

может однозначно интерпретироваться из-за сходных симптомов, обусловленных послеоперационной “травмой”. Результаты ЭХОКГ, указывающие на перегрузку правых отделов сердца (дилатация ПП и ПЖ) и внутрилегоч-

ную гипертензию (возрастание величины давления в ЛА), могут свидетельствовать в пользу развития ТЭЛА у данного профиля больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Российский консенсус “Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений”. - М.: Медицина, 2000.
2. Acute pulmonary embolism: value of transthoracic and transesophageal echocardiography in comparison with helical CT / P. Steiner, G.K. Lund, J.F. Debatin et al. // American Journal of Roentgenology. – 1996. – Vol. 167. – P. 931-936.
3. Detection of central pulmonary artery thromboemboli by transesophageal echocardiography in patients with severe pulmonary embolism. / N. Wittlich, R. Erbel, A. Eichler et al. // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 1992. – Vol. 5. – P. 515–524.
4. Diagnosis of pulmonary embolism with magnetic resonance angiography / J.F.M. Meaney, J.G. Weg, T.L. Chenevert et al. // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 336. – P. 1422-1427.
5. Noninvasive diagnosis of suspected severe pulmonary embolism: transesophageal echocardiography vs spiral CT. / P. Pruszczyk, A. Torbicki, R. Pacho et al. // Chest. – 1997. – Vol. 112. – P. 722–728.
6. Regional right ventricular dysfunction detected by echocardiography in acute pulmonary embolism. / M.V. McConnell, S.D. Solomon, M.E. Rayan et al. // Am. J. Cardiol. – 1996. – Vol. 78. – P. 469–473.
7. Task Force Report. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Society of Cardiology // Europ. Heart. J. – 2000. – Vol. 21, № 16. – P. 1301-1336.

УДК 616.381-002-036.11.88-091

© Т.И.Мустафин, Д.С. Куклин, 2007

Т.И.Мустафин, Д.С. Куклин
**БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА
 ПРИ АНАЛИЗЕ СЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

За 5-летний период проведен анализ 227 случаев острого перитонита на секционном материале. В ретроспективе все умершие были разделены на 3 группы в зависимости от величины индекса перитонита Манхаймера (ИПМ). При этом в первую группу вошли 11 случаев, во вторую – 91, а в третью (тяжелую) – 125 (55,1%) случаев. К неблагоприятным признакам отнесены пожилой возраст, распространенность процесса по брюшине, ишемический и опухолевый генезы перитонита, наличие комбинированных заболеваний и поздняя госпитализация. Эти признаки наиболее часто выявлялись в 3-й группе. Балльная оценка тяжести перитонита важна для совместного клинико-анатомического анализа и построения развернутого патологоанатомического диагноза.

Ключевые слова: острый перитонит, патологоанатомический диагноз, индекс перитонита Манхаймера

T.I.Mustafin, D.S.Kuklin
**THE ASSESSMENT OF PERITONITIS
 BASED ON AUTOPSY MATERIAL**

The analysis of 227 cases with acute peritonitis was done on the autopsy material within 5-year period. All cases were subdivided into 3 groups depending on the Manheim peritonitis index. Group 1 was included 11 cases, group 2 – 91 and group 3 (the most severe) – 125 (55,1%) cases. Such factors as old age, prevalence of peritoneum process, ischemic and tumor genesis of peritonitis, the presence of second diseases and delayed hospitalization were considered to be unfavourable. These signs were predominantly detected in group 3. The assessment of peritonitis is important for clinical-anatomic analysis and establishing pathological diagnosis.

Key words: acute peritonitis, pathological diagnosis, Manheim peritonitis index

При перитоните и его вторичных осложнениях проводится тщательный анализ летальности [1,2,5,7]. В патологоанатомической практике принято проводить клинко-анатомические сопоставления, которые призваны оценить лечебно-диагностический процесс, выявить возможные тактико-технические просчеты и оптимизировать тактику ведения больных данного профиля. В клинике для оценки тяжести перитонита широко используется индекс перитонита Манхаймера [3,4,6,8]. Между тем приведенная балльная оценка тяжести перитонита в патологоанатомической практике не используется, хотя предусмотрена возможность ее применения при ретроспективном анализе [3,5,8].

Целью настоящей работы явилась балльная оценка тяжести перитонита при анализе секционного материала для оптимизации патологоанатомической диагностики.

Материал и методы

Анализ секционного материала проведен за период с 2001 по 2005 гг. по данным ЦПАО ГКБ № 21 г.Уфы. При этом использованы результаты годовых отчетов, данные историй болезни, протоколов патологоанатомического исследования и статистические сведения.

