

противоязвенной терапии с применением омепразола (по 20 мг 2 раза в день) и ксимедона (по 500 мг 2 раза в день). Биоптаты всех больных обследовали на наличие *H. pylori* до и после лечения. По первоначальным результатам *H. pylori* был выявлен в биоптатах слизистой оболочки желудка у 29 (90,6%) больных, в то время как при повторном исследовании - только у 2. Положительный клинический эффект с эндоскопическими признаками заживления язвы прослеживался у всех больных. Таким образом, эффективность эрадикации данной двухкомпонентной схемы составляет 93,1%. Полученные результаты расширяют возможности эрадикационной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. - М., 1982.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. - 2003. - № 7. - С. 43-49.
3. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Астахов В.А. // Хирургия. - 2004. - № 3. - С. 56-60.
4. Измайлов С.Г., Паршиков В.В. // Нижегород. мед. журн. - 2002. - № 3. - С. 81-87.
5. Исаков В.А. // Практич. мед. - 2003. - № 4. - С. 5-8.
6. Морозова Л.Г. Характеристика пролатов *Helicobacter pylori*, выделенных при язвенных

гастродуоденитах и онкологических заболеваниях желудка: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Казань, 2005.

7. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. / 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. - М., 2003. - С.250-260.
8. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. // Хирургия. - 2003. - № 12. - С. 44-47.
9. Forrest J.F. // Lancet. - 1974. - Vol. 7877. - P. 394-397.
10. Kirkland T.S., Viriyakosol S., Perez-Perez G.I., Blaser M.J. // Infect. Immun. - 1997. - Vol. 65. - P. 604-608.

Поступила 12.01.05.

XIMEDONE IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING

R.R. Yakupov, S.U. Dobrokvashin, O.K. Pozdееv, L.G. Morozova, V.N. Voronin, R.R. Rakhimov

Summary

Results of the treatment of 223 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding are analyzed. After hemostasis with medications the relapse of acute gastroduodenal bleeding is noted in 28 (12,6%) patients, 16 (11%) of whom had duodenal ulcer and 12 (19,8%) patients — gastric ulcer. Antibacterial effect of ximedone towards *H. pylori* is established by microbiologic studies. Possibilities of including this drug in combined treatment of patients with ulcerative gastroduodenal bleeding in order to decrease the number of relapses are considered.

УДК 616. 381 - 002. 3 - 089. 8

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШИНЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Р.Р. Мустафин, А.Ю. Анисимов, С.В. Доброквашин

Кафедра общей хирургии (зав. - проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, кафедра медицины катастроф и скорой медицинской помощи (зав. - проф. Ш.С. Каратай) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В настоящее время, не умаляя достижений клинической фармакологии и службы интенсивной терапии, следует признать, что первоочередным мероприятием в борьбе с эндогенной интоксикацией при распространенном перитоните является интраоперационная санация брюшины [3, 5]. Однако простой, казалось бы, вопрос при более глубоком его изучении оказывается достаточно сложным, а предложения по его практической реализации весьма противоречивыми.

С 1997 по 2003 г. в отделении неотложной хирургии Больницы скорой меди-

цинской помощи г. Казани на лечении находились 118 больных (мужчин - 78, женщин - 40) распространенным перитонитом. В возрасте от 15 до 39 лет было 63 (53,4%) человека, от 40 до 59 лет - 37 (31,4%), от 60 и старше - 18 (15,2%).

У 97 (82,2%) больных имел место диффузный распространенный перитонит, а у 21 (17,8%) - диффузный об- щий. В первые 24 часа были прооперированы 43 (36,4%) человека, на сроках от 24 до 72 часов - 64 (54,2%), в более поздние сроки - 11 (9,3%). Мы использовали классификацию по объему поражения брюшины с учетом наличия

Таблица 1

Причины распространенного перитонита		
Причины	Число больных	%
Деструктивный аппендицит	32	27,1
Перфорация язв желудочно-кишечного тракта	25	21,2
Травмы живота	25	21,2
Послеоперационный перитонит	12	10,2
Острая кишечная непроходимость	11	9,3
Деструктивный холецистит	9	7,6
Ущемленные грыжи	4	3,3
Всего	118	100,0

или отсутствия отграничения пораженной части от остальных отделов брюшной полости [6]. Причины перитонита представлены в табл. 1.

