

© Шапринський В.О., Макаров В.М.

УДК: 616.36-002.- 3-089

Шапринський В.О., Макаров В.М.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

РОЛЬ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АБСЦЕСАМИ ПЕЧІНКИ

Резюме. Антибактеріальна терапія відіграє одне з головних питань в тактиці лікування та клінічного перебігу абсцесів печінки. Особливості етіопатогенезу та клінічної картини захворювання потребують диференційованого підходу до використання антибіотикотерапії з подальшим спостереженням клінічної динаміки і її ефективності. В комплексному лікуванні абсцесів печінки антибактеріальна терапія проводилась емпірично з урахуванням найбільш ймовірної етіології інфекційного процесу, до операції з метою зменшення контамінації операційної рани інфекційним агентом, а надалі за результатами бактеріального посіву з вогнища абсцесу печінки та антибіограми. На сьогоднішній день вибір антибактеріальної терапії має ряд обов'язкових умов, обумовлених етіологією та клінічною картиною перебігу абсцесу печінки.

Ключові слова: абсцес печінки, антибактеріальна терапія.

Вступ

В останні роки в світі відзначено тенденцію до збільшення частоти виявлення вогнищевих гнійних захворювань печінки - це пов'язано в тому числі і з значно кращою діагностикою абсцесів.

АП - це надзвичайно тяжке захворювання зі складним клінічним перебігом хвороби та з високими показниками летальності. Так, за даними літератури летальність становить від 10 до 40%, а частота післяопераційних ускладнень досягає 55%. АП складають до 0,2% захворювань, з якими хворі госпіталізуються в хірургічні стаціонари і потребують екстреного хірургічного втручання [1, 4, 9, 12].

Найчастіше АП утворюється, як наслідок ускладнення гнійних захворювань органів черевної порожнини, або внаслідок нагноєння внутрішньопечінкових гематом після травм, кист, або як ускладнення паразитарних уражень органа (амебіоз, опісторхоз, ехінококоз).

Останнім часом з розвитком та застосуванням новітніх малоінвазивних та мініінвазивних технологій підхід до лікування АП зазнав деяких змін, що позитивно вплинуло на результати лікування. Це стало можливим завдяки використанню через шкіропункційно-дренажного методу лікування під контролем УЗД. Завдячуючи такій методиці зменшилась частота ускладнень та післяопераційна летальність, скоротився час перебування на ліжку, а також покращилась якість життя таких пацієнтів [5, 7, 8, 11].

За даними дослідників, проведеними в останній час АП, як правило мають полімікробну етіологію з участю широкого спектру грам позитивних та грамнегативних анаеробних та аеробних мікроорганізмів [2, 6].

Основну роль відіграють грамнегативні збудники, основним чином ентеробактерії (*E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.* и др.), псевдомонади, неспорутворюючі анаероби 44% (особливо *B. fragilis*). Частота виділення грам позитивних мікроорганізмів складає менше 30%.

В мікробіологічній структурі АП, особливе значення набувають нозокоміальні штами стафілококів та ентерококів, а також *Enterobacterspp.*, *Acinetobacterspp.*, *P.aeruginosa*.

Ці мікроорганізми відрізняються високою та полівалентною резистентністю до антимікробних препаратів. [3, 10].

Мета роботи - проаналізувати ефективність дії антибактеріальної терапії в комплексному лікуванні хворих з абсцесами печінки.

Матеріали та методи

У період з 2004 по лютий 2016 років у клініці хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 71 хворого з АП, які знаходились на стаціонарному лікуванні. Серед них чоловіків було 56, жінок 15, вік пацієнтів - від 18 до 82 років. Вогнища абсцесів мали різну локалізацію і часто охоплювали декілька сегментів, а в 4 випадках займали праву або ліву долю печінки. Об'єм АП коливався від мікроабсцесів до 1800 мл. Через відсутність підтвердженої інформації щодо мікробіологічної флори ураження, в 98 % усім пацієнтам призначались до операції цефалоспорины III-IV покоління (різних виробників), в дозі 1грам * 2 рази на день та препарати групи лінкозамідів або нітроїмідазолу, найчастіше препарат метронідазол. В 2 випадках із-за неможливості оперативного лікування до вищевказаної схеми підключали препарати групи фторхінолонів, карбапенемів (інфузія Меронем по 1 граму тричі на добу).

Ефективність післяопераційного лікування з АТ оцінювали за такими критеріями: клінічна відсутність прогресування захворювання, припинення гнійних виділень з вогнища АП, відсутність інфекційних ускладнень з боку післяопераційної рани, нормалізація рівня лейкоцитів, нормалізація температури тіла.