Из 4752 умерших патологоанатомическому вскрытию подверглись 2163 (45,5%). Перитонит на секционном столе диагностирован у 227 умерших, что составило 10,5% от общего числа аутопсий. По данным В.Я. Глумова и соавт. (1987), этот показатель составлял 11,9% [1]. Данный факт свидетельствует о том, что доля умерших от перитонита в общей структуре секционных наблюдений за 30 лет практически не изменилась. Мужчин было 123, женщин – 103. Возраст умерших колебался от 21 года до 94 лет, составляя в среднем 65,3 года. При этом в 61 (26,9%) случае обследованные были трудоспособного возраста. При сличении диагнозов умерших от острого перитонита (ОП) в 24 (10,6%) случаях выявлено расхождение заключительного кли-

нического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию.

Для ретроспективной оценки тяжести состояния больных использован индекс перитонита Манхаймера (ИПМ) [4,5]. Деление больных на группы в зависимости от величины ИПМ осуществлялось по Fugger R. et al. [8]. В 1-ю группу (ИПМ-I) вошли умершие от перитонита (11 человек) с 12-20 баллами по шкале ИПМ. Во 2-ю группу (ИПМ-II) вошел 91 человек со значениями ИПМ в пределах 21-29 баллов. К 3-й группе (ИПМ-III) были отнесены 125 пациентов с величиной ИПМ 30-47 баллов. В состав группы ИПМ-I вошли 10 мужчин и 1 женщина, причем большинство трудоспособного возраста. В группе ИПМ-II мужчины составляли 82,4%. При этом преобладали лица старше 60 лет (67,0 %). В группе тяжелых больных (ИПМ-III) преобладали (69,6%) женщины, причем лиц старше 60 лет было больше. В этой группе замечено преобладание лиц пожилого возраста обоих полов. Доля лиц старше 60 лет, у которых определена группа ИПМ-II составила 38,9%, ИПМ-III – 59,2%. Неблагоприятный прогноз заболевания наблюдался у женщин группы ИПМ-III в возрасте 60 лет и старше, у мужчин ИПМ-II этого же возраста.

Результаты и обсуждение

У умерших в 100% случаев выявлялась «недостаточность органа», что по шкале ИПМ является одним из признаков (табл.1). У большинства (97,4%) умерших пациентов длительность перитонита превышала 24 часа, а воспалительный процесс в брюшной полости имел диффузное распространение (93,4%). У многих (84,1%) больных перитонеальный экссудат был «мутно-гнойным». В 83,7% случаев умершие были в возрасте старше 50 лет. Доля женщин составила 45,8%. Толстая кишка как наиболее агрессивный с точки зрения вирулентности микрофлоры и токсичности содержимого резервуар являлась источником перитонита в 33,0% наблюдений.

Таблица 1

Показатели балльной оценки тяжести перитонита у умерших

Показатели	Группы умерших			Всего n=227
	1-я (ИПМ-I) n=11	2-я (ИПМ-II) n=91	3-я (ИПМ-III) n=125	
Возраст более 50 лет	3 (27,3%)	67 (73,6%)	120(96,0%)	190(83,7%)
Женский пол	1 (9,1%)	16 (17,6%)	87 (69,6%)	104(45,8%)
Недостаточность органа	11 (100%)	91 (100%)	125 (100%)	227(100%)
Злокачественная опухоль	0	0	47 (37,6%)	47(20,7%)
Перитонит более 24 часов	8 (72,7%)	88 (96,7%)	125 (100%)	221(97,4%)
Источник – толстая кишка	0	8 (8,8%)	67 (53,6%)	75(33,0%)
Диффузное распространение	7 (63,6%)	82 (90,1%)	123(98,4%)	212(93,4%)
Экссудат прозрачный	8 (72,7%)	14 (15,4%)	4 (3,2%)	26(11,5%)
Экссудат мутно-гнойный	3 (27,3%)	77 (84,6%)	111(88,8%)	191(84,1%)
Экссудат калово-гнилостный	0	0	10 (8,0%)	10(4,4%)

Примечание: в скобках – процент от общего количества случаев в группе ИПМ – индекс перитонита Манхаймера

