

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЛІМФОТРОПНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ АПЕНДИЦИТІ

*І.Д. Дужий, І.В. Пономаренко, М.А. Сидорук**

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми;

**Буринська ЦРЛ, м. Буринь, Сумська обл.*

Гострий апендицит залишається нестаріючою проблемою в ургентній хірургії, оскільки, незважаючи на зменшення кількості апендектомій, питома вага з приводу деструктивних його форм збільшується і відповідно зростає загроза гнійно-септичних ускладнень. Автори діляться першим досвідом введення у післяопераційний період антибіотиків лімфотропним шляхом.

ВСТУП. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Гострий апендицит (ГА) – захворювання, що в ургентній хірургії має найбільшу питому вагу, хоча останніми роками складається тенденція щодо зменшення оперативних втручань з цього приводу. Якщо в Україні у 1962 -1966 рр захворюваність становила 74 на 10 тис. населення, то у даний час вона становить 1:100, 1:200 [9]. Проблема має 120-річну історію. Відомий вислів С.І.Спакокукоцького: «Про гострий апендицит так багато сказано і написано, що стає незручно, коли робиш спробу повернути увагу до цього питання». Але у практичній хірургії з гнітючою послідовністю продовжують траплятися випадки гнійних та деструктивних форм апендициту, що підкреслює важливість і актуальність проблеми [3]. З іншого боку, останніми двома десятиліттями кількість апендектомій, виконаних з приводу простого апендициту, має явну тенденцію до зменшення [19]. Проте післяопераційна летальність, за тим самим автором, залишається практично незмінною – 0,12%. Незважаючи на ретельне вивчення проблеми в усіх її аспектах, наведена летальність вимагає шукати шляхи для її подолання [21]. Відомі незадовільні наслідки при ліквідуванні деструктивних форм ГА. За [13] при гангренозному і перфоративному ГА летальність досягає 8-23%. Основна причина летальних наслідків полягає у розвитку післяопераційних ускладнень [21]. Останні ж розвиваються частіше при деструктивних формах ГА [5]. Незважаючи на те, що впродовж останніх 10 років кількість апендектомій зменшилась у 2,1 раза, питома вага кожної форми апендициту у загальній кількості апендектомій залишилася на тому самому рівні. Щорічна кількість операцій з приводу гострого перфоративного апендициту залишилася незмінною. З огляду на це відносна частота апендектомій з приводу апендициту, ускладненого перфорацією, зросла у 2,2 раза, тобто пропорційно зменшенню кількості операцій. Загалом частота ускладнених форм ГА трапляється у 34,6% хворих, а післяопераційні ускладнення – у 15,6% [17].

Таким чином, найбільш актуальною проблемою у лікуванні ГА в умовах сьогодення є розвиток гнійних післяопераційних ускладнень. Причиною останніх є хірургічна інфекція, яка розвивається внаслідок бактеріального засіменіння черевної порожнини і ран [3]. Інфікування ран трапляється при апендектомії значно частіше, ніж при інших, значно більших за обсягом, оперативних втручаннях [9]. Частота гнійних ускладнень після апендектомій становить 4-10% і тенденції до зниження немає, незважаючи на широке застосування антибіотиків останніх поколінь [11].

Найчастішими ускладненнями бувають нагноєння ран (66,3%), підапоневротичний абсцес (15,6%), лігатурна норичя (13%), абсцес черевної порожнини (11,7%), кишкова норичя (9%) – [4]. Серед

збудників, які виявляються у видаленому червоподібному відростку знаходять мікроорганізми, що властиві мікрофлорі кишечника здорової людини [18]. За [20] у видаленому червоподібному відростку переважали *E.coli* в асоціації з іншими мікроорганізмами, а у черевній порожнині переважала *E.coli* у монокультури. [14] узагальнили дані літератури стосовно інфекції в етіології і патогенезі ГА і показали зростання ролі анаеробно-аеробних асоціацій. Зрозуміло, що від визначення збудника залежить вибір антибактеріальної терапії, а відтак і перебіг післяопераційного періоду та можливі ускладнення. Але відомо, що результати культурального дослідження «визрівають» впродовж 3-4 діб, тобто саме тоді, коли розвиваються післяопераційні ускладнення. Отже, застосування антибіотиків у післяопераційний період у більшості випадків має емпіричний характер.