При позитивній динаміці, інфузійну АТ продовжували 5-7дб. Відповідно до загальноприйнятих стандартів лікування в усіх оперованих хворих проводили забір матеріалу з АП для бактеріологічного дослідження з виявленням чутливості до антибіотиків. Менш ніж в 30% випадків АТ змінювали згідно результату бактеріограми, так отримана флора була найбільш чутлива до

фторхінолонів, аміноглікозидів, рідко використовували протигрибкові препарати. Максимальний клінічний ефект досягався на 7-10 добу, після чого хворі рідко переводились на пероральну АТ.

Результати. Обговорення

Усіх пацієнтів було госпіталізовано за ургентними показами в перші 10 діб від початку захворювання. Лише третина хворих звернулась за медичною допомогою в пізні терміни із-за дескалації клінічних симптомів при безконтрольному прийомі антибіотиків. Труднощі становила довготривала діагностика АП на фоні лікування іншої супутньої патології на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги.

Найбільш достовірними методами діагностики АП на сьогоднішній день є УЗД і КТ, які майже у 100% випадків дали можливість правильно поставити діагноз. Комплексне поєднання хірургічних методик з застосуванням раціональної АТ виявилось високоефективним, як у лікуванні АП, так і у профілактиці гнійно-септичних ускладнень. У 94% хворих не відзначено нагноєння післяопераційної рани чи дренажних контрапертур, на 1-2 добу відновлювалась перистальтика кишечника, гнійні виділення з дренажів припинялись на 2-4 добу. Задовільний післяопераційний перебіг асоціювався зі швидкою нормалізацією показників ендогенної інтоксикації. Отримані нами результати щодо застосування АТ у хворих з АП свідчать про високу тропність препаратів до мікрофлори гнійних вогнищ печінки. У всіх хворих отримано позитивний клінічний ефект лікування та досягнуто елімінації збудників інфекції.

Летальних наслідків не було, всі пацієнти видужали.

Список літератури

1. Альперович Б. И. Хирургия печени / Б. И. Альперович - "ГЭОТАР-медиа", 2013. - С. 347.
2. Антибиотикотерапия абдоминальной хирургической инфекции / [Гельфанд Б. Р., Голгорский В. А., Бурневич С. З. и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М., 2000. 144 с.
3. Антибактериальная терапия в хирургическом лечении хронического абсцесса печени / О.Г. Котенко, А.В. Гусев, А.А. Коршак [и др.] // Клініч. Хірургія : Наук.-практ. журнал. - 2010. - № 1. - С. 13-17.
4. Ахоладзе Г. Г. Холангиогенные абсцессы печени / Г.Г. Ахоладзе, И.Ю. Церетели // Анналы хирургической гепатологии. - Т. II, № 2. - С. 30-35.
5. Диагностика и лечение абсцессов печени / Ю.А. Пархисенко, А.А. Глухов, В.В. Новомлинский [и др.] // Хирургия. - 2000. - № 8. - С. 33-38.
6. Клинико-экономическая оценка антибактериальной терапии интраабдоминальных инфекций / А. С. Бекетов, С. В. Сидоренко, В. В. Писарев [и др.] // Качественная клиническая практика. 2002. № 3. С. 60-67.
7. Конькова М. Д. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.23 "Променева діагностика, променева терапія" / М.Д. Конькова. - Донецк, 2007. - 32 с.
8. Машковский Т. Ю. Порівняльна оцінка ефективності відкритих та мініінвазивних втручань в лікуванні абсцесу печінки та скупчень рідини післяопераційного походження / Т.Ю. Машковский // Клінічна хірургія. - 2012. - № 12. - С. 5-8.
9. Мініінвазивні втручання при абсцесах печінки / В.І. Десетирін, О.В. Котов, Т.І. Савченко [та ін.] // Український журнал хірургії. - 2011. - № 3. - С. 179-182.
10. Ничитайло М. Е. Эффективность препарата метрогил в абдоминальной хирургии / М. Е. Ничитайло // Клініч. хірургія : наук.-практ. журнал. - 2011. - № 2. - С. 37-40.
11. Ультразвукова діагностика абсцесу печінки, можливості і здобутки / М.Ю. Ничитайло, Г.Ю. Машковський, М.В. Костиленко [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2012. - № 10. - С. 12-15.
12. Wong W. M. Pyogenic liver abscessi : retrospective, analysis of 80 cases over a 10-year period / W.M. Wong, B.C. Wong, C.K. Hui et al // J. Gastroenterol. - 2002. - Vol. 17. - P. 1001-1007.

Шапринский В.О., Макаров В.М.

РОЛЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

Резюме. Антибактериальная терапия играет одно с основных вопросов тактики лечения и клинического течения абсцессов печени. Особенности этиопатогенеза и клинической картины болезни требуют дифференцированного подхода к применению антибиотикотерапии с последующим наблюдением клинической динамики и ее эффективности. В комплексном

лечении абсцессов печени антибактериальная терапия проводилась эмпирически с учетом наиболее вероятной этиологии инфекционного процесса. Антибиотикотерапия до операции проводилась с целью уменьшения контаминации операционной раны инфекционным агентом, а дальше по результатам бактериального посева с содержимого абсцесса печени и антибиотикограммы. На сегодняшний день выбор антибактериальной терапии имеет ряд условий, обусловленных этиологией и клинической картиной абсцесса печени.

Ключевые слова: абсцесс печени, антибактериальная терапия.

Shaprinskyj V.O., Makarov V.M.

THE ROLE OF ANTIMICROBIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER ABSCESS

Summary. *Antibacterial therapy plays a leading role in the tactics of treatment and clinical course of liver abscess. The peculiarities of etiopathogenesis and clinical picture of the disease demand a differential approach to the use of antibiotic therapy with further observation of clinical dynamics and its effectiveness. In a complex treatment of liver abscesses antibiotic therapy was conducted empirically taking into account the most probable etiology of infectious process. Antibiotic therapy was conducted before the operation to reduce contamination of operating wound by the infectious agent, and henceforth, according to the results of bacterial seeding from the nursery of liver abscess and microbial sensitivity test. Nowadays, the choice of antibiotic therapy has a variety of mandatory conditions, which are caused by the etiology and clinical picture during the course of liver abscess.*

Key words: abscess of liver, antibioticotherapy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Ковальчук В.П.

Стаття надійшла до редакції 02.12.2015 р.

Шапринський Володимир Олександрович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 050 445-00-85; shaprinskyj@rambler.ru

Макаров Віктор Михайлович - лікар хірург відділення абдомінальної хірургії ВОКЛ ім. М.І. Пирогова; makarov_zdorovia@mail.ru

© Баташова-Галинская В.А., Новиков С.А., Яблонская В.Б.

УДК: 616.127-005.8-06:616.721.4-018.3]-085:615.837.3

Баташова-Галинская В.А., Новиков С.А., Яблонская В.Б.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины № 2, Центр реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника) (ул. Тенистая, 8, г. Одесса, Украина, 65009)

О ЗНАЧЕНИИ УЛЬТРАЗВУКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Резюме. У 60 больных инфарктом миокарда в подострой стадии, с клинико-рентгенологическими признаками сопутствующего шейного остеохондроза, изучены особенности клиники, выраженность болевого синдрома по шкале VAS, степень тревожности по опроснику Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, толерантность к физической нагрузке. Установлено, что факторами, замедляющими у данной категории больных процесс постинфарктного восстановления, является стойкий вертеброгенный болевой синдром, формирующиеся на его фоне тревожно-фобические состояния и сниженная толерантность к физической нагрузке. Сравнительное исследование, проведенное в двух группах (основной и контрольной), показало, что включение в комплекс санаторного этапа постинфарктной реабилитации процедур ультразвука оказывает противовоспалительный, обезболивающий эффект и улучшает психоэмоциональный статус больных. На этом фоне становится возможным проведение оптимальной реабилитационной программы, что способствует повышению толерантности к физической нагрузке достоверно более значимо, нежели в контрольной группе.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, шейный остеохондроз, постинфарктная реабилитация, ультразвук.

Введение

Известно, что шейный остеохондроз является одним из коморбидных состояний, замедляющих восстановительный процесс после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). Спондилогенная ирритация звездчатого узла и позвоночного нерва, симпатического сплетения позвоночной артерии и сердечных симпатических нервов, могут привести к синдрому позвоночной артерии и сегментарной вегетативной дисрегуляции сердечной деятельности. Одновременно с этим, восходящий поток болевых импульсов создает предпосылки для формирования эмоциональной дезадаптации, что проявляется психовегетативным синдромом с кардиалгиями [4]. Проведение в этих случаях оптимальной постинфарктной реабилитационной программы бывает затруднено. На-

значение же нестероидных противовоспалительных средств у пациентов с сердечно-сосудистой патологией не всегда желательно, поскольку на фоне их приема снижается активность ингибиторов АПФ, усиливается задержка натрия и воды в организме и возрастает риск развития медикаментозной гастропатии у пациентов, принимающих антитромбоцитарные препараты.

Поэтому, одним из возможных направлений оптимизации постинфарктной восстановительной терапии пациентов с сопутствующим шейным остеохондрозом является включение в реабилитационный комплекс физических факторов, обладающих обезболивающим и противовоспалительным эффектом, в частности ультразвук (УЗ).