

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ МЕСТНОГО ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА

Т. П. Лебедева, О. Б. Бегишев, А. В. Конычев, Л. М. Власова

*Кафедра оперативной хирургии (зав.— заслуж. деят. наук РСФСР, проф. С. А. Симбирцев)
Ленинградского института усовершенствования врачей, больница № 5 (главврач — Л. Д. Пантелева),
Ленинград*

Увеличение в последнее десятилетие числа больных с гнойными заболеваниями обусловлено аллергизацией населения, ростом числа больных с сахарным диабетом, появлением ассоциаций микробной флоры с высокой вирулентностью и ростом количества антибиотикоустойчивых форм. Для достижения клинического эффекта приходится увеличивать терапевтические дозы антибиотиков, в то время как они сами являются токсичными и снижают показатели иммунитета, повышая восприимчивость организма к инфекции [1]. При традиционных способах введения антибиотиков не всегда способны подавлять рост и размножение микроорганизмов. Известно, что локализация и распространение микроорганизмов происходят главным образом в лимфатической системе. Поэтому сегодня наиболее рациональным и эффективным является метод эндолимфатического введения антибиотиков, с помощью которого удается создавать достаточную концентрацию антибиотика в гнойно-воспалительном очаге и окружающих тканях в течение суток после однократного введения одноразовой терапевтической дозы.

Антибиотики воздействуют на микробы непосредственно в лимфатической системе, в лимфатических узлах. Они обратимо связываются лимфоцитами, которые доставляют их в зону воспаления. Антибиотики увеличивают количество иммуноглобулинов, усиливают барьерную функцию лимфатической системы [2—4].

Прямые методы антеградного введения антибиотиков в лимфатические сосуды стопы, голени, кисти, в паховые лимфоузлы требуют, по мнению большинства авторов, применения микрохирургической техники, оптического увеличения и строго дозированного введения препарата с помощью автоинъектора со скоростью 10 мл/ч или вручную со скоростью 0,5 мл/мин, иначе возможно повреждение лимфатического сосуда.

В 1984 г. Ю. М. Левиным был предложен метод непрямой эндолимфатической терапии антибиотиками, который получил экспериментальное и клиническое обоснование. Клинические результаты совпали с данными об использовании прямого метода. В качестве лимфотропных веществ, способствующих попаданию антибиотика в лимфатическое русло, применяли лидазу, трипсин, хи-

мотрипсин, химопсин. Инъекции производили подкожно в среднюю треть наружной поверхности голени, на нижнюю треть бедра накладывали на 2 ч манжетку от аппарата Рива — Роччи, создавая в ней давление до 5,3 кПа.

Нами для лечения больных с рожистым воспалением была использована оригинальная методика непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии [5]. Кожную складку в I межпальцевом промежутке на стопе или кисти обрабатываем спиртом. Антибиотик разводим не менее чем в 15 мл 0,25—0,5% раствора новокаина. При меньшем разведении возможно появление инфильтратов, для ликвидации которых достаточно полупиретических компрессов и физиотерапии. При наличии инфильтратов последующие инъекции производить не рекомендуем. Лекарство вводим иглой для внутримышечных инъекций строго по межпальцевой складке по направлению к тыльной поверхности на глубину не более 1 см и обязательно медленно, при этом неприятных ощущений у больных не возникает, не бывает и механических повреждений тканей.

В качестве лимфотропного вещества используем новокаин, который удлиняет действие антибиотиков, прерывает поток болевых импульсов к коре головного мозга, улучшает трофику лимфатической стенки, восстанавливает проницаемость капилляров, нормализует лимфообращение [4].

Мы применяли метод непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии у 710 больных при лечении гнойных заболеваний мягких тканей (с рожистым воспалением было 400 больных, с эризипелоидом — 42, с панарициями и флегмонами кистей — 120, с постинъекционными абсцессами и флегмонами — 122, с фурункулами и карбункулами — 28, с гидраденитом — 26, с трофическими язвами — 12). Поскольку результаты чувствительности микроорганизмов к антибиотикам получали на 3-й день, использовали антибиотики широкого спектра действия: пенициллин в дозе 1 млн. и полусинтетические препараты этой группы (метициллин, оксациллин, ампиокс) в дозах 0,5—1,0 г/сут. Антибиотики начинали вводить уже при поступлении, после адекватного хирургического пособия, при выраженности местного процесса и интоксикации. Больным с рожистым воспалением, эризипелоидом и

при наличии лимфангоита и лимфаденита антибиотики назначали независимо от формы и стадии воспалительного процесса.

