

Маматов Э.А., Токторов Т.Б.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

Маматов Э.А., Токторов Т.Б.

**СОКУР ИЧЕГИНИН ЧУКУЛ СЕЗГЕНУУСУН ПРОГРАММАЛАШТЫРЫП
ДААРЫЛООНУН ЭФФЕКТИВДУУЛУГУ**

E.A. Mamatov, T.B. Toktorov

**EFFECTIVENESS OF PROGRAMMED TREATMENT OF PATIENTS
WITH ACUTE APPENDICITIS**

УДК: 616/78. 315-15.91

Представлены результаты 61 больных острым аппендицитом, у которых использовано программное лечение с учетом морфологической формы аппендикита. Осложнения имели место у 1 больного (0,9%). Группу сравнения составили 52 больных с острым аппендицитом, которые получили традиционное лечение. Осложнения имели место у 6 больных (11,5%).

Ключевые слова: *острый аппендицит, программное лечение, антибиотики, озонированные растворы.*

Сокур ичегинин чукул сезгенүүсү менен 62-оорулуунун жыйынтыгы көрсөтүлгөн, аларга сокур ичегинин морфологиялык өзгөрүүсүн эске алуу менен, программалаштырылган дарылоо колдонулган. Ырбап кетүү 1-оорулууда болгон (0,9%). Текишерилүүчү топто сокур ичегинин чукул сезгенүүсү менен 52 орулуу болгон. Аларга салтуу даарылоо колдонулган. Ырбап кетүү 6-орулуда байкалган (11,5%).

Негизги сөздөр: *сокур ичегинин чукул сезгенүүсү, программалаштырылган дарылоо, антибиотиктер, озондолгон суюктуктар.*

Given the results of 61 patients with acute appendicitis, who took programmed treatment in view of morphological form of appendicitis 1patient (0,9%) had complication. Comparing group included 52 patients, with acute appendicitis, who took traditional treatment 6 patients(11,5%) had complications.

Key words: *acute appendicitis, programmed treatment, antibiotics, ozonated solutions.*

Введение: Острый аппендицит одно из самых распространенных хирургических заболеваний, требующих оперативного лечения. Больные с этой патологией занимают наибольший удельный вес среди больных хирургических стационаров [2,5]. Несмотря на то, что к настоящему времени довольно четко определена тактика и предложено много мер профилактики осложнений, но и в настоящее время осложнения, особенно раневые имеют место в 10-15% случаев [1,4] и если учесть какое количество больных ежедневно оперируется, то возникшие осложнения приносят большой социально-экономический ущерб. Поэтому разработка мер профилактики осложнений после аппендэктомии остается актуальной проблемой [3,5,6].

Идут постоянные поиски мер профилактики и лечения острого аппендикита, направленных на предотвращение осложнений после операции, так как появление осложнений ведет к увеличению сроков стационарного и амбулаторного лечения и повышению материальных затрат.

Цель исследования - оценить эффективность программного лечения больных острым аппендицитом в условиях кратковременного пребывания в стационаре.

Материал и методики исследования. Под наблюдением находились 113 больных с острым аппендицитом, которые были оперированы в многопрофильной клинике КАМЭК с 2014 и по апрель 2015 года. Наиболее часто поступали женщины (73 чел. из 113) и реже мужчины (40 чел. - 35,0%) и в основном в возрасте от 20 до 50 лет. Самому молодому было 6 лет и самому старшему 67 лет. Анализ сроков поступления больных в стационар показал, что наиболее часто поступали больные с давностью от 12 до 24 часов (50 чел-49,2%), но и более 3 суток было 12 больных (10,6%). Мы провели анализ семиотики острого аппендикита у поступивших больных (табл. 1).