При анализе встречаемости признаков в каждой из трех групп выявлены определенные изменения. В группе с ИПМ-I преобладали мужчины молодого и среднего возраста, воспалительный процесс в брюшной полости у которых был кратковременным, ограниченным и носил серозный характер. В этой группе не обнаружены злокачественные новообразования, а толстая кишка в качестве источника перитонита не фигурировала. По данным клиницистов, частота летальных исходов у пациентов группы ИПМ-I была равна нулю [4,6]. При ретроспективном анализе выявлено то, что умершие от перитонита в 4,8 % случаев относились к 1-й группе. Во 2-й группе ИПМ-II в основном были лица старше 50 лет (73,6%), среди которых преобладали (82,4%) мужчины. У них перитонит в 96,7% случаев длился свыше 24 часов, в 90,1% – имел диффузный характер. Экссудат был прозрачным лишь у 15,4% больных в большинстве случаев был мутно-гноеный. Толстая кишка источником перитонита была в 8,8% случаев. Злока-

чественные опухоли как причина развития перитонита не встречались. В группе ИПМ-II имел место большой набор факторов, способствовавших возникновению тяжелой картины заболевания, и перитонит характеризовался менее благоприятным прогнозом. В группе ИПМ-III лица старше 50 лет составили 96,0%, причем преобладали женщины (69,6%). В 100% случаев перитонит длился более 24 часов, а у 98,4% больных имел диффузное распространение. Источником перитонита у 53,6% больных была толстая кишка, что оказало влияние на характер экссудата. При этом у 88,8% больных он был мутно-гноеный, в 8,8% случаев – калово-гнилостным. У 37,6% больных выявлены злокачественные опухоли, что было несвойственно пациентам 1-первой и второй групп. Таким образом, по набору и выраженности признаков группа ИПМ-III была наиболее тяжелой, в ней четко прогнозировался летальный исход. Среди умерших доля лиц группы ИПМ-III составила 55,1%.

Таблица 2

Причины перитонита и распределение умерших на группы с учетом ИПМ

Причины перитонита	Группы умерших			Всего N=227
	1-я (ИПМ-I) n=11	2-я (ИПМ-II) n=91	3-я (ИПМ-III) n=125	
Ишемическая болезнь кишечника	1 (9,1%)	23 (25,3%)	32 (25,6%)	56 (24,7%)
Злокачественные опухоли органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза	0	0	43 (34,4%)	43 (18,9%)
Острый деструктивный панкреатит	2 (18,2%)	24 (26,4%)	8 (6,4%)	34 (15,0%)
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	3 (27,3%)	16 (17,6%)	8 (6,4%)	27 (11,9%)
Спаечная кишечная непроходимость	0	6 (6,6%)	7 (5,6%)	13 (5,7%)
Холециститы и холангиты	1(9,1%)	5(5,5%)	7(5,6%)	13(5,7%)
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	0	2 (2,2%)	6 (4,8%)	8 (3,5%)
Грыжи живота	0	5(5,5%)	5(4,0%)	10(4,4%)
Асцит-перитонит	2(18,2%)	3(3,3%)	0	5(2,2%)
Неспецифический язвенный колит	0	2 (2,2%)	1 (0,8%)	3 (1,3%)
Прочие	2 (18,2%)	6 (6,6%)	7 (5,6%)	15 (6,6%)

Примечание: в скобках – процент от общего количества случаев в группе.

Наиболее тяжелые заболевания, осложнившиеся перитонитом (ишемическая болезнь кишечника, острый деструктивный панкреатит, перфоративные язвы желудочно-кишечного тракта), встречались в основном у пациентов 2-й и 3-й групп (табл.2). Злокачественные новообразования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза наблюдались исключительно в 3-й группе (ИПМ-III). Это обстоятельство во многом обуславливает наступивший исход болезни.

Во многом у пожилых обнаруживались комбинированные и сопутствующие заболевания, что было характерно для всех групп ИПМ. Пациенты с комбинированными и сопутствующими заболеваниями в 1-й группе составили 90,9%, во 2-й – 65,9%, в 3-й –

72,0%. Вторые заболевания играют значительную роль в возникновении и развитии основной нозологической единицы, ускоряют наступление декомпенсации организма. Это обстоятельство отразилось на исходе перитонита у лиц 1-й группы (ИПМ-I). Во 2- и 3-й группах вторые заболевания способствовали значительному утяжелению состояния больных и ухудшению прогноза. У 50,7% умерших обнаружено одно фоновое заболевание. У 17,6% больных выявлены фоновое и одно сопутствующее заболевания. У 2,2% больных встречались фоновое и 2-3 сопутствующих заболевания (табл.3). Чаще всего встречались заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем (табл.4).

