

Результаты и обсуждение

Радикальная хирургическая обработка инфицированных ран конечностей выполнена у 378 пациентов.

Микробиологический мониторинг 658 посевов показал, что возбудителем инфицированных ран, чаще всего, является золотистый стафилококк (30,4 %), эшерихия (17,2 %), протей (10,7 %), реже синегнойная палочка и другая грамотрицательная микрофлора.

При анализе результатов чувствительности выделенных культур микроорганизмов к антибактериальным препаратам установлено, что штаммы золотистого стафилококка проявили высокую чувствительность к гентамицину, офлоксацину и оказались устойчивы к ампицилину, оксацилину, хлорамфениколу. Большинство штаммов эшерихии оказались чувствительны к гентамицину, амикацину, цефтазидиму и устойчивы к цефалотину, котримаксазолу. Штаммы протей характеризовались высокой частотой чувствительности к офлоксацину и амикацину и устойчивостью к цефалотину, канамицину, тобрамицину.

Изучение антисептических свойств эквиобъемных смесей формолового и глutarового альдегидов на микрофлору ран показало, что смесь указанных антисептиков обладает выраженным бактерицидным и бактериостатическим действиями за счет синергизма их действия. Вместе с тем, она не оказывает повреждающего действия на живые ткани организма, что доказано цитологическими, бактериологическими и микроскопическими исследованиями.

Таким образом, орошение инфицированных ран конечностей различного генеза смесью растворов альдегидов подавляет размножение микробных популяций, приводит к выраженному бактерицидному эффекту и предупреждает развитие раневой инфекции.

Выводы

1. Смесью растворов глutarового и формолового альдегидов слабых концентраций (0,05–0,25 %), обладающая синергизмом действия, оказывает бактериостатический эффект в отношении патогенной микрофлоры.

2. Препаратами выбора для рациональной антибиотикотерапии при инфицированных ранах конечностей являются офлоксацин, амикацин, цефтазидин, гентамицин.

3. Высокая бактериостатическая активность смесей растворов альдегидов послужила основанием для их использования с целью лечения инфицированных ран конечностей и позволила получить хорошие клинические результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костная пластика в условиях инфицированной раны / С. И. Болтрукевич [и др.]. — Мн., 1988. — С. 3–11.
2. Курбангалиев, С. М. Гнойная инфекция в хирургии / С. М. Курбангалиев. — М.: Медицина, 1985. — 272 с.
3. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв / Т. Д. Никитин [и др.]. — СПб.: ООО «Сюжет», 2001. — 192 с.
4. Абаев, Ю. К. Раневая инфекция в хирургии: учеб. пособие / Ю. К. Абаев. — Мн., 2003. — 293 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ КЛЕТЧАТКЕ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дорошкевич С. В., Дорошкевич Е. Ю., Жданович В. Н.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель, Республика Беларусь

Моделирование острого панкреатита выполнено на нелинейных белых крысах, используя локальную гипотермию поджелудочной железы с помощью криохирургического комплекса КСН 3А/В (Хирана, Брно). Гипотермию проводили интраоперационно в течение 60 секунд в различных температурных режимах [1].

Локальное криовоздействие приводит к возникновению отечно-геморрагической формы острого панкреатита. Парапанкреатическая жировая клетчатка вовлекается в патологический процесс почти одновременно с развитием деструктивных изменений в поджелудочной железе.

Криовоздействие в температурном режиме -20°C приводит к возникновению серозного парапанкреатита. Серозный отек парапанкреатической клетчатки выявляется на 6 и 12 часы эксперимента и исчезает к первым суткам.

Значительно более тяжелое поражение парапанкреатической жировой клетчатки наблюдается при криовоздействии -60°C . Через 6 часов после начала эксперимента определяется серозный отек. Спустя сутки выявляются очаги жировых некрозов в парапанкреатической клетчатке и бляшки стеатонекрозов, рассеянные по брыжейке тонкой кишки. Участки некроза на третьи сутки окружены перифокальной воспалительной инфильтрацией, которая усиливается к 7 суткам. Наблюдается морфологическая картина инфильтративно-некротического панкреатита, который в дальнейшем подвергается регрессии. На 14 сутки определяется рассасывание некротических очагов макрофагами и к 21 суткам на месте участков жирового некроза выявляется разрастание грануляционной ткани с формированием в последующем полей фиброза.

Локальное охлаждение поджелудочной железы в температурных режимах -100°C и -140°C приводит к серозному отеку парапанкреатической клетчатки, клетчатки большого сальника и брыжейки кишок уже спустя 3 часа после криовоздействия. К 12 часам в парапанкреатической клетчатке выявляются очаги жировых некрозов, а также мелкие белесые бляшки стеатонекрозов, рассеянные по брыжейке тонкой кишки и париетальному листку брюшины. Очаги жировых некрозов парапанкреатической клетчатки к первым суткам принимают сливной характер. На третьи сутки эксперимента вокруг полей жировых некрозов формируется лейкоцитарная инфильтрация. К 7 суткам в парапанкреатической клетчатке поля жировых некрозов окружены демаркационным валом из нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов, а также лимфоцитов и фибробластов. На 14 сутки эксперимента в верхнем этаже брюшной полости определяется подвижное, округлой формы образование, морфологическое исследование которого верифицирует как псевдокисту.

Таким образом, в ходе эксперимента нами установлено, что выраженность морфологической картины поражения парапанкреатической жировой клетчатки, клетчатки большого сальника и брыжейки кишок не одинаково и зависит от температуры криовоздействия, что обусловлено тяжестью повреждения поджелудочной железы и связанной с этим степенью и качеством ферментативной аутоагрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Способ моделирования псевдокисты поджелудочной железы: пат. 12268 Респ. Беларусь, МПК (2006) G 09B 23/00, А 61 В 18/00 / С.В. Дорошкевич, Е.Ю. Дорошкевич; заявитель Гомельский гос. мед. ун-т. — № а 20070428; заявл. 30.12.2008; опубл. 01.09.2009// Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. — 2009. — № 4. — С. 160.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ОПЕРАЦИОННУЮ ТРАВМУ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