Таблица 1

Семиотика больных острым аппендицитом

Семиотика	Всего больных	
	абс. число	%
Боли в правой подвздошной области	103	91,2
в эпигастрии	4	3,5
по всему животу	6	5,3
Тошнота	67	59,3
Рвота	43	38,1
Задержка стула	2	1,8
Положит. симптом Щеткина-Блюмберга	76	67,3
Ситковского	46	40,7
Ровзинга	27	23,9
Напряжение мышц	26	23,0
Повышение температуры тела	25	22,1
Лейкоциты: до $8,0 \times 10^9/\text{л}$	23	20,4
- до 10,0	27	23,9
- до 12,0	51	45,1
- выше 12,0	12	10,6

Обращает на себя внимание, что наиболее часто больные отмечали боли в правой подвздошной области (91,2%), тошноту (52,3%), рвоту (38,1%), а при объективном обследовании положительный симптом Щеткина-Блюмберга (67,3%), реже Ситковского. При оценке общего анализа крови наибольший удельный вес занимали больные с количеством лейкоцитов от 10,0 до 12,0x10⁹/л.

Для определения эффективности используемых нами методов медикаментозного лечения после аппендэктомии мы выделили две группы: первую составили больные, у которых мы использовали программированное лечение с учетом морфологической формы аппендицита (61 больных) с краткосрочным пребыванием в стационаре, это была основная группа и группу сравнения составили 52 больных с острым аппендицитом, которые получали традиционное лечение. Обе группы по полу и возрасту, давности заболевания были равнозначны.

В обследовании больных использовали данные анамнеза, объективного обследования и показатели общего анализа крови, свертываемость, ЭКГ у лиц старше 50 лет, а у женщин – осмотр гинеколога.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования был установлен острый аппендицит и все больные оперированы. Сроки операции после госпитализации даны в таблице 2.

Таблица 2

Сроки операции с момента поступления

Сроки	Всего больных	
	абс.	%
До 2 часов	20	17,7
От 2 до 6 часов	36	31,9
От 6 до 12 часов	54	47,8
От 12 до 24 часов	3	2,7

До двух часов с момента поступления оперировано 20 больных, это были в основном пациенты у которых был выявлен острый аппендицит с явлениями местного и общего перитонита, поступившие с анализами обследования (анализ крови и мочи (УЗИ)). Всем остальным в момент поступления выполняли исследования в клинике, на что требовалось время, а затем выполняли операции. От 12 часов до суток оперировано 3 больных, у которых были сопутствующие заболевания, требующие дополнительных исследований и консультации врачей других специальностей.

Все больные оперированы под эпидуральной обезболиванием. Доступ был по Волковичу-Дьяконову у 107, а у 6 нижне-срединная лапаротомия. Обе наблюдаемые нами группы были равнозначны по срокам заболевания, по срокам выполнения операции и по формам аппендицита, небольшие различия в показателях не носили достоверных различий. В момент операции катаральная форма аппендицита имела место у 20 (17,7%), флегмонозная у 73 (64,6%), гангренозная у 11 (9,7%) и гангренозно-перфоративный аппендицит выявлен у 9 больных (8,9%).

В лечении больных контрольной группы было использовано традиционное лечение, которое включало антибиотики (цефазолин или ампициллин) внутримышечно, инфузионная терапия и обезболивающие средства.

Из 52 больных этой группы осложнения после операции выявлены у 6 (22,5%), из них нагноение раны у 2, инфильтрат у 3 и у одного пневмония, а среднее пребывание в стационаре составило 6,2±0,93 койко дней. В основной группе (62чел) использовано программированное лечение с учетом формы аппендикулярного отростка.

Алгоритм программированного лечения больных острым аппендицитом в зависимости от формы

Острый аппендицит		
Форма	В момент операции	После операции
Катаральная	1.Орошение раны озонированным раствором (8-10мкг/мл).	1) Цефтриаксон 1,0 x 2р. внутривенно. 3 суток. 2) Ципрокс 100 мл x 2р. внутривенно 1 суток, а затем в табл. 4суток.
Флегмонозная	1. Орошение раны озонированным раствором (8-10 мкг/мл). 2. Внутривенное введение озонированного раствора (3-4мкг/мл) - 400мл.	1) Цефтриаксон 1,0x2р. внутривенно. 2 суток, а затем внутримыш. 3 суток. 2) Ципрокс 100мл x 2р. внутривенно 2суток, а затем в таблетках 3суток. 3) Метрид 100мл x 2р. Внутривен.2суток 4) Канамицин 1,0x2р. в брюшную полость.
Гангренозная	1.Орошение раны озонированным раствором (8-10 мкг/мл). 2. Внутривенное введение озонированного раствора (3-4 мкг/мл) - 400мл.	1) Цефтриаксон 1,0 x 2р. внутривенно 3суток, а затем 3сут. внутримышечно. 2) Ципрокс 100мл x 2р. внутривен.5суток. 3) Метрид 100мл x2р. внутривенно 4) Канамицин 1,0 x2р в брюшную полость. 5) В/в. введение озонир. Раствора (3-4 мкг/мл) - 400мл.

