

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, учитывая высокую частоту тромбоэмболических осложнений, с 2003 года (приказ №233 от 09.06.2003 года и №881-Д от 05.04.2012 года) провело анализ причин смертности от ТЭЛА в Республике Башкортостан. Анализ результатов выявил, что в большинстве районов республики профилактика и лечение тромбоэмболических

осложнений не проводится (рис.1, 2). Профилактика венозного тромбоза и тромбоэмболии помимо оптимизации хирургических вмешательств требует глубоко продуманной стратегии терапевтических мероприятий, которые, конечно, не дают сиюминутного результата, но надежны и эффективны в плане долгосрочных перспектив.

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8(347)255-39-66.

Бакиров Анвар Акрамович – главный врач ГБУЗ Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер. Адрес: 450080, г. Уфа, ул. С. Агиша, 4. Тел. +7 (347) 228-45-14.

Плечева Дина Владимировна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Юсупов Ринат Халилович – врач-хирург отделения сосудистой хирургии Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Губайдуллин Салават Мирьянович – к.м.н., зав. отделением сосудистой хирургии Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Олейник Богдан Александрович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Мустафин Виниль Агзамович – врач-интерн кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлев, В. Б. Проблема тромбоэмболии легочной артерии, пути ее решения в многопрофильном клиническом стационаре// Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 10. – С. 25-32.
2. Рич, С. Тромбоэмболия легочной артерии// Кардиология в таблицах и схемах/ под ред. М. Фрида, С. Грайнс: пер. с англ. – М: Практика, 1996. – С. 538-548.
3. Макаров, О.В. Профилактика тромбоэмболических осложнений в акушерской практике/О.В. Макаров, Л.А.Озолина, Т.В.Пархоменко, С.Б. Керчелаева//Российский медицинский журнал. – 1998. –№ 1. – С. 28-32.
4. Диагностика двустороннего тромбоза легочной артерии с помощью электронно-лучевой томографии /В.Е. Сеницын [и др.]// Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 94-96.
5. Alexander J.K. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)//Руководство по медицине. Диагностика и терапия: пер. с англ/ под ред. Р. Беркоу, Э.Флетчера. – М.: Мир, 1997. – № 1. – С. 460-465.
6. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
7. Альперт Ж.С., Дален Ж. Эмболия легочной артерии //Клиническая кардиология: руководство для врачей/ под ред. Р.К. Шланта, Р.В. Александера: пер. с англ. – М. –СПб.: Изд. Бином – Невский Диалект, 1998. – С. 287-302.
8. Диагностика тромбоза глубоких вен. Общий обзор / М.С.Н. Джанссен [и др.] // Российский медицинский журнал. – 1996. – № 1. – С. 11-23.
9. Remy-Jardin M., Remy J., Wattinne L. et al. Central thromboembolism: diagnosis with spiral volumetric CT with single breath-hold technique-comparison with pulmonary angiography. Radiology 1992;185:381-387.
10. Janssen M.C.H., Wallersheim H., Novacova J.R.O. et al. Диагностика тромбоза глубоких вен. Общий обзор. Росс мед журн 1996;1:11- 23.
11. Douketis J.D., Kearon C., Bates Sh. et al. Risk of fatal pulmonary embolism in patients with treated venous thromboembolism. JAMA 1998; 279:458-462.
12. Khan M.G., Palmer L.B. Pulmonary embolism. In: Pulmonary disease diagnosis and therapy. A practical approach. Eds. M.G. Khan, J.P. Lynch. Baltimore:Williams and Wilkins 1997;585-601.
13. Anderson F.A., Wheeler H.B., Goldberg R.J. et al. A population based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Arch Intern Med 1991;151:933-938.

УДК 616.346.2-002.1-089.87.168.1-06-08:616.381-089.48

© Р.А. Мананов, М.В. Тимербулатов, Н.М. Мехтиев, 2013

Р.А. Мананов, М.В. Тимербулатов, Н.М. Мехтиев ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

На основании обследования и лечения 218 больных с острым аппендицитом (основная группа), проанализирована эффективность фасциального дренирования брюшной полости после аппендэктомии с сеансами интраперитонеальной оксигенотерапии. Показано, что предложенный способ позволил в первые сутки послеоперационного периода устранить гипоксию и купировать инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, своевременно эвакуировать воспалительный экссудат, купировать послеоперационный парез кишечника и энтеральную недостаточность, что в результате позволило предупредить послеоперационные перитонит и летальность.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, интраперитонеальная оксигенотерапия, фасциальное дренирование.

