

Литература

1. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. Меланома кожи.– Минск: Беларусь, 2000.– 215 с.
2. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1996г.– М., 1997.
3. Чиссов В.И. и др. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения России в 1995 году.– М., 1997.
4. Чиссов В.И. и др. Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 1996 г.– М., 1997.
5. Чиссов В.И. и др. Злокачественные новообразования в России в 2001г. (Заболеваемость и смертность).– М., 2003.
6. John D. et al. // JAMA.– Т.2., №2.– 1999.– С.32–39.

УДК 616.381-002: 616.24] – 085.246.2: 613.81

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯХ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

А.Р. АНТОНОВ*, А.Г. КАРПЕНКО**, Е.М. ЛОКТИН**, А.Е. ПЛЯСКИН**, Л.А. ШПАГИНА**, С.А. ФИРСОВ**

Одной из адекватных моделей воспалительных процессов с полиорганной недостаточностью служит распространенный перитонит. Степень поражения внутренних органов при данном состоянии определяет прогноз и причины смерти при заболеваниях и травматических повреждениях органов брюшной полости [3]. При этом степень выраженности полиорганной поражений при распространенном перитоните может модифицироваться любыми экзогенными интоксикациями, в частности алкоголем [6]. Современная медицина стоит перед проблемой роста алкогольной патологии, включающей как наркологические, так и соматические проявления токсического эффекта этанола [1]. Практически 40% пациентов, поступающих в Российские клиники с диагнозом распространенный перитонит, находятся в состоянии алкогольного опьянения или имеют в анамнезе хроническую алкогольную интоксикацию [2]. Алкоголь (особенно его суррогаты) может существенно модифицировать преморбидный фон многих заболеваний, усугубляя их течение. Учитывая метаболические и дисрегуляторные эффекты этанола нужно признать, что нет болезней, течение которых не утяжелялось бы эндотоксикозом алкогольной этиологии.

Большинство критических состояний организма человека, возникающих вследствие абдоминальной патологии, сопровождается развитием органных нарушений, вызванных присоединением внутригоспитальной инфекции [8]. По данным зарубежных источников, у 3–12% больных, находящихся в хирургических клиниках США, тяжесть состояния пациентов усугубляется внутригоспитальной инфекцией. Так в США ежегодно регистрируется до 2 млн. случаев заболеваний в стационарах, в ФРГ – 500–700 тыс. случаев, что составляет около 1% населения этих стран. Внутрибольничные инфекции удлиняют пребывание в стационарах, а наносимый ими ущерб ежегодно составляет от 5 до 10 млрд. долларов в США [9].

Наиболее частой нозокомиальной инфекцией (13–18%), у больных с распространенным перитонитом, поступающих в стационары в алкогольном опьянении, является нозокомиальная пневмония. Развитие этого осложнения связано с частотой инвазивных вмешательств и запущенностью форм в результате алкогольного опьянения. Часто совокупность факторов у лиц с распространенным перитонитом и алкогольной интоксикацией определяет вклад нозокомиальных пневмоний в патогенез [10].

С помощью фармакологических средств не всегда можно восстановить разрегулированную патологическую систему до нормального состояния. Медицинская практика свидетельствует о возможной реализации патологической системы за счет

«отсечения» ее патологических звеньев. Процедура «отсечения» осуществляется с помощью различных методов, в том числе гравитационной хирургии крови. Учитывая, что кровь представляет собой концентрированный субстрат продуктов жизнедеятельности всех клеток, межклеточного матрикса, а также органов, которые наполняют ее клеточными элементами (костный мозг и др.), нельзя забывать о том, что через кровь ведется обратная связь со всеми элементами организма, приводящая в соответствие с необходимой потребностью их функциональную активность. Именно в крови продукты жизнедеятельности различных клеток собираются в гуморальные системы, способные функционировать как единые каскады, вовлекая в процесс активации другие ферментативные системы и клеточные элементы крови [5]. Учитывая вышеперечисленные моменты, одним из эффективных методов лечения в комплексной терапии полиорганной нарушений у больных с алкогольной интоксикацией при перитоните является программа детоксикации с использованием лечебного плазмафереза

Цель работы – оценка эффективности использования дискретного плазмафереза у больных с распространенным перитонитом и алкогольной интоксикацией, осложненной нозокомиальной пневмонией.

