

С. А. АКОПЯН

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕЦИЛЛИНА ДЛЯ САНАЦИИ РОТОВОЙ
ПОЛОСТИ ПРИ НОСИТЕЛЬСТВЕ
ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Приводятся результаты применения нового полусинтетического пенициллина антистафилококкового действия—фециллина для санации ротовой полости носителей патогенного стафилококка. Наблюдения показали, что фециллин является одним из наиболее эффективных средств, применяемых для санации бациллоносителей. К преимуществам раствора следует отнести четкость, быстроту оказываемого действия, а также относительную продолжительность чистоты зева после санации.

Среди хирургических инфекций гнойная по распространенности и значению занимает первое место. Введение антибиотиков в хирургическую практику породило надежду, что эта проблема будет разрешена. Однако за последние годы отмечается рост числа больных, страдающих гнойной инфекцией. Если больные с гнойными заболеваниями в 1961—1964 гг. по данным хирургического отделения II клинической больницы составляли 16,8, 16,4, 15,7, 16,7% всех больных, то в 1965—1970 гг. этот процент соответственно составил 18,9, 20,9, 26,7, 24,3, 22,8, продолжая оставаться высоким и в последние годы. Одновременно отмечается рост числа смертных случаев, обусловленных этой инфекцией. За период с 1961 по 1970 г. гнойная инфекция как причина летальности больных с различными хирургическими заболеваниями составила от 22,0 до 44,6% всех причин, приведших к гибели больных. По данным Р. Гуда и Дж. Александера [8], приблизительно один из трех больных, подвергшихся хирургическому лечению, в послеоперационный период имеет гнойное осложнение, спонтанно развившееся и требующее хирургического вмешательства, связанное либо с нагноением операционной раны, либо возникшее в отдаленных областях (легкие или почки).

Удельный вес стафилококковой инфекции в структуре современной патологии весьма велик. Патогенный стафилококк является самой частой причиной нагноения послеоперационных ран, вытесняя на второй план другую микрофлору. По данным К. А. Кашкина [5], среди возбудителей гнойной инфекции стафилококк встречается в 61,4%, а в 21,7% случаев он наблюдается в сочетании с другими микробами (для сравнения отметим, что кишечная палочка встречается в 9,5%, грамотрицательная—в 9,5%, синегнойная—в 6% случаев). Среди причин такого явления—нарастающая циркуляция патогенного стафилококка,

устойчивого ко многим антибиотикам. Большое значение имеет активное вмешательство человека в инфекционный процесс, а отсюда — возрастающее число микротравм, широкое применение антибактериальных препаратов и ряд иных факторов, к которым следует отнести биологические особенности самого возбудителя.

Борьба с госпитальной инфекцией — одна из актуальных и трудных в хирургии. Причиной заражения операционных ран могут быть воздух операционной, микрофлора кожи больного, носоглотки хирургической бригады и больного. Наиболее часто встречается воздушно-капельная инфекция, исходящая из ротовой полости или носоглотки оперирующей бригады. Прямая связь между частотой бациллоносительства, наличием колоний патогенного стафилококка при посевах воздуха операционной и частотой послеоперационных осложнений выявлена давно, и даже 3—4-слойные маски не являются защитой от инфекции. По данным Н. М. Амосова [1], среди поступающих в хирургическое отделение около 40—50% являются носителями патогенного стафилококка, бациллоносительство среди персонала также велико — 10—40% (по И. И. Шаферу [6] — 81,4%, по А. Д. Юхимцу [7] еще выше — 93%). Носительство патогенного стафилококка среди больных, поступавших в хирургическое отделение II клинической больницы, достигало 53,6%, среди персонала — 33—40%. При этом имеет значение и длительность госпитализации — если при поступлении патогенный стафилококк определяется у 42% больных, то через неделю пребывания в стационаре — у 72%. Одним из факторов, способствующих увеличению этого показателя, является загрязненность воздуха хирургического отделения, в котором патогенные стафилококки встречаются в 50% исследований [8]. У лиц, находящихся в стационаре до операции от 1 до 5 дней, осложнения развиваются в 1,6% случаев, а свыше 10 дней — в 2,4% [4]. Определенное значение имеет и продолжительность операции. А. Н. Кабанов [4] указывает, что при операциях длительностью 2 часа нагноения возникают в 2,7 раза чаще, чем при операциях длительностью до 1 часа.