R.A. Mananov, M.V. Timerbulatov, N.M. Mekhtiev
EFFECTIVE WAY OF PREVENTING POSTOPERATIVE PERITONITIS

The article presents the analysis of the effectiveness of fascine drainage of the abdominal cavity after appendectomy with intraperitoneal oxygen therapy sessions based on the examination and treatment of 218 patients with acute appendicitis (core group). It is shown that the proposed method has allowed in the first postoperative day to eliminate hypoxia and to cut short the infectious inflammatory process in the abdominal cavity, to evacuate the inflammatory exudate in due time, to arrest postoperative intestinal paresis and enteric failure, resulting in prevention of the development of postoperative peritonitis and postoperative mortality.

Key words: postoperative peritonitis, intraperitoneal oxygen therapy, fascine drainage.

Значительные достижения и научный прогресс в области хирургии еще не разрешили проблему профилактики и лечения послеоперационного перитонита (ПОП). Несмотря на широкое использование новейших антибиотиков, антисептиков, применение многоэтапных санаций брюшной полости, число осложнений и летальных исходов при послеоперационном перитоните аппендикулярного генеза не имеет тенденций к снижению [2,3, 8]. Летальность при распространенном перитоните остается довольно высокой и, по данным разных авторов, колеблется от 20 до 70% [6,8,11]. Основными причинами неудовлетворительных результатов являются некупирующийся инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, развитие эндогенной интоксикации и полиорганная недостаточность. По данным различных авторов, частота гнойно-воспалительных осложнений после аппендэктомии составляет 7,2-62,7%, причем на долю послеоперационного перитонита приходится 0,08-3,2% с летальностью до 60%. [1,4, 9]. Ведущим механизмом развития многих тяжелых патологических процессов, а также главными причинами летальных исходов при послеоперационном перитоните в последнее время довольно часто выделяют эндогенную интоксикацию. Лечение эндогенной интоксикации является одной из наиболее сложных и актуальных проблем. Устранение причины перитонита и борьба с эндогенной интоксикацией являются решающим моментом в лечении этого грозного заболевания. Тяжесть состояния больных с послеоперационным перитонитом определяется выраженностью эндогенной интоксикации.

Материал и методы

Было пролечено 892 больных с различными формами острого аппендицита. Из них в контрольной группе было 674 больных, пролеченных традиционным способом. В основной группе (218 больных) применен способ фасцинного дренирования брюшной полости для проведения сеансов длительной интраперитонеальной оксигенотерапии. Фасцинное дренирование брюшной полости после аппендэктомии осуществляется следующим образом: дренаж (1) устанавливается в правый бо-

ковой канал, дренаж (2) в ложе червеобразного отростка, дренажом (3) дренируется полость малого таза. В дренаже (1), на его брюшной части отверстия в стенке должны быть на всем протяжении для беспрепятственной эвакуации экссудата и избыточного кислорода из брюшной полости. В послеоперационном периоде больным проводили сеансы интраперитонеальной оксигенотерапии в течение 15-20 минут 2-3 раза в сутки 3-4 дня. Сеанс осуществляется следующим образом: концы дренажей (1) и (3) соединяли с емкостями Боброва. Кислород подается из источника через входной предохранительный клапан, рассчитанный на давление 5-10 мм рт.ст. в дренаж (3). На выходе, т.е. на дренаже (1), установлен контролирующий клапан, рассчитанный также на давление 5-10 мм рт.ст., который срабатывает, когда создано искомое повышенное давление в брюшной полости.

Результаты и обсуждение

Наиболее частыми причинами ПОП после аппендэктомии являются: 1) несостоятельность культи червеобразного отростка, 2) некроз стенок кишки, 3) некупирующийся инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости. Целью настоящей работы явились разработка и внедрение способа профилактики развития послеоперационного перитонита после аппендэктомии путем адекватного дренирования брюшной полости, раннего купирования инфекционно-воспалительного процесса, устранения гипоксии в тканях брюшной полости и раннего восстановления моторики кишечника. Преимущества предлагаемого нами способа следующие: 1) создаваемое повышенное давление кислорода в брюшной полости способствует механическому вытеснению воспалительного экссудата, рассасыванию фибриновых пробок; 2) кислород губительно действует на анаэробно-аэробную флору и устраняет гипоксию в тканях; 3) дозированное интраперитонеальное введение кислорода способствует раннему восстановлению моторики кишечника; 4) раннее купирование воспалительного процесса в брюшной полости предупреждает спайкообразование. Критериями эффективности данного способа служили

уровни ЛИИ, ЦИК в сыворотке, общего белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости, сроки восстановления мо-

торики кишечника, частота возникновения послеоперационного перитонита и исход лечения.

