

Способ лечения острого аппендицита у детей относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использован для профилактики гнойных осложнений у больных с острым катаральным, флегмонозным и гангренозным аппендицитом.

Известны способы профилактики гнойных осложнений при остром аппендиците (И.И. Бачев, 1989, Busuttill R.W., Davidson R.K., Fine M. et al., 1981; Lau W.Y., Fan S.P., Yiu T.F., et al., 1983), При катаральном, а особенно флегмонозном или гангренозном, аппендиците авторы профилактически применяют антибиотики, сульфаниламидные и другие антибактериальные препараты, начиная с предоперационного введения. Затем, если больной нуждается в продолжении антибактериальной терапии, назначают второй курс антибиотиков или антибактериальных препаратов. Однако при длительном (курсовом) применении одного или нескольких антибиотиков риск возникновения побочных эффектов может превышать риск развития гнойных осложнений. Прежде всего это относится к возникновению аллергии (как по немедленному, так и по замедленному типу) и антибиотикорезистентных форм микроорганизмов, что приводит к развитию тяжелых осложнений, например - псевдомембранозного язвенного колита и дисбактериоза (И.И. Бачев, 1989). Кроме того, назначение антибиотика априорно перед операцией всегда чревато возможностью несоответствия между шириной его антибактериального спектра и чувствительностью бактериальной флоры.

Наиболее близким по сущности заявляемому способу является способ профилактики гнойных осложнений при остром аппендиците у детей, где больным с острым аппендицитом сразу же после операции назначают внутримышечно антибиотик (монотерапия) широкого спектра действия (цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, аминогликозиды и т.д.) в возрастной дозировке. Курс лечения длится 5-7 дней. [1]

Однако данный способ не предусматривает соответствия назначаемого антибиотика антибиотикограмме, получаемой при посеве выпота из брюшной полости на питательную среду. Кроме того, он предполагает монотерапию (15-35 инъекций, в зависимости от типа антибиотика и длительности курса), а ведь известно, что резистентность микроорганизмов к антибактериальным препаратам может возникнуть уже после 4-6 инъекций, произведенных через короткий интервал без циркадного промежутка (перерыва). Это приводит к возникновению т.н. L- и S-форм бактерий, чрезвычайно резистентных к антибиотикам широкого спектра действия, вследствие чего - нагноение ран, длительно и вяло текущие инфильтраты передней брюшной стенки и брюшной полости и т.д. Наконец, введение антибиотика после операции не позволяет создать концентрацию его в тканях до момента попадания микробов, что также повышает риск возникновения гнойных осложнений.

В основу изобретения поставлена задача лечения острого аппендицита у детей путем предупреждения развития резистентности микроорганизмов к антибиотикам, что реализуется введением антибиотика перед операцией в объеме половины суточной дозы, а после операции 3 препаратов антибиотиков широкого спектра действия различных групп, чередуя их последовательно по дням, что дает возможность профилактики гнойных осложнений при остром аппендиците.

Новым в заявляемом способе является то, что перед операцией вводят антибиотик в объеме 0,5 суточной дозы, а после операции вводят последовательно по дням три антибиотика широкого спектра действия различных групп.

Сущность заявляемого изобретения состоит в следующем. Первую инъекцию раствора антибиотика, выбранного произвольно в объеме половины суточной дозы, производят больному сразу после установления диагноза, непосредственно перед оперативным вмешательством. После операции назначают три антибиотика широкого спектра действия из различных групп (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, макролиды, группа лево-мицетина и т.д.) в возрастной дозировке; кратность введения в течение суток соответствует фармакокинетике антибактериального препарата. При этом в первые сутки применяют один антибиотик, во вторые - другой, в третьи сутки - третий антибиотик. Затем продолжают схему применения антибиотиков путем последовательного введения. Курс профилактического лечения рассчитан на 8-9 суток.