Степень анестезиологического и хирургического риска у 51 (43,2%) больного увеличивалась из-за сопутствующих заболеваний.

Все больные с распространенным перитонитом получали комплексное лечение, предусматривающее сочетание различных способов воздействия на звенья патологического процесса. Мероприятия лечебного воздействия на эндотоксикоз, обусловленный распространенным перитонитом, были объединены в две группы:

1) воздействие на источник интоксикации (лапаротомия, раннее удаление или изоляция источника перитонита; интра- и послеоперационная санация брюшины; декомпрессия тонкой кишки с последующей энтеросорбцией; массивная периоперационная антибиотикотерапия направленного действия);

2) устранение токсинов из внутренних сред организма (медикаментозная до-, интра- и послеоперационная коррекция нарушений гомеостаза; временное протезирование важнейших детоксикационных систем организма методами эфферентной хирургии).

Всем больным проводили массивную инфузионную терапию, направленную на поддержание и восстановление циркулирующего объема и стабилизацию гемодинамики, восстановление нормального распределения жидкости между внутриклеточным, интерстициальным и сосудистым секторами организма, стабилизацию адекватного уровня коллоидно-осмотического давления плазмы и мочеиспускания, улучшение микроциркуляции и доставки кислорода к тканям, предотвращение активации каскадных систем, в том числе коагуля-

ции, профилактику реперфузионных повреждений и адекватное питание. Жидкости вводили в режиме нормо- или гиперволемической гемодилюции с обязательным включением в состав инфузионных сред плазмозамещающих растворов, препаратов гемодинамического, гемореологического, кардиотонического и дезинтоксикационного действия.

Неразрывность хирургической санации гнойного очага и антибактериальной терапии является краеугольным камнем в лечении распространенного перитонита. Именно поэтому все больные в предоперационном и послеоперационном периодах получали массивную антибактериальную терапию. Поскольку в дооперационном периоде и ближайшие сутки после операции, выполненной в экстренном порядке, мы не располагали информацией о микробной флоре, антибактериальная терапия в это время носила эмпирический характер. Ее проводили с учетом предполагаемого возбудителя на основании клинических признаков препаратами широкого спектра действия. В дооперационном периоде за один час до момента разреза использовали, как правило, внутривенное введение цефалоспоринов, в послеоперационном - различные антибактериальные препараты в комбинациях (аминогликозиды, защищенные пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, карбапенемы). При подозрении на наличие анаэробной неклостридиальной инфекции в схему антибактериальной терапии мы добавляли препараты метронидазола. После получения результатов антибиотикограммы методом дисков проводили антибактериальную терапию направленного действия.

Исходя из того, что применение антибиотиков широкого спектра действия сопровождается иммунодепрессией, у 34 (28,1%) больных антибактериальную терапию сочетали с иммунокоррекцией. С этой целью использовали иммуноглобулин, антистафилококковый γ -глобулин, антистафилококковую плазму.

Комплекс интенсивных мероприятий послеоперационного периода у 43 (36,4%) больных включал методы экстракорпоральной гемокоррекции по современным методикам, используемым в клинике [2, 10], в том числе ультрафиолетовое облучение аутокрови (36,4%), плазмаферез (12,7%), гемосорбцию (9,3%), ксеноспленоперфузию (2,5%).

Кроме того, у 5 (4,2%) пациентов была выполнена энтеросорбция. Сочетание различных методов экстракорпоральной гемокоррекции имело место у 32 (27,1%) больных.

