



І. Д. Дужий, В. В. Шимко

Сумський державний
університет

© Дужий І. Д., Шимко В. В.

ЛІМФОТРОПНА ТЕРАПІЯ — ПЕРСПЕКТИВНИЙ ВЕКТОР У ЛІКУВАННІ АПЕНДИКУЛЯРНИХ ІНФІЛЬТРАТІВ

Резюме. У роботі проаналізовано ефективність лікування хворих на апендикулярний інфільтрат.

Актуальність проблеми полягає у частоті апендикулярного інфільтрату (0,2–5,8 %) та досить високої летальності (1,9–9,7 %). За методикою кафедри проліковано 35 осіб з даним ускладненням. При цьому вдалося скоротити термін стаціонарного лікування з 13–15 діб до 7–9. У віддалений період при оперативному лікуванні хворих основної групи злуки не виявлено, а у хворих групи порівняння такі зміни знайдено у 82 % оперованих, що свідчить про позитивний вплив лімфотропної антибактеріальної терапії.

Ключові слова: *лімфотропна терапія, апендикулярний інфільтрат.*

Вступ

В ургентній хірургії органів черевної порожнини вже довгий час домінує захворювання, яке потребує негайного оперативного втручання. Маємо на увазі гострий апендицит — запальне захворювання хробакоподібного паростка, на долю якого припадає 60–70 % ургентних оперативних втручань [5, 7]. Системне вивчення проблеми лікування хворих на гострий апендицит триває більше сторіччя [6, 7]. Але, незважаючи на багаторічні дослідження мікробіологів, патоморфологів і фахівців у галузі протизапальної та антибіотикотерапії, далеко не всі питання, що пов'язані з цим захворюванням, залишаються належним чином вирішеними [2, 8].

За даними останніх досліджень захворюваність на гострий апендицит складає 20,7 на 10 тис. населення і впродовж останнього десятиріччя залишається відносно незмінною [5, 7]. Це ж стосується і летальності, яка у післяопераційний період знаходиться на рівні 0,1–0,5 % [8, 10]. Проте за ускладнених форм гострого апендициту та наявності супутніх захворювань летальність збільшується до 3 і навіть до 10 % [1, 5, 8]. Основною причиною летальних наслідків у більшості випадків стають гнійно-септичні ускладнення. Причиною таких ускладнень буває інфекція, що розвивається внаслідок засмінення черевної порожнини чи післяопераційної рани патогенними мікроорганізмами з головного джерела інфекції, яким у більшості хворих бувають деструктивні форми апендициту та осередки його ускладнень [2, 12]. Одним із поширених і загрозливих ускладнень гострого апендициту залишається апендикулярний інфільтрат, який являє собою гнійно-запальний процес, що обмежений фіброзно-злуковими змінами

(утворами). Апендикулярний інфільтрат розвивається внаслідок переходу запалення з хробакоподібного паростка на сліпу кишку та термінальний відділ здухвинної кишки і клітковину однойменної ямки. З часом запалення відмежовується шляхом втягнення у процес великого фартуха, очеревини, та брижі хробакоподібного паростка [3, 8]. Відомо, що у брижі знаходяться регіонарні лімфатичні вузли, тканевий тиск у яких при запаленні підвищується, що підтримує гнійний процес, створює умови для його поширення та затримує розсмоктування [4, 9]. Сприяє такому перебігу процесу ретроградний потік лімфи від лімфовузлів до інфільтрату саме за рахунок підвищеного у них тиску, оскільки лімфатичні вузли є першим бар'єром на шляху поширення будь якої інфекції [9]. З огляду на перелічене зачароване коло, запалений паросток — лімфатичні вузли — апендикулярний інфільтрат, — замикається. Оскільки й сам хробакоподібний паросток відноситься до лімфоїдної тканини, важливість ролі лімфатичної системи у патогенезі апендикулярного інфільтрату є очевидною. Частота апендикулярного інфільтрату за даними різних авторів варіює у межах 0,2–5,8 %, а летальність складає 1,9–9,7 % [1, 9].

Відносно значна частота розвитку апендикулярного інфільтрату та показники летальності, які не мають тенденції до зменшення, змушують медичну спільноту постійно шукати шляхи оптимізації лікування хворих цієї групи. Активне оперативне лікування таких хворих у більшості випадків не застосовується, а консервативне, основу якого складає антибіотикотерапія, буває досить тривалим, і далеко не завжди ефективним [3, 8]. Окрім цього таке лікування завжди дороговартісне, а відтак зумовлює необхідність пошуків нових і більш

ефективних лікувальних методів, що і обґрунтовує актуальність даної проблеми [3, 5].