Методы и материалы. В данное исследование было включено 36 пациентов с нозокомиальной пневмонией на фоне алкогольной интоксикации при распространенном перитоните, находившихся на стационарном лечении в ОРИТ Городской клинической больницы №2 г. Новосибирска. Возраст обследованных больных колебался от 21 до 75 лет, составляя в среднем 49.9±1.1 года. Длительность развития перитонита составила в среднем 48,2 часа при колебаниях от 4 до 96 часов. Все пациенты были мужского пола. При оценке доказательности данных использовалась шкала, взятая из Руководства Американского торакального общества (ATS) по лечению внебольничных пневмоний [7].

Критерии включения в исследование: наличие нозокомиальной пневмонии, характеризующейся появлением на рентгенограмме свежих очагово-инфильтративных изменений в легких спустя 48 ч и более после госпитализации в совокупности с клиническими данными, подтверждающими их инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота или гнойное отделяемое трахеобронхиального дерева, лейкоцитоз); оценка по клинической шкале инфекции легких (CPIS) более 7 баллов; резерв здоровья по APACHE-II от 27 до 49 баллов (средние значения 39.9); уровень алкоголя в крови – от 1,5 до 2,5‰.

Критерии исключения из исследования: инфекции дыхательных путей, в инкубационном периоде на момент поступления в стационар; гнойно-септические осложнения при злокачественных заболеваниях; хронические заболевания внутренних органов в стадии обострения; эндокринные заболевания; хроническая почечная, печеночная, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточности; вирусные поражения печени; операционный риск по системе CHILD-PUGH >9 баллов. Степень тяжести состояния пациентов во всех исследуемых группах при поступлении была равнозначна.

Контрольную группу составили 180 здоровых доноров-мужчин, обследованных в отделении переливания крови и признанных практически здоровыми. Возраст доноров колебался от 31 до 54 лет, составляя в среднем 42.4±2.1 г. В зависимости от объема эксфузированной плазмы при проведении дискретного плазмафереза больные были распределены на две группы, третью группу составили пациенты со стандартной схемой терапии нозокомиальной пневмонии. 1 группа – 12 пациентов с нозокомиальной пневмонией на фоне алкогольной интоксикации при распространенном перитоните, которым проводилась детоксикационная терапия с включением дискретного плазмафереза с эксфузией плазмы до 80% в сутки. 2 группа – 14 пациентов с нозокомиальной пневмонией на фоне алкогольной интоксикации при распространенном перитоните, которым проводилась детоксикационная терапия с включением дискретного плазмафереза с эксфузией плазмы до 30% в сутки. 3 группа – 10 пациентов с нозокомиальной пневмонией на фоне алкогольной интоксикации при распространенном перитоните, которым проводилась стандартная схема терапии пневмонии, без использования плазмафереза. Группы пациентов были равнозначны по степени клинико-функциональных проявлений

* Новосибирский ГМУ
** Новосибирск, МУЗ ГКБ №2

пневмонии, данных микробиологических исследований и характеру антибактериальной терапии.

Основными возбудителями нозокомиальной пневмонии у исследуемых групп больных были: *P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Enterobacteriaceae*, *S. aureus*. В табл. 1 отражена нозологическая характеристика исследуемых больных. Основными причинами распространенного перитонита были деструктивный аппендицит и деструктивный холецистит.

При использовании дискретного плазмафереза скорость эксфузии из центральных вен не превышала 50 мл/мин в гемаконы фирмы «Синтез» г. Курган. Однократный забор у больного не превышал 10% расчетного ОЦК. Разделение венозной крови на плазму и эритроцитарную массу проводилось путем центрифугирования с помощью аппарата ЦП 3–3,5 при 2000 об/мин в течение 10 минут. Кратность сеансов за сутки составляла до 10 процедур у лиц первой группы. С заместительной целью использовалась свежемороженая плазма – 70%, коллоиды и кристаллоиды 30%. При дискретном плазмаферезе гемодинамика поддерживалась непрерывным введением вазопрессоров (по показаниям). Возмещение эксфузированной плазмы проводилось и после процедур, и параллельно – в зависимости от объемов забора плазмы, состояния гемодинамики и гипопротеемии.

Таблица 1

Нозологическая характеристика

Причины	Группа		
	1	2	3
Деструктивный аппендицит	4	3	2
Травматические повреждения органов брюшной полости	1	2	1
Деструктивный холецистит	4	5	2
Язвенные перфорации желудка или 12-перстной кишки	2	1	2
Перфорация тонкой кишки	1	2	2
Перфорация толстой кишки		1	1

Результаты. Оценка эффективности использования эфферентных методов терапии проводилась по соотношению изменений состояния респираторной, сердечно-сосудистой, нейроэндокринной систем.