В программированном лечении мы использовали сочетание антибиотиков с местной и общей озонотерапией. При катаральной форме в момент операции операционную рану и прилегающую часть брюшной полости орошали озонированным раствором хлорида натрия и назначали после операции цефтриаксон и ципрокс.

При флегмонозном аппендиците также применяем орошение озонированным раствором и в момент операции вводим внутривенно озонированный раствор (3-4мкг/мл) в количестве 400мл, а в послеоперационном периоде кроме цефтриаксона и ци-

прокса добавляем метрид внутривенно и канамицин в брюшную полость.

При гангренозной форме в момент операции те же меры, что и при флегмонозной форме, а в послеоперационном периоде к мерам, что и при флегмонозном аппендиците, добавляем ежедневное внутривенное введение озонированных растворов с концентрацией озона 3-4мкг/мл.

В результате проведенного лечения ни у одного больного осложнений мы не наблюдали. Все выписаны в удовлетворительном состоянии: через сутки выписаны 26 больных, через двое суток 6, через трое-3 и через 7 дней -3 пациента, в целом по группе среднее пребывание составило $1,8 \pm 0,5$ койко дней.

Следовательно применение программированного лечения острого аппендицита позволило предотвратить развитие осложнения с 11,5% до 0,9%, а пребывание в стационаре с $6,2 \pm 0,93$ до $1,8 \pm 0,5$ койко дней, различия эти достоверны ($P < 0,05$). Положительные результаты можно объяснить тем, что в первые же часы после операции мы создаем оптимальную концентрацию антибиотиков, а для исключения их отрицательного влияния на иммунитет, используем озонированные растворы, которые обладают не только бактерицидным, но и иммунокорректирующим действием. При выписке больных из стационара им выдавали все рекомендуемые медикаментозные средства для окончательного курса лечения на дому.

Таким образом, наши немногочисленные наблюдения показали эффективность использования программированного лечения больных с острым аппендицитом.

Литература:

1. Гостищев В.К. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии [текст] /В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров// Хирургия.- 2011.- №5. - С. 56-60.
2. Гудз И.М. Клинические и иммунологические последствия профилактического применения антибиотиков [текст] /И.М. Гудз// Клиническая хирургия.-1988-№1.- С. 3-5.
3. Даулбаева А.А. Изменение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам под воздействием озона [текст]/А.А. Даулбаева// Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2002. - Том 8, приложение 2. - С. 305-307.
4. Мусаев А.И. Госпитальная инфекция в хирургии и меры ее профилактики [текст] / А.И. Мусаев, Т.К. Керималиев// Известия ВУЗов.-2003.-№1.-С40-43.
5. Осмоналиев Э.К. Новые подходы к профилактике раневых осложнений при деструктивных формах аппендицита [текст] / Э.К. Осмоналиев // Вестник хирургии Казахстана - 2008. - №2 (10). - С 24-30.
6. Уметалиев Ю.К. Послеоперационные ранние осложнения при остром аппендиците [текст] / Ю.К. Уметалиев, К.М. Мамакеев, О.К. Омуржанов //Медицина и фармация.-2002. – Том 2, №1 - С. 74-78
7. Burdin D.M. Principles of antimicrobial prophylaxis [текст] / D.M Burdin, M.R. Path // Wed. V.Surg.-2002.-vol.6, №2. - P. 262-267.

Рецензент: к.м.н. Имашов У.Д.