



І. Д. Дужий, В. В. Шимко,
Г. І. П'ятикоп

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АПЕНДИКУЛЯРНИЙ ІНФІЛЬТРАТ

Сумський державний
університет

© Колектив авторів

Резюме. Проаналізовано результати лікування хворих на апендикулярний інфільтрат двох досліджених груп. В основній групі (35 хворих) проводилося лімфотропне введення антибактеріальних препаратів. У групі порівняння (35 осіб) проводилася стандартна антибактеріальна терапія. Запропонована методика антибіотикотерапії покращує результати лікування, дозволяє заощадити фінансові витрати на лікування та забезпечує своєчасне повернення оперованого до суспільно-корисної праці.

Ключові слова: *апендикулярний інфільтрат, лімфотропна терапія.*

Вступ

В ургентній хірургії органів черевної порожнини вже довгий час домінує захворювання, яке потребує негайного оперативного втручання. Таким захворюванням є гострий апендицит, який за даними останніх досліджень трапляється у 20,7 осіб на 10 тис. населення і упродовж останнього десятиліття залишається статистично відносно незмінним [1, 2]. Це ж стосується і летальності, яка у післяопераційний період знаходиться на рівні 0,1–0,5 % [3, 4]. Проте за ускладнених форм гострого апендициту та наявності супутніх захворювань летальність збільшується до 3 і навіть до 10 % [1, 5, 6, 7]. Основною причиною летальних наслідків у більшості випадків залишаються гнійно – септичні ускладнення.

З огляду на це, найбільш важливою проблемою сьогодення при лікуванні гострого апендициту є профілактика розвитку гнійних ускладнень, провідним поміж яких вже у доопераційний період залишається апендикулярний інфільтрат.

Відомо, що хробакоподібний паросток відноситься до лімфоїдних утворів, а лімфатична система є першим бар'єром на шляху поширення будь-якої інфекції. Отже, важливість цієї системи у патогенезі гострого апендициту є очевидною. Враховуючи на це терапію, спрямовану на санацію регіонарного лімфатичного колектора, потрібно розглядати як одну з провідних патогенетичних ланок при лікуванні хворих на гострий апендицит, особливо його ускладнених форм, а саме – апендикулярного інфільтрату [8, 9].

Відносно великий відсоток ускладнень та показники летальності, які при деструктивних формах гострого апендициту не зменшуються, змушують шукати шляхи покращання результатів лікування цієї групи хворих, втілювати новітні методики, спрямовані на профілактику та лікування ускладнень гострого апен-

дициту, що й обґрунтовує актуальність даної проблеми.

Мета досліджень

Необхідність вивчити можливості і ефективність антибіотикотерапії при апендикулярному інфільтраті шляхом запропонованої нами лімфотропної технології [10]. Базуючись на наведеному, лімфотропну терапію ми розглядали як таку, що направлена на одну з патогенетичних ланок при лікуванні хворих на гострий апендицит взагалі і на ускладнений апендикулярним інфільтратом, зокрема. Основним при цьому є антимікробна санація лімфатичної системи здухвинної ділянки і органів, втягнутих у інфекційно – запальний процес, яким у даному випадку є апендикулярний інфільтрат.

Матеріали і методи досліджень

Відомо, що методи санації лімфатичної системи при різних захворюваннях поділяють на прямі та непрямі. Нами розроблений і апробований спосіб регіонарної лімфотропної терапії при ряді захворювань, у тому числі й при гострому апендициті, який ґрунтується на накопиченні антибіотика у лімфатичному апараті ілеоцекальної ділянки [9, 10]. Проаналізовані результати лікування хворих на апендикулярний інфільтрат двох досліджених груп. В основній групі було 35 хворих віком від 20 до 79 років, поміж яких осіб чоловічої статі було 13, жіночої – 22. Цим хворим проводилася запропонована кафедрою методика лімфотропного введення антибактеріальних препаратів. В основі методики – застосування препаратів, що збуджують лімфоутворення і лімфовідтік з поетапним введенням антибіотика ампісульбіну [10, 11]. Даний антибіотик вибраний нами емпірично з урахуванням його спектру дії та чутливості до нього мікрофлори. З метою збудження лімфотокру застосовували лідазу,

а для покращення лімфотоків і попередження тромбоутворення у лімфатичному колекторі – гепарин та но-шпу. У схему лікувальних препаратів додавали потужний неспецифічний протизапальний розсмоктуючий препарат – німесулід.