Оценка динамики изменений клинко-функционального состояния респираторной системы выявила: наиболее быстрое снижение лихорадки и лейкоцитоза у больных 1 группы уже в первые сутки после проведения дискретного плазмафереза. Использование высокообъемного плазмафереза позволило непосредственно в течение трех часов привести показатели газового состава крови и сатурации к контрольным значениям. Пациенты 1 группы, тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недостаточностью, были экстубированы и переведены на спонтанное дыхание в течении 36 часов после проведения плазмафереза. У пациентов 2 и 3 группы было диагностировано 2 случая ОРДС, в 1 группе данного осложнения не наблюдалось. В 1 группе у пациентов отсутствовало прогрессирование процесса в легких. Во 2 и 3 группе клинически значимых различий не было выявлено (табл. 2)

Таблица 2

Динамика изменения клинического индекса легочной интоксикации

Сутки от постановки диагноза «Нозокомиальная пневмония»	Группа		
	1	2	3
1 сутки	6	6	6
3 сутки	3	4	4
5 сутки	2	3	3
7 сутки	1	2	2
14 сутки	0	0	0

Измерение проводилось в баллах

Изучение клинко-функциональных результатов исследования сердечно-сосудистой системы позволило выявить существенное нарушение гемодинамических показателей на высоте клинических и лабораторных данных при присоединении нозокомиальной пневмонии. В группе, где проводился высокообъемный плазмаферез, происходила более быстрая стабилизация гемодинамических показателей (в течение 18–20

часов после окончания плазмафереза), чем в двух других исследуемых группах. Длительное сохранение сердечно-сосудистых нарушений у больных 2 и 3 группы могут быть обусловлены воздействием медиаторов воспаления, высокой активностью нейроэндокринной системы и специфических факторов депрессии миокарда, которые продуцируются в очаге ишемии и гнойного воспаления, а также потенцируются алкогольной интоксикацией.

Таблица 3

Уровень стрессовых гормонов на момент поступления в стационар и в динамике проводимой терапии

Показатели	Гр.	Контр. группа	При поступлении	3 сутки	7 сутки	14 сутки
АКТГ нг/л	1	34.16±5.03	109.6±2.0	74.7±1.7*	36.4±0.6	33.2±0.3***
	2		107.3±2.3	94.7±2.1	47.8±1.0***	42.1±0.3*
	3		106.8±1.7	91.9±1.1	49.7±1.0	41.0±0.7
Альдостерон, нг/л	1	54.07±7.88	357.8±3.2	296.2±4.7*	178.9±4.9	151.7±2.5**
	2		367.9±8.5	333.7±6.1*	263.1±4.2*	231.1±4.8*
	3		359.7±7.3	328.2±5.3	271.3±5.3	242.2±5.0
Кортизол нмоль/л	1	385.02±32.56	1317.1±16.3	1000.1±18.3	344.1±9.2*	312.4±9.0*
	2		1300.6±11.4	955.4±13.1*	897.9±13.4**	745.2±62.3*
	3		1297.7±12.9	987.7±16.4	917.7±14.9	756.3±20.1

Примечание: * – P < 0.05 по сравнению с контрольными значениями
** – P < 0.05 различия достоверны между группами

Учитывая взаимосвязь сердечно-сосудистой, респираторной и нейроэндокринной систем, в ходе исследования проведена оценка гормонального статуса больных на момент поступления в стационар, а также в динамике терапии с использованием исследуемых программ детоксикации.

Проведена оценка уровней АКТГ, альдостерона, кортизола, пролактина, Т3, Т4, ТТГ, тестостерона. Наиболее значимые изменения были выявлены в динамике концентрации АКТГ, альдостерона и кортизола под влиянием проводимой терапии. Уровни концентраций данных гормонов могут служить «маркерами эндотоксикоза» и эффективности проводимой терапии еще до купирования возникших органных нарушений, на ликвидацию которых требуется более длительное время (табл. 3).

Анализ гормонального статуса больных с нозокомиальной пневмонией на фоне распространенного перитонита и алкогольной интоксикации на момент поступления в стационар и в динамике проводимой терапии показал, что функциональная активность эндокринных желез, выражающаяся в интенсивности процессов биосинтеза и секреции гормонов, может варьировать в широких пределах в зависимости от патогенетических факторов и методов коррекции эндотоксикоза. Это вызывает потерю резистентности и развитие истощения, что ведет к различным дистрофическим процессам и даже гибели. Так как стресс-реакция детерминирует возбуждение нейроэндокринной системы, использование объемного плазмафереза в комплексе программ детоксикации способствует предотвращению перехода стресса из звена адаптации в звено патологических сдвигов нейроэндокринной системы.