У 75 больных с тяжелой степенью интоксикации эндолимфатическую терапию сочетали с внутримышечным и внутривенным введением того же антибиотика или антибиотика другой группы после получения антибиотикограммы. Инъекции выполняли в перевязочной, что давало возможность оценивать не только общее состояние, но и местный воспалительный процесс. Сначала эту процедуру выполняли врачи, затем были обучены перевязочные сестры. Основными условиями считали медленное введение препарата и строгое соблюдение асептики. Введение антибиотиков и местное лечение сочетали с физиотерапией и иммуностимуляцией. При показаниях назначали терапию, необходимую для коррекции сопутствующей патологии.

Уже после первых инъекций антибиотика у больных снижалась температура, уменьшались боль, отек, гиперемия в области раны, улучшалось общее самочувствие. Особенно яркая положительная динамика отмечалась у больных с эризипелоидом, лимфангоитом, лимфаденитом и эритематозной формой рожистого воспаления.

Критерием эффективности считали первые 3 инъекции. Если в течение 3 дней положительной динамики не наблюдалось, дальнейшее введение антибиотика считали нецелесообразным. Таких больных было 8.

Уже после 3—7 инъекций раны очищались, что послужило поводом у 92 больных к наложению вторичных швов, а у 44 — к кожной пластике. Прогрессирования процесса не было. Средним курсом эндолимфатической терапии считаем 5 инъекций. Исключение составляют больные с рожистым воспалением, у которых этот метод является профилактикой рецидивов заболевания, поэтому курс лечения должен быть не менее 7—10 дней.

Таким образом, не прямое эндолимфатическое введение антибиотиков с новокаином в I межпальцевой промежуток на стопе или кисти на стороне локализации гнояного очага является эффективным, доступным, экономичным и простым в исполнении методом. Он может быть рекомендован для широкого применения в практике гнойной хирургии, в амбулаторно-поликлинических и военных полевых условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудз И. М. // Клин. хир. — 1988. — № 1. — С. 3—5.
2. Зубарев П. Н., Синенченко Г. И. // Вестн. хир. — 1988. — № 3. — С. 125—127.
3. Левин Ю. М., Буянов В. М., Данилов К. Ю. // Хирургия. — 1987. — № 1. — С. 72—76.
4. Панченков Р. Т., Выренков Ю. Е., Ярма И. В. // Эндолимфатическая антибиотикотерапия. — М., Медицина, 1984.
5. Рождествен В. А., Громов В. В., Киверов С. В. // Клин. хир. — 1987. — № 1. — С. 67.

Поступила 28.12.88.

УДК 616.62—006.6—06:616.61—002.3—089.48

ЧРЕСКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков, А. Ю. Зубков, М. Э. Ситдыкова

Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Развитие острого пиелонефрита является частой причиной летальных исходов у больных раком мочевого пузыря. Лечение больных этой категории сопряжено с большими трудностями ввиду их тяжелого состояния, обусловленного сочетанием гнойного и ракового процессов, а также выраженным нарушением пассажа мочи по верхним мочевым путям, что связано с длительным малосимптомным течением рака мочевого пузыря и вследствие этого поздней диагностикой заболевания. В большинстве случаев развитие острого пиелонефрита вызывается обструкцией мочеточников в результате инфильтрирующего роста опухоли, влекущего за собой блокаду интрамуральных отделов и ретенционные изменения в верхних мочевых путях. Причинами развития воспа-

лительных осложнений после оперативного вмешательства по поводу рака мочевого пузыря, как правило, являются операционная травма и дефект выполнения уретероцистостомии.

Под нашим наблюдением находились 14 мужчин в возрасте от 47 до 76 лет с раком мочевого пузыря в стадии T₂ — T₄, в том числе 3 пациента после оперативного лечения (2 — после резекции мочевого пузыря с уретероцистостомией, один — после цистэктомии с созданием искусственного кишечного мочевого резервуара). Вследствие обструкции верхних мочевыводящих путей основное заболевание у всех больных осложнилось возникновением острого пиелонефрита. С целью восстановления оттока мочи из почки была произведена