Оперативное лечение больных с распространенным перитонитом не может быть полностью стандартизировано из-за разнообразия вызывающих его причин. Однако мы старались оперировать всех больных по общепринятой схеме, которая соответствовала выработанной принципиальной последовательности хирургических манипуляций при внутрибрюшной инфекции [6, 9]. Операция в нашем исполнении состояла из шести последовательно выполняемых этапов.

1. Оперативный доступ. Всем больным была выполнена широкая срединная лапаротомия (релапаротомия) с обходом пупка слева. У всех пациентов преобразовывали срединный абдоминальный доступ методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала-Кабанова.

2. Устранение источника перитонита с соблюдением принципа минимального объема хирургического вмешательства. Все реконструктивные операции переносили на второй этап и выполняли в более благоприятных для пациента условиях.

3. Интраоперационная санация брюшины. Для подачи санационного раствора к операционному полю нами были использованы устройство «Гейзер» и специальный ирригоаспиратор производства ПО «Красноярский машиностроительный завод» [8]. Плотные фиксированные отложения фибрина не удаляли из-за риска повреждения стенки кишки. Мы не придавали принципиального значения качественному составу промывной жидкости, так как ее кратковременный контакт с брюшиной вряд ли мог оказать должное бактерицидное действие на перитонеальную флору. Обычно применялись 0,9% раствор натрия хлорида и 0,3% электрохимически активированный раствор калия хлорида.

4. Интубация тонкой кишки по Эбботту - Миллеру для борьбы с парезом кишечника и усиления дезинтоксикационного эффекта (у 74,6%). Кроме того, 8 (6,8%) больным была выполнена трансанальная интубация толстой кишки. В активном режиме кишечное содержимое эвакуировали с помощью электроотсоса, создавая разрежение в 0,2 атм.

5. Дополнительное дренирование брюшной полости через контрапертуры было (у 90,7%). При этом мы использовали однопросветные трубки (17,8%), двухпросветные силиконовые трубки с вакуум-аспирацией (72,9%), «сигарные» дренажи (14,4%), дренажи из гидратцеллюлозной пленки [4] (28,0%), различные сочетания вышеперечисленных дренажей (48,3%).

6. Завершение операции. У 107 (90,7%) больных зашивали срединную операционную рану и оставляли дренажи в брюшной полости через контрапертуры - полуоткрытый метод. У 11 (9,3%) пациентов на завершающем этапе операции оставляли брюшную полость полностью открытой и в послеоперационном периоде проводили программированные ревизии и санацию - перитонеостомию [1].

По способу технического выполнения интраоперационной санации все больные были разделены на две группы, которые по исходной тяжести состояния, степени загрязнения брюшины и срокам заболевания были относительно репрезентативны. В 1-ю группу вошли 44 пациента, которым после ликвидации источника воспаления производилось многократное промывание брюшины антисептическим раствором, предварительно подогретым до температуры +40° С (гипертермическая санация). 2-ю группу составили 74 больных, которым была выполнена интраоперационная гипотермическая санация брюшины (ИГСБ). Для купирования ответной реакции организма на охлаждение непосредственно перед процедурой делали блокаду рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишки 0,25% раствором новокаина (160,0-200,0).

Техника ИГСБ у больных с распространенным перитонитом. Перед операцией в бак устройства «Гейзер» заливаем 18 литров антисептического раствора, предварительно охлажденного до температуры от +4 до +6° С. Устраняем источник перитонита. С помощью ирригоаспиратора подаем холодный антисептический раствор в брюшную полость. Конструкция ирригоаспиратора позволяет одновременно аспирировать отработанную жидкость. Скорость подачи раствора меняем с помощью специального регулятора. Санацию брюшины проводим до чистых промывных вод. Расход жидкости на одну процедуру санации при этом составляет 16-18 литров. Весь сеанс длится 10-15 минут.

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений				
Осложнения	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Динамическая непроходимость кишечника	6	13,6	1	1,4*
Интоксикационный делирий	5	11,4	4	5,4*
Нагноение срединной раны	5	11,4	3	4,1*
Легочные осложнения	5	11,4	8	10,8
Внутрибрюшинные абсцессы	4	9,1	2	2,7*
Эвентерация	3	6,8	2	2,7*
Кишечные свищи	1	2,3	1	1,4
Несостоятельность кишечных швов и стом	1	2,3	1	1,4
Всего	30	68,2	22	29,7*

* $p < 0,05$.