Выводы. Использование высокообъемного плазмафереза при детоксикационной терапии больных с нозокомиальной пневмонией при перитоните и алкогольной интоксикации оказывает выраженный положительный эффект, основанный на удалении патологических субстанций, что приводит к нормализации функционирования эндокринной системы за счет снижения концентрации стрессовых гормонов. Купирование нарушений респираторной и сердечно-сосудистой систем в более ранние сроки позволяет снизить сроки искусственной вентиляции легких и нахождения в реанимации.

Литература

1. Антонов А.П. Влияние острой алкогольной интоксикации на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и обмен электролитов при инфаркте миокарда (экспериментальное исследование): Дис... к. м. н. – Новосибирск, 1990. – 210 с.
2. Гундаров И.А. // Наркология. – 2004. – №7. – С. 40–44.
3. Маевская М.В. // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2001. – №1. – С. 4–8.
4. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России: Докл. подгот. при поддержке Центр.-Европ. Центра здоровья и

окружающей среды (СЕСНЕ) (Вашингтон, США), Ассоц. врачей России (Новочеркасск) и Междунар. фонда милосердия и здоровья (Москва) / Под ред. А.К. Демина.– М., 1995.– 134 с.

5. *Останин А.А., Пальцев А.В.* Опыт использования экстракорпоральной иммунотерапии в лечении больных с гнойно-септическими заболеваниями.

6. *Шелестюк П.И. и др.* Перитонит.– Новосибирск, 2000.– 125 с.

7. *American Thoracic Society Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity antimicrobial therapy and prevention // Am. J. Respir. Crit. Care Med.– 2001.– Vol. 163.– P.1730–1754.*

8. *Baughman R. P. et al. // Diag Microbiol Infec Dis.– 1999.– Vol. 33.– P. 131–139).*

9. *Kollef M.H. Prevention of hospital-associated pneumonia and ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med 2004; 32 :1396–405.*

10. *Cook D., Mandell L. // Chest.– 2000.– Vol. 117.– P. 195.*

THE EFFICIENCY OF THE USING DISCRETE PLASMO-PHERESIS WITH NOZOKOMIAL PNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF ALCOHOLIC INTOXICATION IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS

A.F. ANTONOV, A.G. KARPENKO, E.M. LOKTIN, A.E. PLYASKIN, S.A. FIRSOV, L.A. SCHPAGINA

Summary

One of the adequate clinical models of inflammatory processes, with the expressed poly-organ insufficiency, serves diffuse peritonitis. In this case the degree of the manifestation of poly-organ defeats with diffuse peritonitis can be modified substantially by any exogenous intoxications, in particular by alcohol. One of the most effective methods of treatment in the complex therapy of nozokomial pneumonia in patients with the alcoholic intoxication with extended peritonitis, is the program of detoxication with the use of therapeutic plasmopheresis.

Key words: extended peritonitis, discrete plasmopheresis

УДК 616.367-089.85

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

А.В. ЗУРНАДЖЬЯНЦ, В.В. ТАРАСЕНКО, В.Е. КУТУКОВ*

На фоне высокого роста желчнокаменной болезни (ЖКБ) отмечается и увеличение числа больных с холедохолитиазом, осложненного механической желтухой и составляет по данным различных авторов от 14 до 17% [1–2, 4, 9, 12, 14.]. Особую группу составляют больные с рецидивным или резидуальным холедохолитиазом, лечение которых является важнейшей задачей в хирургии, так как он является показанием для повторных и сложных оперативных вмешательств. Важную роль в этом играет качество интраоперационной ревизии желчных путей с применением современных технологий [5, 8, 10–11, 13]. В настоящее время, одним из самых информативных способов ревизии желчных протоков является интраоперационная холедохоскопия. Толчком к достаточно широкому использованию данной методики послужило появление волоконной оптики в виде фиброхоледохоскопов.