На перебіг післяопераційного періоду можуть впливати різноманітні фактори. Ключовими ж потрібно вважати стан імунітету і резистентності мікроорганізмів. [12] встановили пригнічення клітинного і гуморального імунітетів при деструктивних формах апендициту. На їх думку різке пригнічення Т- та В-систем імунітету на 1-3-тю добу післяопераційного періоду можуть бути прогностичною ознакою ймовірного розвитку гнійних ускладнень. Зниження загальної кількості Т-лімфоцитів та Т-хелперів підтвердив [10]. Ці дані обґрунтовують необхідність впливу не лише на можливого збудника ГА, а й на відповідні ланки імунної системи.

З цією метою [7] застосували метод непрямого ендолімфатичного введення димексиду з антибіотиками. У хворих на цукровий діабет [8] рекомендують невеликі дози інсуліну. У хворих похилого віку - антимікробну біосумісну полімерну плівку [2]. Інші автори пропонують використовувати електрофорез [15]. З метою профілактики ускладнень використовували комплекс заходів, у тому числі ультрафіолетове опромінення крові [16]. І все ж основною причиною летальних наслідків після апендектомії були гнійно-септичні ускладнення, стверджує [6].

Відносно тактики при ГА обговорюється навіть питання консервативного лікування [4, 18]. Проте [1,14] вважають, що встановлений діагноз апендициту – показання до оперативного втручання.

НЕВИРШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ. ЗАВДАННЯ

Незважаючи на значні досягнення у вивченні ГА, висока його частота в ургентній хірургії та значна питома вага деструктивних форм, що супроводжуються післяопераційними гнійними ускладненнями, які дають високу післяопераційну летальність, незважаючи на застосування антибіотиків останніх поколінь, вимагають нових пошуків у проведенні післяопераційної протимікробної антибактеріальної терапії, особливо з огляду на зростаючу резистентність патогенної мікрофлори до протимікробних засобів та гальмування імунітету.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Спостерігали 23 хворих на ГА. Вік пацієнтів від 18 до 63 років, середній вік – 43 роки. Були госпіталізовані до відділення від 4 до 11 годин з моменту маніфестації процесу. Оперовані через 1-3 години. Деструктивний апендицит виявився у 19 хворих, простий – у 4. Флегмонозний апендицит мав місто у 11 пацієнтів, гангренозний – у 8. Прободна форма ГА була виявлена у 5 осіб.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім хворим за 1 годину до оперативного втручання проводили введення базового антибіотика лімфотропним шляхом за розробленою

нами методикою. Таким препаратом з огляду на його аспект дії та найпоширенішу мікрофлору за даними літератури [20], був ампіцилін або ампісульбін. Враховувалась і економічна доцільність. Після операції препарат вводили через кожні 12 годин. Теоретично змінювати антибіотик збиралися після отримання результатів посіву на чутливість мікрофлори. При сумнівних результатах від стартового антибіотика повинні були відмовитись. Оскільки в усіх випадках перебіг процесу не давав приводу сумніватися щодо ефективності терапії, заміну антибіотика не провели жодного разу. Біль у післяопераційній рані був менш інтенсивним і тривалим порівняно із стандартною антибіотикотерапією, що дало змогу відмовитися від знеболювальних препаратів вже у кінці першої післяопераційної доби. Температура тіла нормалізувалася на початку другої доби в усіх випадках. Перистальтика кишківника відновлювалася через 12 годин. Хворі з деструктивним апендицитом були виписані на 7-му добу лише з огляду на характер процесу, а після простого апендициту – на 4-ту добу.

ВИСНОВОК

Введення антибактеріальних препаратів лімфотропним шляхом забезпечувало санацію ілеоцекального кута та черевної порожнини впродовж усього післяопераційного періоду і сприяло попередженню гнійних ускладнень.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Лімфотропна антибактеріальна терапія може бути рекомендована для застосування після апендектомії як базовий метод при всіх формах апендициту. При цьому можуть бути використані й інші антибіотики залежно від можливостей лікувального закладу та пацієнта.