Комбинированные заболевания при перитоните с учетом ИПМ и сопутствующие им нозологические единицы

Комбинированные заболевания при перитоните и сопутствующие им нозологические единицы	Группы умерших			Всего n=227
	1-я (ИПМ-I) n=11	2-я (ИПМ-II) n=91	3-я (ИПМ-III) n=125	
Комбинированное заболевание + перитонит	8 (72,7%)	52 (57,1%)	55 (44,0%)	115 (50,7%)
Комбинированное + перитонит и одно сопутствующее заболевание	2 (18,2%)	6 (6,6%)	32 (25,6%)	40 (17,6%)
Комбинированное + перитонит и два сопутствующих заболевания	0	2 (2,2%)	3 (2,4%)	5 (2,2%)
Одно основное заболевание + перитонит	1 (9,1%)	31 (34,1%)	35 (28,0%)	67 (29,5%)

Примечание: комбинированные заболевания - фоновые, сочетанные и конкурирующие. В скобках – процент от общего количества случаев в группе.

Таблица 4

Характеристика комбинированных заболеваний при перитоните с учетом ИПМ и сопутствующих им нозологических единиц

Комбинированные и сопутствующие заболевания при перитоните		Группы умерших			Всего
		1-я (ИПМ-I)	2-я (ИПМ-II)	3-я (ИПМ-III)	
Комбини- руемые	Ишемическая болезнь сердца (ОИБС и ХИБС)	2 (18,2%)	22 (24,2%)	38 (30,4%)	62 (27,3%)
	Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия)	1 (9,1%)	8 (8,8%)	21 (16,8%)	30 (13,2%)
	Сахарный диабет (1- и 2-й типы)	1 (9,1%)	4 (4,4%)	15 (12,0%)	20 (8,8%)
	Цереброваскулярные заболевания (инсульты)	2 (18,2%)	4 (4,4%)	2 (1,6%)	8 (3,5%)
	Хроническая обструктивная болезнь легких	5 (45,5%)	23 (25,3%)	37 (29,6%)	65 (28,6%)
Сопут- ствующие	Желчнокаменная болезнь	0	5 (5,5%)	8 (6,4%)	13 (5,7%)
	Мочекаменная болезнь	0	2 (2,2%)	1 (0,8%)	3 (1,3%)
	Прочие	1 (9,1%)	2 (2,2%)	6 (4,8%)	9 (4,0%)

Примечание: то же, что в табл.3.

Среди лиц с патологией сердечно-сосудистой системы (43,5%) чаще всего наблюдалась ишемическая болезнь сердца (27,3%) и гипертоническая болезнь (13,2%). Среди больных 2- и 3-й групп (ИПМ-II, ИПМ-III) выявлено увеличение частоты острых форм ишемической болезни кишечника. Хронические обструктивные болезни легких (28,6%) нами отнесены к фоновым. Они значительно усиливали проявления гипоксии, утяжеляли течение синдрома кишечной недостаточности и способствовали прогрессированию эндотоксикоза. У 20 (8,8%) человек перитонит протекал на фоне сахарного диабета, причем в 3-й группе (ИПМ-III) это заболевание встречалось в 12% случаев. Сахарный диабет сопровождался снижением резистентности к инфекционным агентам, более агрессивным течением воспалительного процесса в брюшной полости. В 3 случаях выявлены злокачественные опухоли экстраабдоминальной локализации, сопровождающиеся иммуносупрессией. У 2/3 больных перитонитом регистрировались вторые болезни, реже – сопутствующие заболевания. Вторые конкурирующие, сочетанные и фоновые болезни предполагали интенсивное многокомпонентное лечение, и которое не всегда сопровождалось позитивным исходом. По этой причине наличие у пациентов второй болезни следует рассматривать как неблагоприятный прогностический фактор.

В 3-й группе больных (ИПМ-III) в 28,0% случаев отмечена поздняя госпитализация (более 3-х суток от начала заболевания), что, несомненно, сыграло значимую прогностическую роль. В стационаре 155 (68,4%)

пациентов с ОП провели не более 10 койко-дней, причем 48 (21,1%) из них умерли в первые сутки. 227 пациентами в стационаре проведено 2 498 койко-дней. В среднем срок пребывания 1 больного составил $11,0 \pm 1,34$ койко-дня. При этом значимой разницы в сроках гибели больных 1- и 2-й групп не отмечалось ($12,2 \pm 4,02$ и $13,3 \pm 2,34$ дня соответственно). В то же время больные 3-й группы погибали раньше – в среднем на 9-й день госпитализации. Это обстоятельство связано с тяжелым состоянием больных данной группы и неблагоприятным прогностическим фоном (пожилой возраст, наличие первичных тяжелых заболеваний и др.). Больные 1- и 2-й групп погибали через больший промежуток времени, что можно рассматривать как более позднее истощение резервных компенсаторных возможностей организма.