В нашу задачу входило изучение бациллоносительства среди работников операционного блока и больных, поступивших для крупных оперативных вмешательств, с целью их санации. За период с ноября 1975 г. по февраль 1976 г. исследован 41 больной в возрасте от 17 до 74 лет, поступившие в хирургическое отделение II клинической больницы с различными заболеваниями: холецистит — 11, грыжа — 11, язвенная болезнь — 9, хронический рецидивирующий аппендицит — 3, гидрочеле — 3, эпителиальный копчиковый ход — 2, геморрой и тромбоз флегит — по 1 больному. Из них 22 чел. являлись носителями патогенного стафилококка (почти 53,6%).

Эффективность борьбы с патогенным стафилококком зависит от чувствительности применяемых препаратов. Установлено, что стафилококк устойчив к пенициллину — 76,5%, стрептомицину — 88,6%, левомицетину — 84,1%, эритромицину — 48,5%, мономицину — 38,6%, нео-

мицину—33,7% [6, 8]. Есть данные о проведении санации препаратами нитрофуранового ряда — фураген, фуразолин. Эти препараты дают четкий, но неустойчивый эффект (через 7—10 дней стафилококки появлялись вновь), поэтому необходимо их циклическое применение [2]. Часто для санации применяются растворы гексахлорофена, хлорофилипта. Однако, так как носительство имеет сезонный характер, то в период пика добиться его снижения с помощью этих препаратов удается с трудом [1]. Имеются опыты проведения санации раствором неомицина, однако эффекта это не дало [6]. Нами применялось санирование носителей патогенного стафилококка раствором фурациллина. Хотя мы добивались санирующего действия, эффект не всегда бывал четким и продолжительным, что заставляло через 15—20 дней проводить повторные санации.

В связи с этим мы обратили внимание на новый полусинтетический пенициллин антистафилококкового действия—фециллин, синтезированный НИИ тонкой органической химии АН АрмССР им. А. Л. Мнджояна. Надо отметить, что во время пробы на чувствительность фециллин дал эффект почти в 1,5—2 раза больший, чем неомицин. В то же время по отношению к другим микробам, в частности кишечной палочке, фециллин не обладает чувствительностью.

Препарат применяется путем полоскания зева водным раствором фециллина (0,5 г фециллина и 400 мл H_2O) 2 раза в день в течение двух дней. При определении наличия патогенного стафилококка нами учитывались 2 показателя: способность стафилококка свертывать плазму крови и вызывать лизис эритроцитов, причем особое место отводилось пробе на плазму, которая позволяет выявить носительство патогенного стафилококка в 90—95% случаев. Санацию в виде полоскания раствором фециллина прошли все 22 человека, и все они избавились от носительства патогенного стафилококка. Из 22 больных, прошедших санацию, 18 были впоследствии оперированы. Ни у одного из них в послеоперационный период не возникло гнойных осложнений. У одного больного имелись выделения из раны, однако это были сукровичные выделения. В остальных случаях послеоперационное течение протекало гладко, рана заживала первичным натяжением.

Была проведена также санация персонала отделения. Первые мазки были взяты в начале ноября 1975 г. у 25 сотрудников отделения, из них 10 (40%) оказались носителями патогенного стафилококка. На санацию было затрачено 2,5 г фециллина, в результате чего все 10 человек освободились от носительства. Повторное обследование персонала через 3 месяца из 24 обследуемых выявило 8 (33,3%) носителей. Из них трое фигурировали в списке и в первый раз, причем стерильности у них добиться не удалось, патогенные стафилококки перешли в непатогенную форму. На этот раз было затрачено 2 г фециллина, после чего все 8 чел. избавились от носительства патогенного стафилококка.