SUMMARY

FIRST EXPERIENCE OF LYMPHOTROPIC ANTIBACTERIAL THERAPY AT ACUTE APPENDICITIS

I.D. Duzhyi, I.V. Ponomarenko, M.A. Sidorchuk
Sumy State University, Medical Institute

Acute appendicitis remains a nonaging problem in urgent surgery because irrespective of reducing number of appendectomies it turns more destructive and thereafter danger of pyoseptic complications increases. The authors impart their first experience of introduction of antibiotics lymphotropically over postoperative period.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Братусь В.Д., Фомин П.Д., Романов Р.А. К дискуссии об остром простом аппендиците // Клини. хирург. – 1994. – № 9. – С. 44-46.
2. Голомазов М.Ф., Шидловский В.А., Напастюк В.Л. Причины осложнений при остром аппендиците // Клини. хирург. – 1987. – № 4. – С. 53-54.
3. Девятков В.А., Петров С.В. Микробное обсеменение ран и профилактика гнойных осложнений // Хирургия. – 1992. – № 7-8. – С. 70-74.
4. Кулачек Ф.Г., Мильков Б.О., Кокощук Г.И. и соавт. Результаты оперативного лечения острого аппендицита // Клини. хирург. – 1991. – № 2. – С. 4-5.
5. Калашник С.А., Садовенко В.Н. Причины летальных исходов при остром аппендиците // Клини. хирург. – 1990. – № 4. – С. 18-19.
6. Короткий В.Н., Гелескул В.Ф., Колосович И.В., Бутырин С.А. Профилактика и лечение осложнений у больных острым аппендицитом // Клини. хирург. – 1993. – № 2. – С. 6-8.
7. Кривицкий Д.И., Гвоздяк И.И., Парацій З.З., Шуляренко В.А. Острый аппендицит у больных сахарным диабетом // Клини. хирург. – 1989. – № 4. – С. 14-16.
8. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / Под ред. М.И. Кузина, Б.М. Костюченка. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – С.149-169.
9. Лебедев А.И. Состояние клеточного иммунитета при перитоните, обусловленном аппендицитом и перфорацией язвы // Клини. хирург. – 1990. – № 4. – С.17-18.

10. Логачев Е.Г. Кишечные свищи как осложнение оперативных вмешательств при остром аппендиците // Харьковська хірургічна школа. – 2002. – №2 (3). – С. 79-80.
11. Лупальцев В.И., Дехтярук И.А., Курьязов Б.Н. Значение факторов иммунологической защиты в прогнозировании развития гнойно-септических осложнений после аппендэктомии // Клин. хирург. – 1992. – № 8. – С. 21-24.
12. Матяшин И.М. Осложнения аппендэктомии. – Киев, 1974.
13. Мамчич В.И., Улитовский Я.В. Роль инфекции в этиологии и патогенезе острого аппендицита, структуре его осложнений и летальности // Клин. хирург. – 1992. – № 4. – С. 4-7.
14. Мильков Б.О., Кулачек В.Г., Фундюк В.Д. Внутритканевой электрофорез у больных с аппендикулярной коликой и предположительным диагнозом неструктивной формы острого аппендицита // Клин. хирург. – 1992. – № 2. – С. 4-7.
15. Огоновський В.К. Профілактика післяопераційних гнійно-септичних ускладнень у хворих на гострий апендицит // Клін. хірург. – 1995. – № 2. – С 5-6.
16. Охріменко Г.І., Шишкін М.А. Ускладнення гострого апендициту // Шпит. хірург. – 2001. – № 4. – С. 49-52.
17. Поліщук В.Т., Пріор П.В., Костіна А.І., Дикий О.Г. Ранні ускладнення після втручань на органах черевної порожнини // Клін хірургія. – 2004. – №11-12. – С.84-85.
18. Совцов С.А. Острый аппендицит . Спорные вопросы //Хірург. – 2002. – № 1. – С. 59-61.
19. Фомін В.Д. Мікрофлора апендикса і черевної порожнини // Харьковська хірургічна школа. – 2002. – №2 (3). – С. 81-83
20. Шалько Ю.И. К вопросу о летальности после гнойного аппендицита // Харьковська хірургічна школа. – 2002. – №2 (3). – С. 805-88.

Дужий І.Д., доктор мед. наук, професор, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;
Пономаренко І.В., аспірант, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;
Сидорук М.А., завідувач хірургічного відділення Буринської ЦРЛ, м. Буринь.

Надійшла до редакції 2 липня 2008 р.