



Ю.В. Иванова, В.К. Логачев

ГУ Інститут общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины, г. Харьков

© Коллектив авторов

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 35 пациентов обоего пола в возрасте от 19 до 72 лет, у которых течение послеоперационного периода осложнилось нагноением послеоперационных лапаротомных ран и 26 больных, у которых течение послеоперационного периода осложнилось развитием резидуальных абсцессов (РА) брюшной полости. В комплексе лечения больных наряду с антибактериальной терапией, проводилось местное лечение, которое в случае нагноения ран заключалось в наложении мазевых повязок. При РА после операции местное лечение, состояло из промывания полостей с последующим введением через трубочный дренаж мази. Применялась мазь «Офлокаин» (Дарница, Украина). После проведенного лечения на 5 сутки от начала лечения (у 80 %) удалось достичь полной эрадикации микрофлоры, а к 14 суткам после начала лечения эрадикация микрофлоры отмечалась у 100 % больных.

Ключевые слова: послеоперационные осложнения, местное лечение, Офлокаин.

Введение

Проблема лечения послеоперационных гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений, особенно в неотложной хирургии, остается до настоящего времени достаточно актуальной. Наиболее распространенным осложнением послеоперационного периода являются воспалительные осложнения послеоперационных ран, которые, по данным отечественных и зарубежных авторов, нагноение послеоперационных ран наблюдается у 2-30 % оперированных больных. Частота нагноений минимальна после выполнения плановых операций и достигает высокой частоты (от 5,4 до 30 %) после операций сопровождающихся вскрытием полых органов, а также при наличии у больных гнойно-деструктивных процессов брюшной полости [4]. Резидуальные абсцессы (РА) возникают у 0,5-3 % больных, оперированных на органах брюшной полости, являясь осложнением как ургентных, так и плановых оперативных вмешательств, а также следствием перенесенного перитонита. Наиболее частыми причинами возникновения РА являются острый аппендицит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания печени и поджелудочной железы, а также органов малого таза [1, 2]. Важную роль в успешном купировании гнойных процессов на всех стадиях их течения играет местное лечение.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 35 пациентов обоего пола в возрасте от 19 до 72 лет, у которых течение послеоперационного перио-

да осложнилось нагноением послеоперационных лапаротомных ран. Нагноения послеоперационных ран возникали после следующих операций: плановые операции на желудке и двенадцатиперстной кишке – 6,9 %, операции по поводу перфораций полых органов – 18,1 %, кровоточащих язв – 20,8 %, по поводу ОНК – 26,4 %, инфицированного панкреонекроза – 9,7 %, травм брюшной полости – 9,7 %, резекции толстой кишки – 6,9 %. В комплексе лечения больных наряду с антибактериальной терапией, назначаемой с учетом чувствительности микрофлоры, противовоспалительной, органотропной терапией, проводилось местное лечение, которое заключалось в наложении медикаментозных повязок один-два раза. В первой фазе раневого процесса применялась мазь «Офлокаин» (Дарница, Украина), которая представляет собой комбинацию противомикробного средства группы фторхинолонов – офлоксацина и местного антисептика – лидокаина на гидрофильной гиперосмолярной водорастворимой основе. Препарат обеспечивает противомикробные свойства мази за счет действия на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, в том числе и госпитальные штаммы. Вспомогательные вещества мазевой основы способны проводить офлоксацин в ткани, а лидокаин обеспечивает местноанестезирующее ее действие. Мазевые повязки наносили после предварительной хирургической обработки ран ежедневно 1-2 раза в сутки после санации раневой поверхности.

Эффективность лечения оценивалась на основании субъективных ощущений пациента, объективных исследований характера и дина-



мики показателей заживления ран (наличие отделяемого, степень грануляций и эпителизации). Скорость заживления ран рассчитывали по формуле: $V=(S_1-S_2)/S_2 \times 100$, где S_1 – исходная площадь раны, S_2 – площадь раны после лечения [5]. В динамике исследовали количественный и качественный состав микрофлоры до начала лечения, на 5 и 14 сутки лечения. Методики исследования стандартные [3].