У групі порівняння кількість осіб була такою ж – 35. Хворим цієї групи проводилася стандартна антибактеріальна терапія тим же антибактеріальним препаратом. Вік хворих коливався у межах 23–75 років. Осіб чоловічої статі було – 19, жіночої – 16 ($p > 0,05$). Отже, групи хворих були репрезентативними, що дає право на проведення порівняльного аналізу. Результати лікування хворих оцінювали за динамікою загального стану хворих, температурної реакції, розсмоктування інфільтрату та зміною лабораторних показників (лейкоцитоз, ШОЕ, індекс ядерного зсуву), які ми вивчали на 3 – 5 – 10 добу, а далі – за показаннями.

Результати досліджень та їх обговорення

При госпіталізації до відділення у хворих обох груп спостерігалися явища інтоксикації (загальна слабкість, швидка втомлюваність, відсутність апетиту, сухість ротової порожнини). Температура тіла коливалася у межах від 37,8 до 39,2 °С. У правій здухвинній ділянці пальпувалося нерухливе болісне ущільнення від 10–12 до 15–18 см у більшому розмірі. У процесі обстеження жінки консультовані гінекологом на предмет наявності гострого запального захворювання органів малої миски, наявність якого була скасована. У хворих обох груп спостерігали зміни, що характеризують запальний патологічний процес. Так, у хворих основної групи при лабораторному дослідженні крові мав місце лейкоцитоз від 8,5 до 15×10^9 /л, прискорена ШОЕ від 17 до 41 мм/год. та збільшений індекс ядерного зсуву (0,6–0,9). У пацієнтів групи порівняння також спостерігалося збільшення кількості лейкоцитів до $(8,7-14,1) \times 10^9$ /л, ШОЕ – до 16–35 мм/год., індексу ядерного зсуву – до 0,7–0,8 ($p > 0,05$).

При застосуванні регіонарної лімфотропної антибіотикотерапії у хворих основної групи вдавалося досягати швидкої позитивної динаміки у відношенні лабораторних показників вже на 3 добу: лейкоцитоз зменшувався до $(6,5-10) \times 10^9$ /л, ШОЕ – до 7–20 мм/год., індекс ядерного зсуву – до 0,3–0,5.

У хворих групи порівняння, яким проводилося лікування за традиційною схемою, помітного покращення лабораторних показників досягали на 5 добу лікування (лейкоцитоз зменшувався до $(8,3-12,2) \times 10^9$ /л, ШОЕ – до

15–24 мм/год., індекс ядерного зсуву – до 0,5–0,6, проте це зменшення було недостовірним ($p > 0,05$).

Розсмоктування апендикулярного інфільтрату в основній групі розпочиналося на 2–3 добу, а у хворих групи порівняння – на 8–9 ($p < 0,05$). Хворі основної групи були виписані під спостереження амбулаторного хірурга на 6–7 добу, а хворі групи порівняння – на 12–14 добу. У віддалений період 4 (11 %) осіб основної групи оперовані через 1,5–2 місяці у плановому порядку. При цьому залишкових явищ у вигляді злукового процесу практично не було виявлено. Інші хворі – 31 (89 %) самостійно на огляд не з'явилися, що, на нашу думку, свідчило за їхній задовільний стан та відсутність клінічних проявів хвороби. На анкетний запит до них дали відповідь 13 (37 %) опитаних – скарг не було. Середній ліжко-день в цій групі хворих становив 6,5.

У групі порівняння у плановому порядку оперовано 25 (71 %) осіб, що більше, ніж в основній групі у 6,25 разу ($p < 0,05$). Під час операції у 21 (84 %) осіб мали місце залишкові явища у вигляді злук різного ступеня зрілості.

Абсцедування інфільтрату у хворих основної групи не було, а у хворих групи порівняння спостерігалося у 7 (20 %) осіб ($p < 0,05$). Середній ліжко-день у цієї групи хворих склав 13,9.