Пример 1. Больной В., 10 лет, № ист. болезни 331, поступил в клинику 09.01.1994 г. с диагнозом: острый аппендицит. Давность заболевания 22 ч. Спустя 1 час с момента поступления произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита. За 30 минут до операции ребенку внутримышечно был введен раствор гентамицина в половине суточной дозы. В дальнейшем, чередуя по суткам, вводили Гентамицин, Цефазолин, Карбенициллин в течение 8 суток. В данном случае возникла следующая последовательность: Гентамицин - Цефазолин

- Карбенициллин - Гентамицин - Цефазолин

- Карбенициллин - Гентамицин - Цефазолин. Посев выпота из брюшной полости (доставлен на 5 сутки после операции) констатировал наличие патогенного стафилококка, чувствительного к Гентамицину и Цефазолину и слабо чувствительного к Карбенициллину. Послеоперационный период у больного протекал гладко, швы сняты на 6 сутки, выписан на 9 сутки в удовлетворительном состоянии.

Пример 2. Больной Н., 12 лет, № ист. болезни 1868, поступил в клинику 24.11.1993 г. с диагнозом: острый аппендицит. Давность заболевания 24 ч. Спустя 1 ч с момента поступления произведена аппендэктомия по поводу острого гангренозного аппендицита. За 45 мин до операции ребенку был введен кефзол в половине суточной дозы. В дальнейшем, чередуя по суткам, вводили Канамицин, Левомецетин, Кефзол в течение 9 сут. В данном случае возникла следующая последовательность: Канамицин - Левомецетин - Кефзол - Канамицин - Левомецетин - Кефзол - Канамицин - Левомецетин - Кефзол. Посев выпота из брюшной полости (доставлен на 5 сутки после операции) констатировал наличие кишечной палочки, чувствительной к Кефзолу и Левомецетину, нечувствительной к Канамицину; и протея, чувствительного к Кефзолу, Канамицину, слабо чувствительного к Левомецетину. Послеоперационный период у больного протекал гладко. Швы сняты на 7 сутки, выписан домой в удовлетворительном состоянии на 10 сутки с момента операции.

Преимущества заявляемого изобретения состоят в следующем. Предложенный авторами способ позволяет оптимизировать антибактериальную терапию, так как введение трех антибиотиков широкого

спектра действия в течение короткого промежутка времени значительно повышает шанс "соответствия" антибактериального агента микроорганизму, по сравнению с монотерапией. Кроме того, раздельное введение антибиотиков (по суткам) практически исключает реакции антагонизма и усиление токсичности, часто наблюдаемые при одновременном введении двух и более антибиотиков. Предлагаемый авторами способ позволяет избежать возникновения ранней резистентности бактерий за счет переменного воздействия разных антибиотиков на различные биофазы микробных клеток, что значительно снижает порог их адаптивности. Сравнительные данные использования заявляемого способа по сравнению с прототипом представлены в таблице.

Согласно приведенным в таблице данным, у больных, получавших антибиотикопрофилактику по заявляемому способу, гнойные осложнения после аппендэктомии возникали более чем в 4 раза реже, чем у детей, получавших рутинную моноантибиотикотерапию (способ-прототип). Кроме того, у пациентов, получавших лечение по заявляемому способу, в послеоперационном периоде вообще не встретились такие грозные осложнения, как инфильтрат брюшной полости, межпетельный абсцесс и послеоперационный перитонит. Следовательно, совокупность существенных признаков формулы изобретения значительно повышает результаты лечения острого аппендицита у детей.

Сравнительная характеристика возникновения гнойных осложнений у 100 детей с острым аппендицитом, получавших рутинную антибиотикотерапию и антибиотикопрофилактику по заявляемому способу

Осложнения	50 больных, получавших рутинную моноантибиотикотерапию		50 больных, получавших антибиотикопрофилактику по заявляемому способу	
	абс.	%	абс.	%
Нагноение операционной раны	4	8,0	2	4,0
Инфильтрат мягких тканей	4	8,0	1	2,0
Инфильтрат брюшной полости	3	6,0	—	0
Межпетельный абсцесс	1	2,0	—	0
Послеоперационный перитонит	1	2,0	—	0
Итого	13	26,0	3	6,0