Проанализированы результаты лечения 26 больных обоего пола в возрасте от 22 до 76 лет, у которых течение послеоперационного периода осложнилось развитием РА брюшной полости. Резидуальные внутрибрюшные абсцессы возникали после операций по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (34,6 %), ОНК (23,1 %), и травм брюшной полости (11,5 %). У обследованных больных наиболее часто встречались поддиафрагмальные (30,8 %) и межпетельные абсцессы (34,6 %). Больные оперированы в ургентном порядке, произведено вскрытие абсцессов, дренирование трубочными дренажами с последующим проточно-фракционным промыванием полостей. На фоне стандартно назначаемой консервативной терапии в послеоперационном периоде проводилось местное лечение, заключающееся в промывании полостей с последующим введением через трубчатый дренаж мази Офлокаин.

Диагностическая программа у больных с РА, помимо общеклинических анализов крови и мочи, биохимических, рентгенологических исследований, включала ультразвуковое исследование (УЗИ) и бактериологические исследования. Для бактериологического исследования во время операции осуществляли забор содержимого абсцесса. Определяли количественный и качественный состав микрофлоры, методики исследования стандартные. На 5 и 14 сутки от начала лечения осуществляли повторные микробиологические исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

У больных с нагноениями послеоперационных ран после проведения комплексного местного лечения с применением мази Офлокаин улучшение характеристик заживления ран наступало в следующие сроки: к 2-3 суткам от начала лечения уменьшался перифокальный отек, к 5-7 суткам существенно улучшалось качество грануляций и степень эпителизации ран. Следует отметить, что все пациенты отмечали уменьшение и исчезновение болевого синдрома уже в 1-2 сутки от начала лечения.

Динамика скорости заживления ран у больных основной подгруппы представлена в табл. 1.

Результаты микробиологического исследования раневого отделяемого больных основной группы, представленные в табл. 2, сви-

детельствуют, что до начала лечения у исследуемых пациентов имелась бактериальная контаминация с преобладанием условно-патогенной грамположительной микрофлоры, которая выделялась, в основном (94,3 %), в монокультуре.

Таблица 1

Скорость заживления ран (n= 35)

Показатели (M±m)	Сроки		
	До лечения	5 сутки	10-12 сутки
Площадь поверхности раны, см ²	391,3±100,42	364,7±44,21	63,95±20,2*
Скорость заживления раны, %	–	1,58±0,44	4,72±0,63*

* - p <0,01 сравнительно с исходными данными

Таблица 2

Результаты микробиологического исследования ран в динамике (n=35)

Вид микроорганизмов	Число пациентов		
	До лечения	5 сутки	14 сутки
<i>St. aureus</i>	11	2	–
<i>Ps. aeruginosa</i>	7	2	–
<i>E. coli</i>	8	–	–
<i>Klebsiella</i>	5	1	–
<i>Ps. aeruginosa</i> + <i>St. aureus</i>	4	1	–
Всего:	35	6	–

После проведенного лечения на 5 сутки от начала лечения (у 80 %) удалось достичь полной эрадикации микрофлоры, а к 14 суткам после начала лечения эрадикация микрофлоры отмечалась у 100 % больных.

Оценка результатов лечения больных с РА брюшной полости показала, что у больных, в комплексе лечения которых применялось местное лечение с применением мази Офлокаин наблюдалась быстрая нормализация показателей клинической крови, уменьшение интенсивности болевого синдрома в зоне стояния дренажей уже на 3-5 сутки лечения, что способствовало ранней активизации пациентов и снижению числа бронхо-легочных осложнений.

Микробиологическое исследование отделяемого из абсцессов показало, что в исследуемой группе больных эрадикация патогенной микрофлоры достигалась к 5 суткам у 27 %, а к 14 суткам – у большинства (86,9 %) больных (табл. 3).