Заключение

Использование шкалы ИПМ позволяет объективно оценивать тяжесть состояния больных перитонитом при жизни и в процессе патологоанатомического исследования. В качестве факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на прогноз заболевания, следует выделить такие, как пожилой возраст, распространенность процесса, ишемический и опухолевый генезы перитонита, наличие комбинированных заболеваний, поздние сроки госпитализации. Перечисленные показатели объективно утяжеляют состояние больных и во многом обуславливают наступление летального исхода. Балльная оценка тяжести перитонита важна для совместного клинко-анатомического анализа и построения развернутого патологоанатомического диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глумов, В.Я. Анализ летальности больных острым перитонитом по данным вскрытий / В.Я. Глумов, А.В. Пермяков, Н.А. Кирьянов // Арх. пат. – 1987. – № 11. – С.54-59.
2. Гостищев, В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, Л.А. Авдовенко. – М.: Гэотар-МЕД, 2002. – 240с.
3. Ермолов, А.С. Оценка индекса перитонита Манхаймера / А.С. Ермолов, В.Е.Багдатов, Е.В.Чудотворцева //Вестн.хир – 1996. -№ 3.–С.22-23
4. Каримов, Ш.И. Диагностика и лечение острого перитонита / Ш.И. Каримов, Б.Д. Бабаджанов. – Ташкент: ИПО им. Ибн-Сина, 1994. – 399с.
5. Мустафин, Т.И. Диагностика и лечение кишечных свищей при перитоните / Т.И. Мустафин, М.А. Галеев, В.М. Тимербулатов, Р.Г. Каланов – Уфа, 1999. – 275с.
6. Федоров, В.Д. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В.Д. Федоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов, Т.Н. Богницкая // Хирургия. – 2000. - № 4. – С.58-62.
7. Fry, D.E. Basic aspects of general problems in surgical infections / D.E. Fry // Surg Infect. – 2001. – Vol.2. – P.3-11.
8. Fugger, R. Validierungsstudie zum Mannheimer Peritonitis Index / R. Fugger, M. Rogy, F. Herbst [et al.] // Chir. – 1988. – Bd. 59, № 9. – S.598-601.

УДК 616-001.17-06-002.3-084:615.37

© Д.А. Тимербаева, Ю.А. Медведев, С.Н. Хунафин, Д.И. Хамитова, Г.Е. Ефимов, А.Г. Ярмухамедова, 2007

Д.А. Тимербаева, Ю.А. Медведев, С.Н. Хунафин,
Д.И. Хамитова, Г.Е. Ефимов, А.Г. Ярмухамедова

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
СТАФИЛО-ПРОТЕЙНО-СИНЕГНОЙНОЙ ВАКЦИНЫ ДЛЯ
ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВЫМИ ТРАВМАМИ**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа
Городская клиническая больница №18, г. Уфа*

У больных с ожогами разной степени тяжести оценена эффективность профилактики гнойно-септических осложнений ожоговой болезни иммунизацией больных стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной (СПСА). Показано, что СПСА - иммунизация больных с ожоговыми травмами ведет к накоплению специфических антител против соответствующих бактерий и позитивным иммуномодулирующим эффектам, препятствует колонизации этими бактериями поверхности ожоговой раны и улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: ожоговая травма, иммунопрофилактика гнойно-септических осложнений.

D.A. Tymerbaeva, Ju.A. Medvedev, S.N. Hunafin,
D.I. Hamitova, G.E. Efimov, A.G. Yarmuhamedova

**CLINICO-IMMUNOLOGICAL THE USE OF STAPHYLO-PROTEO-
PSEUDOMONAS VACCINE FOR PROPHYLACTIC PURULENT-SEPTIC
COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH BURN INJURY**

In patients with different severe degree bursns effctiveness of prophylactic purulent-septic complications of burn injury to Staphylo-Proteo-Pseudomonas vaccine (SPSA) immunisation was estimate. Demonstrate, that SPSA – immunisation patients with burn injury lead to accumulation of specific antibody against corresponding bacteria and positive immunomodulation effects, prevent bacterial colonisation of burn surface and improve the results of treatment.

Key words: burn injury, purulent-septic complications prophylactic.

Результаты терапии больных с ожоговыми травмами во многом определяются эффективностью мероприятий по профилактике и лечению осложнений ожоговой болезни, среди которых одно из ведущих мест занимают осложнения инфекционной природы. Полученная больным ожоговая травма законо-

мерно приводит к формированию длительно сохраняющегося иммунодефицитного состояния, что в сочетании с нарушенными барьерными свойствами пограничных тканей обуславливает возникновение инфекционных осложнений ожоговой болезни в основном в виде гнойно-септических осложнений (ГСО).