Висновки

1. Застосування регіонарної лімфотропної терапії за запропонованою методикою при апендикулярних інфільтратах забезпечує ефективну антибактеріальну санацію черевної порожнини, а саме здухвинної та ілеоцекальної зон, скорочує терміни розсмоктування інфільтрату та терміни перебування хворого у стаціонарі в середньому на 7 діб.

2. Кількість оперованих у віддалений період в основній групі була меншою у 6,25 разу.

3. В основній групі при оперативному лікуванні злуковий процес був відсутній, а у хворих групи порівняння наявність злукового процесу встановлена у 84 % оперованих.

4. Запропонована методика антибіотикотерапії покращує результати лікування, скорочує терміни перебування хворого у стаціонарі і дозволяє заощадити фінансові витрати на лікування, забезпечує своєчасне повернення оперованого до суспільно – корисної праці.

Продовжити накопичення клінічного матеріалу з метою вивчення віддалених наслідків лімфотропної терапії у хворих на апендикулярні інфільтрати.



ЛІТЕРАТУРА

1. Іванько О.В., Калина Р.А. Проблеми та напрямки сучасного лікування гострого апендициту// Хірургія України. 2014. № 3(51). С. 100–104.
2. Матвійчук Б.О. Проблема гострого апендициту в Україні / Б. О. Матвійчук, В.В Михайлович, О.Б. Матвійчук // Львівський медичний часопис. 2002. Т. 8 №4. С. 103–109.
3. Охріменко Г.І. Ускладнення гострого апендициту/ Г.І. Охріменко, М.А. Шишкін// Шпитальна хірургія. 2001. №4. С. 49-52.
4. Пронин В.А., Бойко В. В. Патология червеобразного отростка и аппендектомия. — Х. : «СІМ», 2012. 304 с.
5. Аванесова Е.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата/ Е.А. Аванесова, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомов// Хирургия. 2008. №12. С. 8-12.
6. Матвійчук Б.О., Квіт А.Д., Терлецький О.М. Бактеріальний чинник та шляхи оптимізації лікувальної програми хворих на гострий апендицит// Укр. журн. хірургії. 2013. №1(20).С. 58–60.
7. Voiculescu D., Palade R. Immunologic and bacteriologic study of severe acute appendicitis. Diagnostics and therapeutic considerations// Chirurgia (Bucur). 2007. Vol. 102(3). P. 271-276.
8. Дужий І.Д., Шимко В.В. Лімфотропна терапія – перспективний вектор у лікуванні апендикулярних інфільтратів//Харківська хірургічна школа. 2016. № 5(80). С. 15-17.
9. Дужий І.Д., Шимко В.В. Спосіб лікування апендикулярного інфільтрату Ukrainian patent, №119597, 2017.
10. Дужий І.Д., Пономаренко І.В. Спосіб профілактики гнійних ускладнень при лікуванні хворих на гострий апендицит Ukrainian patent, №44648, 2009.
11. Дужий І.Д. Перший досвід лімфотропної антибактеріальної терапії при гострому апендициті / І.Д. Дужий, І.В. Пономаренко, М.А. Сидорук // Вісник Сумського державного університету. 2008. Т. 2, вип. 2. С. 46–48.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

*И. Д. Дужий, В. В. Шимко,
Г. И. Пятикоп*

NEW POSSIBILITIES FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH APPENDICULAR INFILTRATION.

*I. D. Duzhyi, V. V. Shymko,
H. I. Piatyokop*

Резюме. Проанализированы результаты лечения больных с аппендикулярным инфильтратом в двух группах. В основной группе (35 больных) проводилось лимфотропное введение антибактериальных препаратов. В группе сравнения (35 пациентов) проводилась стандартная антибактериальная терапия. Предложенная методика антибиотикотерапии улучшает результаты лечения, позволяет сэкономить финансовые затраты на лечение и обеспечивает своевременный возврат оперируемого к общественно - полезному труду.

Ключевые слова: *аппендикулярный инфильтрат, лимфотропная терапия.*

Summary. The results of treatment of patients with appendicular infiltrate in two groups are analyzed. In the main group (35 patients) the method of lymphotropic administration of antibacterial drugs was carried out. Standard antibacterial therapy was performed in the comparison group (35 patients). The proposed method of antibiotic treatment improves the results of treatment, saves financial costs for treatment and ensures the timely return of the patients to socially useful work.

Key words: *appendicular infiltration, lymphotropic therapy.*