Таблица

Показатели ЛИИ, ЦИК, общего белка и титра обсемененности в экссудате больных острым аппендицитом (M±m)		1-2-е сутки	3-4-е сутки	5-7-е сутки
ЛИИ в общем кровотоке (N=0,5-1,5)	Основная(28)	8,6±1,7	2,4±0,9	1,2±0,5
	Контроль(30)	8,5±1,3	7,8±1,9	4,0±1,2
Общий белок в экссудате, (г/л) (N=30-50)	Основная(29)	87,9±1,3	41,7±2,6	36,4±1,9
	Контроль(31)	87,2±2,5	74,3±4,6	67,5±3,8
ЦИК в общем кровотоке, (у.е.) (n=до 108)	Основная(30)	154,2±2,4	102,8±1,9	82,8±1,8
	Контроль(32)	167,1±2,6	153,1±3,2	125,1± 2,6
Титр обсемененности в экссудате	Основная(22)	4,6x10 ³ ±0,9	Роста нет	Роста нет
	Контроль(24)	3,8x10 ⁶ ±1,2	2,8x10 ³ ±1,2	1,1x10 ³ ±0,6

Из представленной таблицы очевидно, что показатели ЦИК, ЛИИ в сыворотке и общего белка в экссудате достигают нормального уровня на 3-и сутки, в то время как в контрольной группе на 5-7-е сутки они далеки от нормы. Микробиологический посев экссудата в основной группе на 3-и сутки был стерил, в то время как в контрольной на 5-7-е сутки определялся рост микроорганизмов. Восстановление моторики кишечника в основной группе наступает в основном к концу 2- и на 3-и сутки, в то время как в контрольной на 4-5-е сутки. В основной группе послеоперационной летальности и других осложнений не наблюдалось. В контрольной группе летальность составила 1,1% (7) больных. Послеоперационный перитонит развился у 7 больных с

послеоперационной летальностью 2-х (28,6%) больных.

Предложенный нами способ профилактики позволил в первые сутки послеоперационного периода устранить гипоксию и купировать инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, что исключило развитие послеоперационного перитонита.

Создаваемое повышенное давление кислорода позволяет своевременно и беспрепятственно удалять воспалительный экссудат из брюшной полости, что значительно уменьшает эндогенную интоксикацию.

Раннее восстановление моторики кишечника способствует купированию энтеральной недостаточности и эндогенной интоксикации.

Сведения об авторах статьи:

Маннанов Робер Альбертович – к.м.н., врач-хирург хирургического отделения № 2 Клиники БГМУ. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

Мехтиев Намик Мурадович – д.м.н., профессор факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ан, В.К. Способ дренирования брюшной полости при распространенных формах перитонита // Хирургия. – 1998. – №7. – С.53-54.
2. Брискин, Б.С. Абдоминальный сепсис, возможности антибактериальной и иммунокорригирующей терапии /Б.С. Брискин, Н.Н.Хачатрян, З.И.Савченко, Н.Н.Некрасова // Хирургия. – 2002. – №4. – С.69-74.
3. Ерюхин, И.А. Хирургия гнойного перитонита: 50 лекций по хирургии/ под ред. В.С.Савельева. – М., 2003. – С.320-326.
4. Исаев, Г.Б. Диагностика послеоперационного перитонита // Хирургия. –2002. – №6. – С.27-29.
5. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. – М.: Медпрактика, 2002. – С.144-199.
6. Кригер, А.Г. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита /А.Г. Кригер, Б.К.Шуркалин, В.А.Горский, [и др.] // Хирургия. – 2001. – №8. – С.8-12.
7. Савчук, Б.Д. Гнойный перитонит. – М.: Медицина, 1979. – 192 с.
8. Шапошников, В.И. Активное дренирование брюшной полости при распространенном перитоните // Вестник хирургии. – 2000. – № 6. – С.70-72.
9. Dunn D.L., Simmons R.L. The meaning of research in experimental peritonitis // Surgery. – 2011. – Vol.90, № 4. – P.774-778.
10. Krause R. Reintervention in abdominal surgery // World J.Surg. – 2007. –Vol.11, №2. – P.226-232.
11. Wittmann G.H. Intraabdominal infections. Pathophysiology and treatment // Marcel Dekker. Inc., New York. – 2011. – 84p.