Мета досліджень

Метою проведеної роботи була необхідність вивчити можливості й ефективність антибіотикотерапії при апендикулярному інфільтраті шляхом запропонованої нами лімфотропної технології [4]. З огляду на наведене вище лімфотропну терапію потрібно розглядати як таку, що направлена на одну з патогенетичних ланок при лікуванні хворих на гострий апендицит взагалі і на ускладнений апендикулярним інфільтратом зокрема, з метою антимікробної санації лімфатичної системи здухвинної ділянки і органів, що втягнуті в інфекційно-запальний процес.

Матеріали та методи досліджень

Нами проаналізовано безпосередні та віддаленні результати лікування хворих на апендикулярний інфільтрат у досліджених двох груп. У основній групі хворих досліджено 35 осіб віком від 20 до 79 років, поміж яких осіб чоловічої статі було 13, жіночої — 22. Хворим цієї групи проводили лімфотропну терапію за запропонованою на кафедрі методикою, в основі якої були препарати, що збуджують лімфоутворення та лімфовідтік на тлі комбінованого антибіотика ампісульбіну [3, 4].

Групу порівняння взято за попередні роки і проаналізовано ретроспективно. Кількість осіб у ній була такою ж — 35. Хворим групи порівняння проводилася стандартна антибактеріальна терапія емпіричного характеру. Вік хворих знаходився у межах 23–75 років, осіб чоловічої статі поміж них було — 19, жіночої — 16. Отже, для проведення порівняльного аналізу групи були репрезентативними — $p > 0,05$. Результати лікування хворих оцінювали за динамікою загального стану хворих, температурною реакцією, зменшенням інфільтрату, зміною лабораторних показників (лейкоцитоз, ШОЕ, індекс ядерного зсуву), які ми вивчали на 3–5–10 добу, а далі — за показаннями та тривалістю стаціонарного лікування.

Результати досліджень та їх обговорення

При госпіталізації до відділення у хворих обох груп спостерігалися загальні явища інтоксикації (загальна слабкість, швидка втома, відсутність апетиту, сухість ротової порожнини), температура тіла у межах 37,8 — 39,2 °С. У правій здухвинній ділянці прощупувалося нерухливе болісне ущільнення розмірами від 10–12 до 15–18 см. У процесі обстеження хворі жіночої статі консультовані гінекологом на наявність гострого захворювання малої миски. При лабораторному дослідженні крові у хворих обох

груп мав місце лейкоцитоз від 8,5 до 15×10^9 /л, прискорена ШОЕ від 17 до 41 мм/г, та збільшений індекс ядерного зсуву (0,6–0,9) — $p > 0,05$.

При застосуванні регіонарної лімфотропної антибіотикотерапії терапії у хворих основної групи вдавалося досягати швидкої позитивної динаміки у відношенні лабораторних показників вже на 3 добу: лейкоцитоз зменшувався на $(2,5-3,0) \times 10^9$ /л і у середньому досягав $(6,5-10) \times 10^9$ /л; ШОЕ зменшувалося на 10–20 мм/г, досягаючи — 7–20 мм/г; ІЯЗ зменшувався на 0,5–0,8 і становив 0,3–0,5 ($p < 0,05$).

У хворих групи порівняння, яким проводилося лікування за традиційною схемою, протягом цього періоду лікування (3 доба) спостерігалося в окремих випадках деяке покращення лабораторних показників, проте воно не було достовірним ($p > 0,05$).

Розсмоктування інфільтрату в основній групі розпочиналося на 2–3 добу, а у хворих групи порівняння — на 8–9 ($p < 0,05$) добу. Хворі основної групи виписувалися під спостереження амбулаторного хірурга на 7–9 добу, а хворі групи порівняння — на 13–15 добу. Поміж хворих основної групи 15 (43 %) осіб оперовані протягом 1,5–2 місяці у плановому порядку. При цьому залишкових явищ у вигляді спайкового процесу практично не виявлено. Інші хворі — 20 (57 %), самостійно на огляд не з'явилися, що на нашу думку свідчило за їхній задовільний стан та відсутність клінічних проявів хвороби. На анкетний запит дали відповідь 13 (37 %) опитаних — скарг не було. Поміж хворих групи порівняння у плановому порядку оперовано 20 (57 %) осіб, що більше ніж у основній групі в 1,4 рази. З приводу ниючих болей у правій здухвинній ділянці оперовано 10 (50 %); з приводу періодичних спастичних болей у цій ділянці 7 (35 %). Таким чином, оперовано 17 досліджених з огляду на клінічні прояви захворювання у зоні здухвинної ділянки. Під час операції у 14 (82 %) осіб мали місце залишкові явища у вигляді злук різного ступеня зрілості ($p < 0,05$). Абсцедування інфільтрату у хворих основної групи не було, а у хворих групи порівняння трапилося у 7 (20 %) осіб ($p < 0,05$). Середній ліжко-день у хворих основної групи склав 9,7, а у хворих групи порівняння — 15,1.