В течение часа после ИГСБ имело место статистически достоверное снижение наружной температуры тела на $1,5^{\circ}\text{C}$, температуры тела в пищеводе - на $1,09^{\circ}\text{C}$, температуры тела в прямой кишке - на $2,3^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$). Иными словами, локальное воздействие холода на брюшину вело к развитию общей гипотермии. Однако глубина ее была незначительной и соответствовала I (легкой) степени по классификации Л.И. Мурского [7]. Таким образом, анализ данных термометрии показывает, что после ИГСБ температура в изучаемых участках тела равномерно снижается, причем ее уровень не превышает $35,1^{\circ}\text{C}$ наружной температуры тела со стабилизацией температуры в прямой кишке на $2-3^{\circ}\text{C}$ ниже исходной. В такой ситуации нам представляется неправомерным констатировать «локальную» или «регионарную» гипотермию, при которой происходит преимущественное понижение температуры участка или отдельной области тела. При лечении 74 больных распространенным перитонитом с использованием ИГСБ на фоне указанного выше снижения температуры тела никаких осложнений (повышенная мышечная активность, нарушение ритма сердца) у пациентов не возникло. Применение ИГСБ в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом позволило уменьшить число послеоперационных осложнений в 2,3 раза (табл. 2).

Летальность в 1-й группе больных составила 22,7%, во 2-й - 16,2%, продолжительность койко-дня у больных с благоприятным исходом - соответственно $29,4 \pm 4,6$ и $19,7 \pm 3,7$ сутки.

Полученные нами результаты свидетельствуют о значительных резервных возможностях интраоперационной гипотермической санации в снижении количества послеоперационных осложнений у больных с распространенным перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю. Перитонеостомия в лечении разлитого гнойного перитонита // *Абстракт. сб. тезисов. - Казань, 1991.*
2. Бондарев Ю.В. Роль гемоспленоперфузии в комплексном лечении разлитого перитонита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 1993.
3. Брюсов П.Г., Ревской А.К., Курицын А.Н., Шишло В.К. // Тезисы докладов I Московского международного конгресса хирургов. - М., 1995. - С. 27-28.
4. Доброквашин С.В. Забрюшинные кровоизлияния при травме живота: источники, формы, зоны локализации, пути распространения, диагностика, лечение (эксперим-клинич. исслед.): Автореф. дисс... докт. мед. наук - Казань, 1999.
5. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита. /50 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева. - М., 2003. - С. 320-326.
6. Кузин М.И. // Хирургия. - 1996. - № 5. - С. 9-15.
7. Мурский Л.И. Физиология гипотермии. - Ярославль, 1958.
8. Нифантьев О.Е., Попов А.Е., Сухоруков А.М. и др. Интраоперационный санационный диализ брюшной полости при перитоните с использованием устройства «Гейзер». / Методич. рекоменд. - Красноярск, 1991.
9. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. // Вестн. хир. - 1990. - № 6. - С. 3 - 7.
10. Чикаев В.Ф. Прогнозирование и лечение гнойно-септических осложнений в неотложной хирургии (клинико-эксперим. исслед.): *Абстракт. тезисов. - Казань, 1999.* - 45 л.
11. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. - М., 2000.

Поступила 12.01.05.

INTRAOPERATIVE HYPOTHERMAL SANATION OF PERITONEUM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSED PURULENT PERITONITIS

R.R. Mustafin, A.Yu. Anisimov, S.V. Dobrokvashin

Summary

The use of intraoperative hypothermal sanitation of peritoneum in combined treatment of 74 patients with diffused purulent peritonitis of various genesis made it possible to reduce the incidence of postoperative complications from 68,2 to 29,7% and lethality - from 22,7 to 16,2%.