

УДК 616.33-002.44-34-002-381-002-089

В.Ю. СоколовБуковинська державна медична академія
м. Чернівці**ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ
УСКЛАДНЕНЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ПОЄДНАНИМ
ЗАСТОСУВАННЯМ ДЕКАСАНУ
ТА ЦЕФОТАКСИМУ****Ключові слова:** виразкова хвороба,
цефотаксим, декасан.

Резюме. З метою профілактики гнійно-септичних ускладнень при виконанні операцій в клініці за період з 1996 по 2002 рік використали комбінацію цефотаксиму та декасану. Проаналізовано 217 операцій з приводу виразкової хвороби шлунка і ДПК. Для профілактики та антибактеріальної терапії застосовували цефотаксим. Під час операції препарат вводили внутрішньовенно крапельно в дозі 1г, субопераційно поле та операційну рану через кожні 30–40 хвилин обробляли декасаном. У подальшому при необхідності продовження антибактеріальної терапії використовували цефотаксим у добовій дозі 2–3 г на курс 12–15 г. У післяопераційному періоді упродовж 3–4 днів виконували санацію черевної порожнини декасаном через дренажні трубки у розведенні 1:1 0,5% новокаїном у кількості 20–40 мл. Застосування даної методики, дозволило скоротити кількість релапаротомій з приводу внутрішньочеревних гнійно-септичних ускладнень з 6,4 до 0,9% та уникнути нагноєння післяопераційних ран, скоротити середні терміни перебування хворих у стаціонарі на 3,2 ліжко-дні, та терміну непрацездатності на 7,3 дні.

Вступ

Післяопераційні гнійно-септичні ускладнення в хірургії виразкової хвороби погіршують результати лікування, незважаючи на передопераційну підготовку, анестезіологічне забезпечення та техніку операцій. Присутність мікробного фактора в зоні формування анастомозів при “чистих” операціях, значне збільшення “мікробного” числа при виконанні ургентних операцій посилюють ступінь запальної реакції в тканинах, погіршують регенеративні процеси і значно послаблюють механічну міцність та герметичність швів шлунка та ДПК, що призводить до неспроможності останніх, розвитку перитоніту, внутрішньочеревних абсцесів, запальних інфільтратів [1, 3, 4, 5, 6.]

Широке застосування в клінічній практиці сучасних ефективних противиразкових препаратів сприяло зменшенню кількості планових операцій із приводу виразкової хвороби, проте частота ускладнених форм, які вимагають здійснення невідкладного оперативного втручання, не знижується [2, 7, 8.]. У 3–30% пацієнтів із виразковою хворобою виникає перфорація виразки, яка в структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини становить 1,6–3,4% [5,9.]

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У клініці госпітальної хірургії БДМА проаналізовані результати 481 оперативного втручання, з приводу виразкової хвороби шлунка та ДПК. З них 264 склали контрольну групу, яким застосовувалися традиційні методи профілактики. Резекція шлунка Більрот-II виконана 137 хворим, за Більрот-I – 49, прошивання судини у виразці, що кровоточить, і стовбура ваготомія – 8, зашивання перфоративної виразки – 58, селективна проксимальна ваготомія і пілоропластика за Гейнеке-Мікуличем – 12. Інтраопераційна санація проводилася розчинами фурациліну, хлоргексидину, 0,9% хлориду натрію, в післяопераційному періоді хворим призначали стандартну антибіотикотерапію (напівсинтетичні пеніциліни, аміноглікозиди). З приводу внутрішньочеревних гнійно-септичних ускладнень (перитоніт – 11 спостережень, абсцеси черевної порожнини – 3, евітерація – 1, флегмона черевної стінки – 2). Релапаротомія виконана у 17 (6,4%) хворих у віці від 25 до 63 років. Померли після релапаротомії 5 (29,4%) хворих. Усі втручання виконані під ендотрахеальним наркозом. Одна релапаротомія виконана в 11 хворих, дві – в 5, три – в 1. При-

чинами перитоніту були неспроможність швів кукси ДПК (у 14 хворих), гастроентероанастомозу (у 1), гастродуоденоанастомозу (у 1), некроз стінки шлунка (1). У 12 хворих мало місце нагноєння рани.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

За мікроскопічними показниками вирішальну роль у формуванні запального процесу в очеревині у хворих на розлитий перитоніт, внаслідок ускладнень виразкової хвороби, належить кишковій паличці та бактероїдам. Всі інші мікроорганізми тільки сприяють формуванню запального процесу.

