

**ИНФЕКЦИЯ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРВОМ КЛАССЕ РАН У ПАЦИЕНТОВ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ**

Смотрин С.М., Жук С.А., Новицкая Э.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**INFECTION OF THE SURGICAL AREA INTERVENTIONS
FOR THE FIRST CLASS OF WOUNDS IN PATIENTS
ELDERLY INGUINAL HERNIAS**

Smotryn S.M., Zhuk S.A., Navitskaya E.D.

Grodno State Medical University

Введение. Инфекционные осложнения области оперативного вмешательства являются одной проблем в хирургической практике, так как развитие инфекционного процесса замедляет регенерацию раны, увеличивает время пребывания пациента в стационаре и материальные затраты на лечение. Факторы риска, определяющие развитие хирургической инфекции, могут возникать на всех этапах оказания хирургической помощи пациенту. В связи с этим профилактические мероприятия, направленные на предотвращение инфекционных осложнений, должны осуществляться как в предоперационный, интраоперационный, так и в послеоперационный периоды. Основными возбудителями послеоперационных инфекционных осложнений при I классе ран, чаще всего являются представители грамположительной микрофлоры кожных покровов условно-патогенные золотистый стафилококк и эпидермальный стрептококк.

Цель. Проанализировать и оценить эффективность комплекса мероприятий, направленных на профилактику развития ИОХВ при I классе ран у пациентов пожилого возраста с паховыми грыжами.

Материал и методы. В исследование включены 336 пациентов с паховыми грыжами в возрасте от 60 до 75 лет, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» с 2016 по 2023 гг. Все пациенты, оперированные по поводу паховой грыжи с применением открытых методов хирургического лечения, были разделены на 3 группы: I группа – 106 пациентов, паховая герниопластика произведена по методике Бассини, II группа – 110 пациентов, паховая герниопластика произведена по методике Лихтенштейна и III группа – 120 пациентов, паховая герниопластика было произведена ненатяжным методом по разработанной нами методике (инструкция по применению МЗ РБ № 181-1220 от 29.12.2020). Сахарный диабет в I группе имел место у 9,4% пациентов, во II группе – в 8,7% случаев и в III группе – у 8,8% пациентов. Заболевания сердечнососудистой системы диагностированы у 84,8% пациентов I группы, у 82,2% пациентов

II группы и 81,1% пациентов III группы, а хроническая обструктивная болезнь легких соответственно в 20,1%, 19,0% и 17,6% пациентов. Заболеваниями мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, МКБ, доброкачественная гиперплазия предстательной железы) страдали 27,2% пациентов I группы, 31,2% пациента II группы и 28,3% пациентов III группы. Пациентам всех трех групп проводилась периоперационная профилактическая антибиотикотерапия цефалоспорины I поколения, которые вводились внутривенно за 2 часа до оперативного вмешательства. Пациентам I группы антибактериальная терапия продолжалась в течение 48 часов, пациентам 2 и 3 групп – в течение 72 часов. Пациентам I и II групп гемостаз осуществляли монополярной коагуляцией, пациентам III группы гемостаз преимущественно проводился биполярным коагулятором. В III группе пациентов после обработки грыжевого мешка и завершения герниопластики рана промывалась физиологическим раствором или водным раствором хлоргексидина с целью удаления фрагментов жировой ткани с последующим дренированием ПХВ трубкой. В послеоперационном периоде пациентам первой и второй групп для удаления скопления раневого отделяемого проводилось зондовая ревизия ран. У пациентов III группы зондовой ревизии ран не проводилась, так раневое содержимое поступало в повязку по дренажной системе. Дренажную систему извлекали на 3 сутки.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде воспалительный инфильтрат в области раны был диагностирован у двух пациентов в I группе (1,9%) и двух пациентов II группы (1,8%). Серома в области оперативного вмешательства имела место у 3 пациентов I группы (2,8%), у 5 пациентов II группы (4,5%) и одного пациента III группы (0,8%). Гематома в области послеоперационной раны диагностирована у 3 пациентов I группы (2,8%) и трех пациентов II группы (2,7%). Нагноение ран имели место по одному случаю у пациентов I (0,9%) и II групп (0,9%), вызванное золотистым стафилококком устойчивый к цефалоспорины первого поколения. Возникшее осложнение потребовало дополнительно дренирования ран, а у пациентов II группы удалось сохранить сетчатый имплант. Анализ течения послеоперационного периода у пациентов пожилого возраста показал, что местный гемостаз при операции грыжесечения у пациентов пожилого возраста лучше осуществлять биполярным коагулятором. Применение монополярного коагулятора может вызывать некрозы подкожной клетчатки большие, чем при биполярной коагуляции. Важным моментом в профилактике ИОХВ является промывание раны, что позволяет удалить фрагменты жировой ткани и уменьшить степень контаминации. Дренирование ран ПХВ трубками позволяет удалять раневое содержимое и не применять зондовую ревизию ран в послеоперационном периоде.

Выводы.

1. При открытых оперативных вмешательствах у пациентов пожилого возраста с паховыми грыжами необходимо проводить периоперационную антибактериальную терапию, как при натяжных, так и безнатяжных методах герниопластики.
2. При проведении местного гемостаза предпочтение следует отдавать биполярной коагуляции.
3. После обработки грыжевого мешка и завершения герниопластики с целью удаления фрагментов жировой ткани и степени возможного микробного обсеменения рана промывается физиологическим раствором или водным раствором хлоргексидина и дренируется ПХВ трубкой.
4. Периоперационная антибиотикотерапия пациентам после протезирующей герниопластики должна проводиться не менее в течение 72 часов.