

УДК 617-089+617-002.3-084

ПРОФІЛАКТИКА НАГНОЄННЯ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ф. В. Гринчук

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

PROPHYLAXIS OF THE OPERATIVE WOUND SUPPURATION IN PATIENTS WITH AN ACUTE SURGICAL DISEASES

F. V. Grinchuk

Нагноєння операційної рани (НОР) є частим ускладненням оперативного лікування гострого хірургічного захворювання (ГХЗ), яке зумовлює збільшення витрат на лікування, виникнення ускладнень у віддаленому періоді. Останнім часом все більшу увагу приділяють проблемам ранової інфекції. Проте, цю проблему найчастіше розглядають з позицій оптимізації антибактеріальної терапії, боротьби з внутрішньолікарняною інфекцією тощо. Недостатньо уваги приділяють вивченню причин та профілактиці НОР.

Метою роботи були визначення основних факторів ризику виникнення НОР у пацієнтів з ГХЗ та розробка ефективних заходів його профілактики.

Проаналізовані результати лікування 164 пацієнтів, оперованих з приводу ГХЗ, віком від 16 до 84 років, в тому числі 74 чоловіків та 76 жінок. З приводу гострого апендициту (ГА) оперовані 67 хворих, перфоративної гастродуоденальної виразки (ПГДВ) – 25, защемленої грижі (ЗГ) – 31, гострої непрохідності кишечника (ГНК) – 18, гострого холецистититу (ГХ) – 23. У 52 пацієнтів основне захворювання ускладнилось виникненням гострого перитоніту, в тому числі у 21 – поширеного.

У 95 пацієнтів діагностоване супутнє захворювання (СЗ): ішемічна хвороба серця (ІХС) – у 52, цироз печінки та хронічний гепатит – у 9, цукровий діабет (ЦД) – у 19, хронічний пієлонефрит та гломерулонефрит – у 9, ожиріння – у 12, залізодефіцитна анемія (ЗА) – у 8, хронічний бронхіт (ХБ) – у 14, системний червоний вовчак – у 2, міастенія – в 1. У 25 пацієнтів діагностовані 2 СЗ і більше, у 43 – захворювання було в стадії субкомпенсації, у 8 – декомпенсації.

Обсяг операції визначався характером основного захворювання, наявністю ускладнень, станом хворих. В 11 пацієнтів з поширеним перитонітом виконані програмовані повторні оперативні втручання – лапарооперція для санації черевної порожнини. Передопераційну підготовку та післяопераційне лікування проводили за загальноприйнятими стандартами.

НОР виникло після лікування ГНК у 7 (27,8%) хворих, ЗГ – у 9 (29,0%), ГХ – у 4 (17,3%), ПГДВ – у 3 (12%), ГА – у 8 (11,9%). З 31 пацієнта з НОР у 27 (87,1%) виявлене СЗ. Частота виникнення НОР у пацієнтів без СЗ становила 5,8%, за наявності СЗ – 28,4%. При цьому найчастіше НОР спостерігали за наявності 2 СЗ і більше – у 15 (55,6%) пацієнтів, у решти пацієнтів СЗ були у стадії суб- або декомпенсації. Найбільш часто НОР виникало у пацієнтів з ожирінням, ЦД, гломерулонефритом та цирозом печінки.

Під час аналізу факторів ризику виникнення НОР встановлено, що його появу найчастіше сприяли деструктивні зміни в черевній порожнині. Так, у 7 хворих з ГА та в усіх з ГХ діагностовані їх деструктивні форми, у 9 хворих з ЗГ виявлений некроз защемленого органа, в усіх пацієнтів з ГНК – некроз петлі кишки.

Іншим фактором ризику НОР був перитоніт; насамперед поширений, а також абсцес черевної порожнини. Найчастіше ці ускладнення виявляли у пацієнтів з СЗ.

Важливим чинником було інфікування рани через дренажі, які виводили крізь основну рану – у 6 хворих з ГА, у 3 – з ГНК, у 2 – з ГХ. Крім того, під час здійснення ревізії встановлено, що у деяких пацієнтів дренажі були проведені через глибокі шари основної рани при розташуванні контрапертури в іншій ділянці. У деяких хворих були застосовані неадекватні доступи, що зумовило ускладнене виконання маніпуляцій, травмування тканин операційної рани, збільшення тривалості операції.

У пацієнтів без СЗ, як правило, виявляли класичні клінічні ознаки НОР: біль, почервоніння, набряк тощо. Проте, у більшості пацієнтів з СЗ таких ознак не було. НОР діагностували під час здійснення ревізії рани зондом та зняття швів. У деяких з цих хворих відзначали гіпертермію, що потребувало проведення ревізії рани.

За наявності факторів ризику виникнення НОР для його профілактики застосовуємо комплекс заходів, який включає періопераційне призначення антибіотиків широкого спектру дії всім пацієнтам з СЗ; встановлення дренажів і тампонів поза межами основної рани; багаторазове промивання рани розчинами антисептиків та опромінення ультрафіолетовими променями під час її зашивання; обов'язкове роздільне дренирування шарів рани – міжм'язового, підапоневротичного простору та підшкірної основи; застосування активного дренирування підшкірної основи у пацієнтів з ожирінням та ЦД; активне ведення рани після операції, здійснення ревізії рани зондом навіть за відсутності клінічних ознак нагноєння.

При виконанні програмованої лапарооперції використовуємо розроблений спосіб (позитивне рішення за заявою № 2001075281 від 24.07.01), в основі якого лежить вільносорбція та локальний антибактеріальний вплив.

З застосуванням запропонованої тактики оперовані 55 пацієнтів з СЗ, в тому числі з приводу ГА – 22, ПГДВ – 9, ЗГ – 10, ГНК – 8, ГХ – 10, 17 – з поширеним перитонітом. Діагнос-

товані такі СЗ: ІХС – у 13 пацієнтів, цироз печінки та хронічний гепатит – у 5, ЦД – у 7, хронічний пієлонефрит та гломерулонефрит – у 2, ожиріння – у 6, ЗА – у 2, ХБ – у 3. У 15 пацієнтів виявляли 2 СЗ і більше. НОР виникло у 9 (15,3%) хворих, після виконання програмованої лапароскопії – в 1.

Отже, основними факторами ризику виникнення НОР є деструктивні внутрішньоочеревні захворювання, особливо ускладнені перитонітом, наявність СЗ та погіршеності оперативної техніки.

Пацієнтам з СЗ показане проведення периопераційної профілактичної антибактеріальної терапії з використанням препаратів широкого спектру дії.

Застосування адекватної оперативної техніки, заходів, спрямованих на деконтамінацію операційної рани під час зашивання та її активне дренирування після операції дозволяють зменшити частоту виникнення НОР.