Результати проведених мікробіологічних досліджень вмісту черевної порожнини за популяційним рівнем і мікроскопічними показниками, дозволяють констатувати, що формування та розвиток розповсюдженого перитоніту обумовлюється асоціацією умовно патогенних аеробних (кишкової палички) та анаеробних (бактероїдів) бактерій, які є провідними збудниками запального процесу в очеревинній порожнині. Тому лікувальні заходи повинні бути спрямовані в першу чергу, на елімінацію саме цих збудників. Інші аероби (клебсієли, псевдомонади) та анаероби (пептококи, превотели) відіграють другорядну роль у формуванні та розвитку запального процесу.

Після ліквідації вогнища перитоніту, відсмоктування вмісту, проводилася ретельна санація черевної порожнини. У важких випадках перебігу ускладнень, після промивання та дренивання черевної порожнини на післяопераційну рану накладали на всі шари тимчасові шви, котрі зав'язувалися на "бантики".

Через 2–3 доби залежно від стану хворого та клінічного перебігу перитоніту при програнованій відкритій санації черевної порожнини виконували забір її вмісту для мікробіологічного дослідження, черевна порожнина дренивалася, при потребі виконувалась інтубація тонкого відділу кишечника, рана пошарово зашивалася наглухо, або в разі прогресування перитоніту знову закривалася тимчасовими швами.

З метою профілактики гнійно-септичних ускладнень при виконанні операцій у клініці за період з 1996 по 2002 рік, ми застосували комбінацію цефотаксиму та декасану. В основу роботи покладений аналіз 217 операцій із приводу виразкової хвороби шлунка і ДПК (основна група). З метою антибіотикотерапії використовували цефалоспориновий антибіотик III покоління – цефотаксим (клафоран). Під час операції (одночасно з ввідним наркозом) препарат вводили

внутрішньовенно крапельно в дозі 1 г, під час оперативного втручання. Субопераційно поле та операційну рану через кожні 30–40 хвилин обробляли декасаном (розчином декаметоксину 0,02% на ізотонічному розчині хлориду натрію, затверджений фармакологічним комітетом МОЗ України 30 листопада 1995 року) при виконанні планових оперативних втручань. У разі запального процесу черевної порожнини при перфоративній виразці, внутрішньочеревних гнійно-септичних ускладнень при хірургічному лікуванні виразкової хвороби, після закінчення "відкритого" етапу операції на порожнинному органі, після лапаротомії або релапаротомії проводили санацію декасаном черевної порожнини в розведенні 1/4 офіціального розчину на ізотонічному розчині хлориду натрію, в середньому 4–5 л розчину. Після аспірації, повторно виконували санацію операційного поля 0,02% розчином декасану. Дренування черевної порожнини виконували за загальними принципами. Після зашивання очеревини промивали операційну рану 0,02% розчином декасану з експозицією антисептика 1–2 хвилини, а при тимчасовому укрітті змочували декасаном марлеву серветку, формували з неї прокладку між краями рани та зав'язували на ній шви.

У подальшому за необхідності продовження антибактеріальної терапії ми використовували цефотаксим у добовій дозі 2–3 г на курс 12–15 г. Інших антибактеріальних препаратів, як правило, не використовували. У післяопераційному періоді упродовж 3–4 діб виконували санацію черевної порожнини декасаном через дренажні трубки (підпечінковий, піддіафрагмальні та дугласовий простори) у розведенні 1:1 новокаїном 0,5% у кількості 20–40 мл.

Після застосування даної методики, релапаротомія з приводу внутрішньочеревних гнійно-септичних ускладнень була виконана у двох хворих (0,9%): внаслідок прогресуючого перитоніту після зашивання перфоративної виразки шлунка у хворого старечого віку з дифузним гнійно-фібринозним перитонітом та у хворого з підпечінковим абсцесом внаслідок неспроможності швів кукси ДПК. Нагноєння післяопераційних ран не відмічено.

ВИСНОВОК

Поєднане використання декасану та цефотаксиму для профілактики післяопераційних гнійно-септичних ускладнень дозволило покращити результати хірургічного лікування виразкової хвороби, зменшити кількість релапаротомій з 6,4 до 0,9%, уникнути нагноєння ран, скоротити

середні терміни перебування хворих у стаціонарі на 3,2 ліжко-дні, та терміну непрацездатності на 7,3 дні.

