



# УКРАЇНА

ХИРУРГІЯ УКРАЇНИ  
SURGERY OF UKRAINE

2  
2002

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ІНФІЛЬТРАТУ У ДІТЕЙ

Ніколаєва Н.Г., Мельниченко М.Г., Вішах Н.  
Одеський державний медичний університет

### Реферат

Розроблена методика лікування апендикулярного інфільтрату у дітей яка включає регіональну антибіотикотерапію шляхом заочеревинного підведення до інфільтрату розчину антибіотика через мікроіригатор з наступною гальванізацією, що дозволяє знизити кількість абсцедувань у 3 рази.

**Ключові слова:** регіональна антибактеріальна терапія, лікування, апендикулярний інфільтрат, діти.

### Вступ

У структурі хірургічних захворювань у дітей перше місце займає гострий апендицит та його ускладнення. Нами вивчалися результати використання регіональної антибактеріальної терапії у комплексному лікуванні апендикулярного інфільтрату у дітей. Серед способів лікування апендикулярного інфільтрату пріоритетним є консервативне лікування, яке базується на загальній антибіотикотерапії [1]. Разом з тим деякі автори пропонують гірудотерапію, рентгенотерапію [2], ранні оперативні втручання [3], перші - неприйнятні або малоефективні у дітей, останні - загрожують різноманітними ускладненнями [4]. Що ж до загальної антибіотикотерапії, то ефективність такого методу не завжди задовільна — абсцедування спостерігається у 14,4% випадків, а значний спайковий процес у 11,5% [5-6].

**Мета дослідження** - удосконалення способу лікування апендикулярного інфільтрату у дітей шляхом використання регіональної антибактеріальної терапії.

### Матеріали і методи дослідження

Об'єктом експериментального дослідження були шури лінії Вістар, у яких проводилось моделювання інфільтрату черевної порожнини та вивчення накопичення антибіотика у тканинах інфільтрату у відповідності від шляху його введення. Об'єктом клінічного дослідження були 57 дітей з

апендикулярним інфільтратом у віці від 7 до 14 років з давністю захворювання 4-7 діб.

Моделювання інфільтрату проводили наступним чином: під загальним знеболюванням (каліпсол) розтинали черевну порожнину у правій здухвинній ділянці, голкою перфорували стінку прилеглого кишечника, підводили до зони перфорації 1 мг подрібнених фекалій тварини, проводили тупу травму прилеглого сальника затискачем та фіксували сальник у правій здухвинній ділянці кетгуттом. На 7 добу від моделювання утворювався сипкий, на 12 - щільний інфільтрат. Тварини одержали антибактеріальну терапію гентаміцином: 1 група - внутрішньовенне введення; 2 група - заочеревинне введення; 3 група - заочеревинне введення з наступною гальванізацією зони інфільтрату. Через 5 діб після початку лікування тварин виводили із досліду декапітацією, а утворений інфільтрат блоком виймався із черевної порожнини і проводилось визначення концентрації гентаміцину у ньому шляхом флюоресцентного аналізу (апарат «Automated Fluorescence Polarisation Analyzes").

### Результати дослідження та їх обговорення

Власні експериментальні дослідження виявили, що заочеревинне введення гентаміцину призводить до суттєвого підвищення його концентрації як у сипкому, так і у щільному інфільтраті (відповідно у 2 та в 1,04 рази), а використання гальванізації сприяє ще більшому підвищенню накопичення препарату (у 1,3 рази) у тканинах сипкого інфільтрату (рис. 1, 2). Виходячи з одержаного, була розроблена методика регіональної антибактеріальної терапії апендикулярного інфільтрату у дітей: на зразок катетеризації за Seldinger у праву клубову ямку заочеревинно вводили мікроіригатор, який фіксували до шкіри.

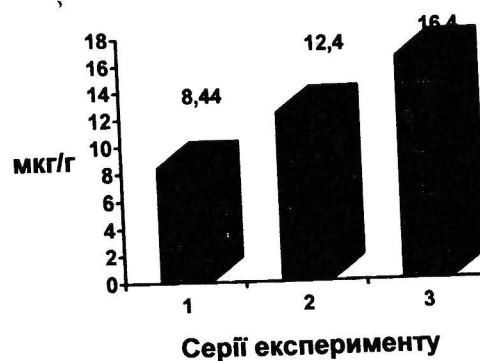


Рис. 1. Концентрація гентаміцину у сипкому інфільтраті

1 – внутрішньовенне введення; 2 – заочеревинне введення; 3 – заочеревинне введення з наступною гальванізацією.