Висновки

Застосування регіонарної лімфотропної терапії за запропонованою методикою при апендикулярних інфільтратах забезпечує ефективну антибактеріальну санацію черевної порожнини, скорочує терміни розсмоктування інфільтрату та терміни перебування хворого у стаціонарі в середньому на 5 діб. Кількість оперованих у віддалений період поміж осіб основної групі була меншою в 1,4 рази. В основній групі при оперативному лікуванні у віддалений пе-



ріод злуковий процес був відсутній, а у хворих групи порівняння наявність такого процесу встановлено у 82 % оперованих. Перелічене дозволяє заощадити фінансові витрати як хворих, так і держави та своєчасно повернутися реабілітантам до суспільно-корисної праці.

У подальших дослідженнях плануємо продовжити накопичення клінічного матеріалу з метою вивчення віддалених наслідків лімфотропної терапії у хворих на апендикулярні інфільтрати можливо із застосуванням інших антибіотиків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аванесова Е.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / Е. А. Аванесова, А. С. Ермолов, Г. В. Пахомов // Хирургия. – 2008. – №12. – С. 8-12.
2. Вибір емпіричної антибактеріальної терапії при хірургічному лікуванні хворих на деструктивні форми гострого апендициту / Б. Г. Безродний, О. В. Сурмашева, А. В. Іовіца [та ін.] // Хирургія України. – 2011. – № 1. – С. 17–22.
3. 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.
4. Дужий І.Д. Пономаренко І.В. Спосіб профілактики гнійних ускладнень при лікуванні хворих на гострий апендицит Ukrainian patent, no.44648, 2009
5. Іванько О.В. Проблеми та напрямки сучасного лікування гострого апендициту / О. В. Іванько, Р. А. Калина // Хирургія України. – 2014. – № 3(51). – С. 100–104.
6. Квіт А.Д. Клініко-мікробіологічні аспекти лікування пацієнтів з гострим ускладненим апендицитом/ А. Д. Квіт, В.Т. Бочар // Хирургія України. – 2015. – №2. – С. 37–41.
7. Матвійчук Б.О. Бактеріальний чинник та шляхи оптимізації лікувальної програми хворих на гострий апендицит / Б. О. Матвійчук, А. Д. Квіт, О. М. Терлецький // Укр. журн. хірургії. – 2013. – №1(20). – С. 58–60.
8. Охріменко Г.І. Ускладнення гострого апендициту / Г. І. Охріменко, М. А. Шишкін// Шпитальна хірургія. – 2001. – №4. – С. 49-52.
9. Русняк І. Физиология и патология лимфообращения / И. Русняк, М. Фельди, Дьердь Сабо. – Издательство Академии наук Венгрии, 1957. – 856 с.
10. Пронин В. А. Патология червеобразного отростка и аппендектомия / В. А. Пронин, В. В. Бойко. – Х. : «СІМ», 2012. – 304 с.
11. Voiculescu D. Immunologic and bacteriologic study of severe acute appendicitis. Diagnostics and therapeutic considerations / D. Voiculescu, R. Palade // Chirurgia (Bucur). -2007. – Vol. 102(3). – P. 271-276.
12. Lamps L. W. Appendicitis and infections of the appendix / L. W. Lamps // Semin. Diagn. Pathol. – 2004. – Vol. 45(11). – P. 2181-2185.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ВЕКТОР В ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

И. Д. Дужий, В. В. Шимко

Резюме. В работе проанализирована эффективность лечения больных с аппендикулярным инфильтратом.

Актуальность проблемы заключается в частоте аппендикулярного инфильтрата (0,2–5,8 %) и достаточно высокой летальности (1,9–9,7 %). По методике кафедры пролечено 35 больных с данным осложнением. При этом удалось сократить срок стационарного лечения с 13–15 суток до 7–9. В отдаленный период при оперативном лечении больных основной группы спаечный процесс не обнаружен, а в группе сравнения такие изменения найдены у 82 % оперированных, что свидетельствует о положительном влиянии лимфотропной антибактериальной терапии.

Ключевые слова: лимфотропная терапия, аппендикулярный инфильтрат.

LYMPHOTROPIC THERAPY IS A PERSPECTIVE IN TREATMENT OF APPENDICULAR INFILTRATES

I. D. Duzhiy, V. V. Shymko

Summary. The work presents an analysis of effectiveness of treatment of patients with appendicular infiltrate.

The problem of appendicular infiltrate concerns frequency (0,2–5,8 %) and a high mortality (1,9–9,7 %). A total of 35 patients with appendicular infiltrate were treated using the Department's method. The hospital stay was shorter than in the comparison group, from 13–15 days to 7–9 days, respectively. In a long-term period, the operated patients had no adhesion lesions, while the patients of the comparison group had the ones in 82%. This shows effectiveness of the lymphotropic antibacterial therapy.

Key words: lymphotropic therapy, appendicular infiltrate