

ДОСВІД ЛІМФОТРОПНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

І.В. Пономаренко, М.А. Сидорук*

Медичний інститут СумДУ, м. Суми;

*Буринська ЦРЛ, м. Буринь, Сумська обл.

Автори наводять дані літератури, за якими гнійні ускладнення після апендектомії спостерігаються головним чином при деструктивних формах апендициту. Останніми двома десятиріччями відмічається тенденція до збільшення саме таких форм запалення відростка, а смертність залишається на одному рівні – 0,12%. Авторів провели лікування гострого апендициту, у тому числі деструктивного (74,5%), застосувавши у післяопераційний період лімфотропне введення антибіотика. Жодних ускладнень не спостерігали.

ВСТУП

Гострий апендицит (ГА) – найчастіше гостре захворювання органів черевної порожнини і має найбільш питому вагу в ургентній хірургії. В Україні захворюваність становить 1:100, 1:200 [1], хоча останніми роками почала проявлятися тенденція до зменшення оперативних втручань з цього приводу [1]. Разом з тим відомо, що найбільш актуальною проблемою при лікуванні ГА на сучасному етапі розвитку хірургії є гнійно–септичні ускладнення [2].

Так, щорічна кількість операцій з приводу гострого деструктивного апендициту залишається незмінною [3]. Частота ускладнених форм ГА спостерігається у 34,6% хворих, а післяопераційні ускладнення – у 15,6% [4]. Необхідно підкреслити, що це все відбувається на тлі бурхливого розвитку фармакологічної науки та фармакологічної промисловості, коли кількість антибактеріальних препаратів щорічно збільшується на 25–30%. Отже, просте збільшення кількості антибіотиків останніх поколінь проблему не вирішує, більше того, післяопераційна летальність впродовж останніх двох десятиліть залишається практично незмінною – 0,12% [5]. Основна причина летальних кінців полягає у розвитку післяопераційних ускладнень [3]. Останні ж розвиваються частіше при деструктивних формах ГА [2,6]. Як правило, причиною ускладнень після апендектомії є хірургічна інфекція, яка розвивається внаслідок бактеріального обсіменіння черевної порожнини і ран [3]. Таке інфікування трапляється при апендектомії значно частіше, ніж при інших, значно більших за обсягом, оперативних втручаннях [1]. Частота гнійних ускладнень після апендектомії тенденції до зниження не має, незважаючи на широке застосування дуже вартісних антибіотиків останніх поколінь. Таке застосування антибіотиків при різних інфекціях призводить до виникнення стійких штамів патогенних мікроорганізмів [4] та їх асоціацій, а також до гальмування імунорезистентності, що обеззброює хірурга і хворого після апендектомії [1,4].

Найчастішими ускладненнями ГА є нагноєння ран (66,3%), підапоневротичний абсцес (15,6%), лігатурні нориці (13%), абсцес черевної порожнини (11,7%), кишкова нориця (9%) – [7,8,9]. Серед збудників, які виявляються при культуральному дослідженні мазків видаленого червоподібного відростка, виявляють мікроорганізми, що властиві здоровій мікрофлорі кишечника людини [5,10, 11]. За іншими авторами, у видаленому червоподібному відростку переважали *E.coli* в асоціації з іншими мікроорганізмами, а у черевній порожнині – *E.coli* у монокультури [12]. Узагальнивши дані літератури стосовно інфекції в етіології ГА, дослідники показали зростання ролі анаеробно–аеробних асоціацій [10]. Особливого значення більшість авторів надає антибіотикорезистентним штамам збудників. Зрозуміло, що від визначення збудника залежить вибір антибактеріальної терапії, а відтак і перебіг післяопераційного періоду та можливі ускладнення. Проте відомо, що здебільшого застосування антибіотиків у післяопераційний період має типово емпіричний

характер через відсутність можливості своєчасно отримати результати культуральних досліджень видаленого відростка. Окрім цього, призначається антибактеріальний препарат звичайно в досить великих дозах, що негативно впливає на імунітет та природну резистентність хворого організму.

З огляду на перелічене та статистику частоти виникнення післяопераційних ускладнень і високу летальність існує нагальна потреба шукати шляхи для їх подолання [3]. Особливо до цього підштовхує те, що при гангренозному і перфоративному ГА летальність досягає 8–23% [10], а останніми десятиліттями кількість хворих, оперованих з приводу деструктивного ГА, збільшується [5].

На перебіг післяопераційного періоду впливають різноманітні фактори. Ключовими серед них потрібно вважати стан імунітету і резистентності макроорганізмів [4,13]. Різке пригнічення Т– та В–систем імунітету на 1–3–тю добу післяопераційного періоду можуть бути прогностичною ознакою ймовірного розвитку гнійних ускладнень [9]. Про значення зниження загальної кількості Т–лімфоцитів та Т–хелперів при розвитку ускладнень говорять й інші автори [3,14]. Наведені дані обґрунтовують необхідність шукати вплив не лише на можливого збудника ГА, а й на відповідні ланки імунної системи.

З цією метою деякі автори пропонують використовувати електрофорез [11], інші з метою профілактики ускладнень використовували ультрафіолетове опромінення крові [14].

НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Зважаючи на високу частоту випадків гострого деструктивного апендициту, високу частоту виникнення гнійних ускладнень, різко зростаючу резистентність патогенної мікрофлори до сучасних антибіотиків та значне гальмування імунітету, виникає потреба у пошуку нових методів проведення післяопераційної антимикробної терапії з коригуванням імунного статусу макроорганізму.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Спостерігали 47 хворих на ГА віком від 18 до 65 років. Хворі були госпіталізовані до хірургічного відділення від 3 до 48 годин з моменту маніфестації процесу. Оперовані після обстеження і відповідної підготовки через 1–3 години. Деструктивні форми апендициту виявлені у 35 (74,5%) хворих: флегмонозний апендицит мав місце у 21 хворого, гангренозний перфоративний – у 14 хворих. Простий апендицит виявлений у 12 пацієнтів. Для оцінки та прогнозу тяжкості гнійно – деструктивного процесу використовувався лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ). Усім хворим за 1 годину до оперативного втручання проводили введення базового антибіотика лімфотропним шляхом за розробленою нами методикою. Таким препаратом з огляду на широту його дії та економічну доцільність був обраний ампісульбін. Після оперативного втручання препарат вводили через кожні 12 годин протягом 5 днів. Змінювати антибіотик мали на меті після отримання результатів посіву на чутливість мікрофлори, або при незадовільних клінічних результатах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Заміна антибіотика не була проведена жодного разу, оскільки в усіх випадках застосування не було сумнівів щодо його лікувальної ефективності і позитивного перебігу процесу. Так, біль у ділянці післяопераційної рани був менш інтенсивним і тривалим порівняно із стандартною антибіотикотерапією, що дало змогу відмовитися від знеболювальних препаратів вже у кінці другої післяопераційної доби. Температура тіла нормалізувалася на початку другої доби в усіх випадках. Перистальтика кишечника відновлювалася через 12 годин. Порушень сечовипускання не було. Хворі з деструктивним апендицитом були виписані на 7–му добу, а після простого апендициту – на 4–ту добу.

ВИСНОВКИ

Введення антибактеріальних препаратів лімфотропним шляхом забезпечує санацію черевної порожнини і можливо корекцію імунітету впродовж усього післяопераційного періоду, що і сприяє попередженню гнійних ускладнень.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ

Лімфотропна антибактеріальна терапія може використовуватися для застосування після апендектомії як базовий метод при всіх формах гострого апендициту. Думаємо, що при цьому можуть бути використані й інші антибактеріальні препарати залежно від можливостей лікувального закладу. Дана теза повинна бути перевірена на відповідній кількості подібних хворих.

SUMMARY

EXPERIENCE OF LYMPHOTROPIC ANTIBACTERIAL THERAPY AT DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE APPENDICITIS

*I.V.Ponomarenko, N.A.Sidoruk**

Sumy State University

**Buryn Central District Hospital*

Authors cite the data from literature according to which purulent complications after appendectomy occur mainly at destructive appendicitis. Last two decades the tendency to increase in such forms of an inflammation of an outgrowth is looked through, and death rate remains at one level – 0,12 %. The authors have treated acute appendicitis, including destructive one (74,5 %), having applied lymphotropic introduction of an antibiotic in the postoperative period. Any complications were not observed

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лебедев А.И. Состояние клеточного иммунитета при перитоните, обусловленном аппендицитной перфорацией язвы // Клини. хирург. – 1990. – № 4. – С.17–18.
2. Калашник С.А., Садовенко В.Н. Причины летальных исходов при остром аппендиците // Клини. хирург. – 1990. – № 4. – С. 18–19.
3. Шальков Ю.И. К вопросу о летальности после гнояного аппендицита // Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2 (3). – С. 85–88.
4. Лупальев В.И., Дехтярук И.А., Курьязов Б.Н. Значение факторов иммунологической защиты в прогнозировании развития гнойно-септических осложнений после аппендэктомии // Клини. хирург. – 1992. – № 8. – С 21–24.
5. Поліщук В.Т., Приор П.В., Костіна А.І., Дикий О.Г. Ранні ускладнення після втручань на органах черевної порожнини // Кліні. хірургія. – 2004. – №11–12. – С.84–85.
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. Девятков В.А., Петров С.В. Микробное обсеменение ран и профилактика гнойных осложнений // Хирургия. – 1992. – № 7–8. – С. 70–74.
8. Голомазов М.Ф., Шидловский В.А., Напастюк В.Л. Причины осложнений при остром аппендиците // Клини. хирург. – 1987. – № 4. – С. 53–54.
9. Логачев Е.Г. Кишечные свищи как осложнение оперативных вмешательств при остром аппендиците // Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2 (3). – С. 79–80.
10. Мамчиц В.И., Улитовский Я.В. Роль инфекции в этиологии и патогенезе острого аппендицита, структуре его осложнений и летальности // Клини. хирург. – 1992. – № 4. – С. 4–7.
11. Огоновський В.К. Профилактика післяопераційних гнійно-септичних ускладнень у хворих на гострий апендицит // Клини. хирург. – 1995. – № 2. – С. 5–6
12. Фомін В.Д. Мікрофлора апендикса і черевної порожнини // Харківська хірургічна школа. – 2002. – № 2 (3). – С. 81–83.
13. Мятяшин И.М. Осложнения аппендэктомии. – Киев, 1974.
14. Охріменко Г.Л., Шишкін М.А. Ускладнення гострого апендициту // Шпит. хірург. – 2001. – № 4. – С. 49.
15. Дужий І.Д., Пономаренко І.В., Сидорук М.А. Перший досвід лімфотропної антибактеріальної терапії при гострому апендициті // Вісник Сумського державного університету. – 2008. – № 2, Т.2. – С.46–48.

*Пономаренко І.В., аспірант;
Сидорук М.А., лікар-хірург*

Надійшла до редакції 29 січня 2009 р.