Таблица 3

Результаты микробиологического исследования содержимого абсцессов больных основной подгруппы в динамике

Вид микроорганизмов	Число пациентов			
	До лечения (n= 26)	5 сутки (n= 23)	10 сутки (n= 23)	14сутки (n= 23)
<i>St. aureus</i>	3	1	–	–
<i>St. epidermidis</i>	3	2	–	–
<i>Enterococcus</i>	1	1	–	–
<i>Ps. Aeruginosa</i>	4	4	2	1
<i>E. coli</i>	10	6	2	-
<i>Klebsiella</i>	2	2	1	1
<i>Ps. aeruginosa</i> + <i>E. coli</i>	3	3	2	1
Всего:	26	19	7	3

Выводы

В процессе проведения комплексного лечения нагноений послеоперационных ран с применением мази Офлокаин заживление ран происходит более качественно и в короткие сроки. В ранние сроки наблюдается улучшение характеристик заживления ран, эрадикация патогенной микрофлоры.

Включение в комплекс лечения больных с резидуальными внутрибрюшными абсцессами местного лечения с применением мази Офлокаин приводит к быстрому купированию воспаления, уменьшению объемов перифокальной инфильтрации и объемов гнойных полостей, а также к снижению продолжительности пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости / В.В. Жебровский. – К.: Издательский центр КГМУ, 2000. – 687 с.
2. Зюбрицкий Н.М. Об осложнениях послеоперационных внутрибрюшных абсцессов / Н.М. Зюбрицкий, А.М. Семко // Клиническая хирургия. – 1996. – № 1. – С. 18 – 20.
3. Медицинская микробиология: под ред. В.И. Покровского, О.К. Поздеева. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – С. 185-193, 292-311, 350-358, 389-392.
4. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – 559 с.
5. Теория и практика местного лечения гнойных ран (проблемы лекарственной терапии): под ред. Б.М. Даченко. – Київ.: “Здоров’я”, 1995. – 382 с.

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Ю.В. Іванова, В.К. Логачов

Резюме. Проаналізовані результати лікування 35 пацієнтів обох статей у віці від 19 до 72 років, у яких течія післяопераційного періоду ускладнилася нагноєнням післяопераційних лапаротомних ран і 26 хворих, у яких течія післяопераційного періоду ускладнилася розвитком резидуальних абсцесів (РА) черевної порожнини. У комплексі лікування хворих разом з антибактеріальною терапією, проводилося місцеве лікування, яке у разі нагноєння ран полягало в накладенні мазевих пов'язок. При РА після операції місцеве лікування, складалося з промивання порожнин з подальшим введенням через трубковий дренаж мазі. Застосовувалася мазь «Офлокаїн» (Дарниця, Україна). Після проведеного лікування через 5 діб від початку лікування у 80 % удалось досягти повної ерадикації мікрофлори, а до 14 діб після початку лікування ерадикація мікрофлори відзначалася у 100 % хворих.

Ключові слова: післяопераційні ускладнення, місцеве лікування, Офлокаїн.

LOCAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE FESTERING-INFLAMMATORY COMPLICATIONS

Ju.V.Ivanova, V.K. Logachov

Summary. The results of treatment are analysed 35 patients of both sexes in age from 19 to 72, at that the flow of postoperative period was complicated by suppuration of postoperative celiotomy wounds and 26 patients at that the flow of postoperative period was complicated by development of residual abscesses (RA) of abdominal cavity. In the complex of treatment of patients along with antibacterial therapy, local treatment that in case of suppuration of wounds consisted in imposition of ointment bandages was conducted. At RA after the operation local treatment, consisted of washing of cavities with subsequent introduction through pipe drainage of ointment. Ointment «Oflocain» (Darnitsa, Ukraine) was used. After the conducted treatment on a 5 days from the beginning of treatment at 80 % it was seen to complete eradication of microflora, and to a 14 days after the beginning of treatment eradication of microflora was marked at 100 % of patients.

Key words: postoperative complications, local treatment, Oflocain