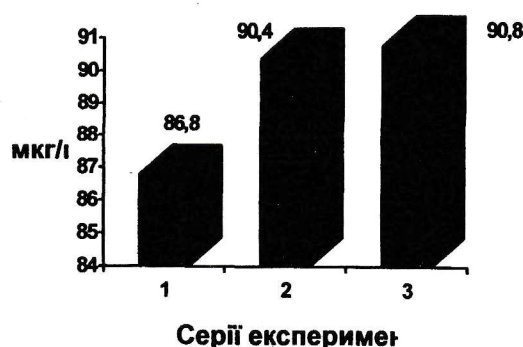


Рис. 2. Концентрація гентаміцину у щільному інфільтраті

1 – внутрішньовенне введення; 2 – Заочеревинне введення; 3 – заочеревинне введення з наступною гальванізацією.

Кожного дня через мікроіригатор одноразово вводили добову дозу антибіотика з наступною дією полем постійного струму. Площа електродів відповідала протяжності ураженої ділянки. Позитивний електрод розміщували у правій поперековій ділянці, негативний - у проекції інфільтрату на передній черевній стінці. Щільність струму коливалась від 0,02 мА/см<sup>2</sup> до 0,05 мА/см<sup>2</sup>, тривалість процедури —15-20 хвилин. Курс лікування становив 10-12 процедур.

Контрольну групу склали 30 дітей з апендикулярним інфільтратом, яким проводилась загальна антибактеріальна і симптоматична терапія, лікувальні мікроклізми та ректальні свічки. У референтну групу увійшло 27 пацієнтів з апендикулярним інфільтратом, у яких в комплексне лікування включали регіональну антибактеріальну терапію за розробленою методикою.

Порівняльний аналіз показав, що у референтній групі загальна температура тіла нормалізувалася на 4-5 дів раніше, біль зникав на 2-3 доби скоріше, ніж у пацієнтів контрольної групи. Ендоректальна температура у хворих референтної групи на 7 добу від лікування не перевищувала 37,5 -37,8 °С, тоді як у пацієнтів контрольної групи залишалась високою протягом 2 тижнів. У референтній групі при використанні регіональної антибактеріальної терапії абсцедування не було, тоді як в контрольній групі виникло нагноєння і проведено розтин абсцесу. Термін перебування хворих у стаціонарі скоротився на 5,8 ±1,2 ліжка - днів.

#### Висновки

1. Заочеревинне введення гентаміцину призводить до суттєвого підвищення його концентрації як у сипкому, так і у щільному інфільтраті (відповідно у 2 та в 1,04 рази), а використання гальванізації сприяє ще більшому підвищенню накопичення препарату (у 1,3 рази) у тканинах сипкого інфільтрату.

2. Використання регіональної антибактеріальної терапії за розробленою методикою у комплексному лікуванні апендикулярного інфільтрату у дітей дозволяє знизити кількість абсцедувань у 3 рази, зменшити строки перебування хворих у стаціонарі.

#### Література

1. Константинова И.Н. и соавт. Дифференцированное лечение дооперационных осложнений острого аппендицита у детей // Детская хирургия. — 1998. — № 1. — С.21—23.
2. Огоновский В.К. К лечению апендикулярного инфильтрата // Клиническая хирургия. — 1985. — № 4. — С.29—31.
3. Земсков В.С. и соавт. Хирургическое лечение апендикулярных инфильтратов и периапендикулярных абсцессов // Клиническая хирургия. — 1985. — № 4. — С.5—9.
4. Garg P. et al. Comparative evaluation of conservative management versus early intervention in appendicular mass — a clinical study // J. Indian Med Assoc. — 1997. — № 6. — P.179—196.
5. Gahukamble D. et al. Surgical and pathological basis for interval appendectomy after resolution of appendicular mass in children // J. Pediatr. Surgery., 2000. — Vol. 35. — № 3. — P.424—427.
6. Negrey V.A. Surgical tactics in appendicular infiltrates // Vestn. Khir. Im. I I Grek. — 1987. — № 5. — P.35—38.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА У ДЕТЕЙ

Николаева Н.Г., Мельниченко М.Г., Вишях Н.

Одесский государственный медицинский университет

#### Реферат

Разработана методика лечения апендикулярного инфильтрата у детей, включающая региональную антибиотикотерапию путем забрюшинного подведения к инфильтрату раствора антибиотика через микроиригатор с последующей гальванизацией, что позволило снизить количество абсцедирований в 3 раза.

**Ключевые слова:** региональная антибактериальная терапия, лечение, апендикулярный инфильтрат, дети.

#### THE RESULTS OF USED OF THE REGIONAL ANTIBIOTIC THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE APPENDICULAR MASS IN CHILDREN

Nikolayeva N. G., Melnichenko M. G., Wishah N.

Odessa State Medical University

#### Abstract

The method of the treatment of appendicular mass in children include regional antibiotic therapy by retroperitoneal introduction of antibiotic with following galvanisation. The results of application of the method was quantity of abscess development decreased 3 times.

**Key words:** regional antibiotic therapy, treatment, appendicular mass, children.