Література. 1. Андрющенко В. П., Наконечний Р. Б. Програмована релaparотомія в хірургічному лікуванні гострого гнійного перитоніту // Клін. хірургія. – 1993. – №12. – С.5–7. 2. Бачев И. И. Повторные операции по поводу рецидивов язв после хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. – 1990. – №2. – С.68–69. 3. Беляева О. А. Применение лапаростомии в комплексе лечения распространенного перитонита // Клін. хірургія. – 1998. – №5. – С.52. 4. Зайцев В. Т., Донец Н. П., Климова Е. М., Николаева З. М. Новые аспекты лечения перитонита. // Клін. хірургія. – 1996. – №2 – 3. – С.25–26. 5. Зайцев В. Т., Кононенко Н. Г., Сытник А. М. Послеоперационные осложнения у больных с перфоративной гастродуоденальной язвой // Клін. хірургія. – 1998. – №1. – С.7–8. 6. Сидорчук Р. І. Бактеріальна транслокація та резистентність організму при гострому перитоніті: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14. 00. 27. – Київ, 1997. – 24 с. 7. Khosrovani C., Kohen M., Guiberteau B., Le Neel J.C. Perforation of duodenopyloric ulcers. Prognostic factors and therapeutic choices. Retrospective study of 140 patients // Annales de Chirurgie. – 1994. – Vol.48, N4. – P. 345–349. 8. Kum C.K., Chong Y.S., Koo C.C., Rauff A. Elderly patients with perforated peptic ulcers: factors affecting morbidity and mortality // Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh. – 1993. – №6. – P.344–347. 9. Ritzoli S.B., Neto A.C., Diorio A.C. et al. Risk of complication in perforated duodenal ulcer operations according to the surgical technique employed // American Surgeon. – 1993. – №5. – P.312–314.

**ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОЧЕТАННЫМ
ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕКАСАНА ТА ЦЕФОТАКСИМА**

В.Ю. Соколов

Резюме. С целью профилактики гнойно-септических осложнений при выполнении операций в клинике за период с 1996 по 2002 год использовали комбинацию цефотаксима и декасана. Проанализировано 217 операций по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. С целью профилактики и антибактериальной терапии использовали цефотаксим (клафоран). Во время операции препарат вводили внутривенно капельно в дозе 1 г; субоперационно поле и операционную рану через каждые 30–40 минут обрабатывали декасаном. В дальнейшем при необходимости продолжения

антибактериальной терапии мы использовали цефотаксим в суточной дозе 2–3 г на курсе 12–15 г. В послеоперационном периоде на протяжении 3–4 суток выполняли санацию брюшной полости декасаном через дренажные трубки в разведении 1:1 0,5% новокаином в количестве 20–40 мл. Применение данной методики, позволило сократить количество релaparотомий по поводу внутрибрюшных гнойно-септических осложнений с 6,4 до 0,9%. Избежать нагноения послеоперационных ран, сократить средние сроки пребывания больных в стационаре на 3,2 койко-дня, и нетрудоспособности на 7,3 дня.

Ключевые слова: язвенная болезнь, цефотаксим, декасан.

**PROPHYLAXIS OF PYO-SEPTIC COMPLICATIONS
OF SURGICAL TREATMENT OF PEPTIC ULCER
WITH A COMBINED USE OF CEFOTAXIM AND
DEKASAN**

V.Y. Sokolov

Abstract. For the purpose of preventing pyo-septic complications while performing operations at the clinic during the period from 1996 up to 2002 the combination of cefotaxim and dekasana was used. The outcomes of 217 operations for ulcer of the stomach and duodenum were analysed. With the object of prophylaxis and antibacterial treatment cefotaxim (klaforan) was used. During the operation the drug was introduced by drip-feed in the dose of 1 g; the operative wound and the suboperating region underwent dekasana debridement every 30–40 minutes. Subsequently, if antibacterial therapy was necessary to continue we used overall course of 12–15 g. Dekasana sanitation of the abdominal cavity was performed through the drainage tubes in a dilution of 1:1 by 0,5% novocaine, amounting 20–40 ml during 3–4 days within the postoperative period. The application of the given procedure has allowed to reduce the number of relaparotomies for intra-abdominal pyo-septic complications from 6,4% to 0,9% as well as to avoid pyecsis of postoperative wound and to reduce the average terms of patients' stay in hospital by 3,2 bed-days and those of disability by 7,3 bed-days.

Key words: a peptic ulcer, cefotaxim, dekasana.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. – 2003. – Vol.2, №1. – P.74–76.

Надійшла до редакції 26.02.2003