики инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства является, какой патологический процесс, в каком отделе пищеварительного тракта явился источником контаминации послеоперационной раны.

Цель. Уточнить факторы риска развития ИОХВ в неотложной абдоминальной хирургии при III классе ран.

Материал и методы. Нами проведено сравнение результатов микробиологического исследования основных возбудителей абдоминальной хирургической инфекции у 180 пациентов вторичным перитонитом. Из у 36 пациентов имела место прободная язва гастродуоденальной зоны, у 96 пациентов острый деструктивный аппендицит и у 48 пациентов патология толстой кишки. Факторы риска развития ИОХВ изучены у 93 пациентов с III классом ран методом полифакторной оценки состояния пациента (время с момента заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, возраст пациента, тип системной реакции организма на операционную травму, показатели клеточного и гуморального иммунитета).

Результаты и обсуждение. Проведенные микробиологические исследования показали полимикробный характер абдоминальной инфекции, включающий как аэробных грамотрицательных и грамположительных бактерий, так и анаэробных бактерий. При прободной гастродуоденальной язве микробный пейзаж был представлен такими грамотрицательными клинически значимыми бактериями как, *E.coli*, *Enterobacteriaceae* spp., *Ps. aeruginosa*, которые высевались в 51,2% наблюдений, а также клинически значимые грамположительные бактерии – *St. aureus*, *Streptococcus* spp., а

также *Enterococcus spp.*. Грамположительные бактерии высевались в 31,2% наблюдений. Были случаи выделения и микробной ассоциации (8,6% наблюдений). При перитонитах аппендикулярной этиологии отмечен рост частоты выделения грамотрицательной микрофлоры до 65,4%, а частота выделения грамположительной микрофлоры имело место в 17,1% наблюдений. При прободении или травме толстой кишки грамотрицательная микрофлора высевалась в 88,2% случаях, а грамположительная микрофлора - в 6,8% наблюдений. Следует отметить, что микрофлора ран, при развитии ИОХВ соответствовала микрофлоре выделенной из брюшной полости. Грамотрицательная микрофлора имела высокую антибиотикоустойчивость к антибиотикам пенициллинового ряда и цефалоспорином первого поколения.

Наши исследования показали, что развитие ИОХВ при лапаратомных ранах, как правило, начинается с предбрюшинного пространства. В связи с этим для снижения степени контаминации раны мы придерживаемся метода двухэтапного промывания ее и двухуровневого дренирования. После наложения швов на брюшину, рану тщательно промываем физиологическим раствором, что позволяет снизить степень контаминации, а также удалить мелкие фрагменты жировой ткани. Предбрюшинное пространство дренируется полихлорвиниловой (ПВХ) трубкой. Второе промывание раны проводится после наложения швов на апоневроз. Кожно-подкожная рана дренируется резиновыми выпускниками. Такой подход позволяет удалять отделяемое из глубоких слоев раны, а при необходимости и проводить промывание предбрюшинного пространства раствором антисептиков.

У пациентов 75 % пожилого возраста, страдающих сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями имеет место гипоэргический тип системной реакции организма на операционную травму. Данный тип системной реакции характеризуется существенным замедлением эмиграции лейкоцитов в очаг повреждения, по сравнению с пациентами с нормоэргическим типом системной реакции, а также угнетение клеточного и гуморального звена иммунитета.

Выводы. Предоперационную антибактериальную терапию необходимо проводить с учетом предполагаемого возбудителя. После выделения возбудителя антибактериальная проводится с учетом его антибиотикочувствительности.

Важным этапом в профилактике ИОХВ является двухуровневое промывание и дренирование раны, а также коррекция метаболических нарушений.