В отличие от других способов диагностики холедохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутривенечный холелитиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, при необходимости дает возможность взятия биопсии, а также использовать ее не только с диагностической, но и лечебной целью [7]. В нашей клинике интраоперационная холедохоскопия выполнена 139 больным. Распределение больных по возрасту, полу и характеру патологического процесса представлено в табл. Мужчин было 31

(22,4%), женщин – 108 (77,6%). Основную массу больных составили лица старше 60 лет. Показанием к интраоперационной холедохоскопии служили «открытая» операция по поводу механической желтухи или желтуха в анамнезе, когда нельзя было провести эндоскопическую папиллосфинктеротомию, папиллотомию или папиллодилатацию.

После выполненной лапаротомии ориентации в операционной ситуации, анатомических составляющих, как правило, производили холецистэктомию. На достаточном протяжении выделяли холедох. Выполняли супрадуоденальную холедохотомию. Легко удаляемые камни извлекались. Хирург вводит дистальный конец эндоскопа в просвет общего желчного протока, устанавливает его по центру просвета. Все дальнейшие манипуляции по проведению эндоскопа в дистальные и проксимальные отделы желчных путей, проводим под постоянным визуальным контролем. Особенностью данного эндоскопического исследования является необходимость постоянного промывания протоков изотоническим раствором хлорида натрия. На одно исследование расходуется до 1 л жидкости. Жидкость должна вытекать из протока с постоянной аспирацией электроотсосом. Эта методика позволяет избежать развития гипертензии в протоках, что важно при холангите и предотвращает затекание жидкости в протоки поджелудочной железы, способствуя возникновению панкреатита.

Исследующий по мере постепенного проведения эндоскопа осматривает стенки протоков, обращая внимание на состояние слизистой оболочки, вид кровеносных сосудов, форму просвета протока. Особенно тщательно исследуем терминальный отдел и устье общего желчного протока. В ряде случаев удается провести эндоскоп в 12-перстную кишку (ДК). Расширенный терминальный отдел характерен для органического стеноза большого сосочка ДК (БСДК). Осмотр общего желчного протока производится и при извлечении эндоскопа, тем самым производится дополнительный осмотр холедоха и повышается качество исследования. Удаление камней осуществляем под контролем зрения: через эндоскоп в проток проводится катетер типа Фогарти с резиновой манжеткой на конце, заводим его за конкремент, раздуваем манжетку до размера протока и извлекаем его вместе с конкрементом. Но чаще пользуемся складной корзинкой Dormia. Осмотр проксимальных отделов желчевыводящих путей проводим всегда после полной ревизии их дистальных отделов. Конец эндоскопа вводится по направлению к воротам печени, последовательно осматривается общий печеночный проток, место слияния левого и правого печеночных протоков. Удаётся исследовать сегментарные протоки второго – третьего порядка. При осмотре внутривенечных протоков не требуется промывание их изотонической жидкостью, поскольку стенки протоков фиксированы к печени и просвет их зияет. Конкременты из протоков извлекаем тем же приемом, что и из общего желчного протока. Мы отказались от холедохолангиоскопии через расширенный пузырный проток, так как угол впадения пузырного протока часто не дает возможности полноценно осмотреть проксимальные отделы желчевыводящих путей. На 139 эндоскопических исследований желчевыводящей системы осложнений не было. Как пример приводим наблюдение.

Больной Т., 47 лет (и.б. №1285) поступил в хирургическое отделение 07.09.98., через месяц с момента заболевания, когда впервые стали беспокоить боли в эпигастральной области продолжительностью 2-3 часа и сопровождающиеся на следующие сутки небольшой иктеричностью склер. За медпомощью практически не обращался. За двое суток до поступления боли усилились, появилась желтуха значительной интенсивности. При поступлении состояние средней степени тяжести. Общий билирубин 156 мкмоль/л. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь 8,4 x 5,7 см, с утолщенными стенками и двойным контуром. Холедох 1,2 см, в нем имеется конкремент 1,3 см в диаметре.

Диагноз: ЖКБ, острый калькулезный деструктивный холецистит, камень общего желчного протока, механическая желтуха.

Проведено консервативное лечение и подготовка к операции. 08.09.98.– операция. Желчный пузырь флегмонозно изменен, содержит большое количество гноя. Гепатодуоденальная связка инфильтрирована, пальпаторно в холедохе патологии не определяется, но он расширен до 1,5 см. Холецистэктомия от шейки. Супрадуоденальная холедохотомия. Выделилось под давлением большое количество застойной желчи. Холедохоскопия. В ретродуоденальной части холедоха вклинившийся камень (рис.). Корзинкой Dormia камень удален. Холедохоскоп проведен в просвет ДК. При дополнительном осмотре желчевыводящих путей

* Астраханская государственная медицинская академия