Наши наблюдения показали, что фециллин является одним из наиболее эффективных средств, применяемых для санации бациллоноси-

телей патогенного стафилококка. Среди преимуществ раствора надо отметить четкость, быстроту оказанного действия, а также относительную продолжительность чистоты зева после санации. Для сравнения отметим, что применяемые для санации ротовой полости препараты нитрофуранового ряда—фурагин, фуразолин давали четкий, но непродолжительный эффект (через 7—10 дней стафилококк вновь появлялся), требуя циклического применения. Наши наблюдения проводились в период с ноября по февраль, который, по данным некоторых авторов, является пиком носительства патогенных стафилококков [1], тем не менее достигался четкий saniрующий эффект. Исследования показали, что для окончательной ликвидации носительства патогенного стафилококка необходимо проведение повторной санации через 2—3 месяца.

Хочется отметить необходимость создания специальных отделений для подготовки больных к операции, где они проходили бы и санацию, что уменьшило бы бациллоносительство и снизило частоту гнойных осложнений.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 14/1 1977 г.

Ս. Ա. ՀԱՎՈՐԱՆ

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՊԱԹՈԳԵՆ ՍՏԱՖԻԼՍԿՈԿԻ ԲԱՑԻԼՈՍԵՐՈՒԹՅԱՆ
ՍԱՆՍՑԻԱՆ ՖԵՑԻԼԻՆԻ ՆԵՐԳՈՐԾՈՒԹՅԱՄԲ

Ս. մ փ ո փ ո լ մ

Աշխատանքում բերված են տվյալների բերանի խոռոչի պաթոզեն ստաֆիլակոկային բացիլակրոթյան սանացիայի ժամանակ, ֆեցիլինի հակաստաֆիլակոկային ներգործության վերաբերյալ:

Ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ ֆեցիլինը հանդիսանում է էֆեկտիվ միջոց պաթոզեն ստաֆիլակոկային բացիլակրոթյան դեմ պայքարելու համար: Ֆեցիլինի առավելությունը կայանում է նրանում, որ արդյունքը ստացվում է կարճատև բուժումից հետո, և սանացիայից հետո բերանի խոռոչի ստերիլությունը պահպանվում է ավելի երկարատև: Ինչպես ցույց են տալիս ուսումնասիրությունները, պաթոզեն ստաֆիլակոկի բացիլակրոթյան լրիվ լիկվիդացիայի համար անհրաժեշտ է անցկացնել կրկնակի սանացիա՝ 2—3 ամիսը մեկ անգամ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Амосов Н. М., Сидаренко Л. Н., Чепкий Л. П. Материалы XII пленума Всесоюзного общества хирургов. М., 1971, стр. 9.
2. Бирзак И. М. Материалы XII пленума Всесоюзного общества хирургов. М., 1971, стр. 49.
3. Иванова С. П. Вестник оториноларингологии, 1976, I, стр. 27.

4. Кабанов А. Н., Ситко Л. А. Материалы XII пленума Всесоюзного общества хирургов. М., 1971, стр. 72.
5. Кашкин К. А. Материалы XII пленума Всесоюзного общества хирургов. М., 1971, стр. 12.
6. Шафер И. И., Зельманович Б. М. Материалы XII пленума Всесоюзного общества хирургов. М., 1971 стр. 125.
7. Юхимец А. Д., Волянский Ю. Л. Материалы XII пленума Всесоюзного общества хирургов. М., 1971 стр. 126.
8. Александер Дж. У., Гуд Р. А. Иммунология для хирургов. М., 1974.
9. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. София, 1974, стр. 10.