

Н.М. Мехтиев, М.В. Тимербулатов, Р.А. Мананов
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Проанализированы результаты лечения 68 больных с послеоперационным перитонитом. Больным основной группы применен комплекс лечебных мероприятий, включающий сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии с целью купирования инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости и энтеральной недостаточности. В результате достигнуто значительное сокращение летальности с 28,6 до 15,2%. Авторы заключают, что предложенный комплекс лечебных мероприятий является эффективным и позволяет в ранние сроки послеоперационного периода купировать инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, энтеральную недостаточность, эндогенную интоксикацию, устранить гипоксию в брюшной полости и в минимально короткие сроки восстановить моторику кишечника.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, интраперитонеальная оксигенотерапия, интраинтестинальная оксигенотерапия, энтеральная недостаточность.

Н.М. Mekhtiev, M.V. Timerbulatov, R.A. Mananov
THERAPEUTIC TACTICS IN POSTOPERATIVE PERITONITIS

The results of treatment of 68 patients with postoperative peritonitis have been analyzed. Patients of the main group were treated by a complex of therapeutic measures, including sessions of intraperitoneal and intrainestinal oxygen therapy in order to relieve infectious and inflammatory process in the abdominal cavity and enteric disease. The result is a significant reduction in mortality from 28.6% to 15.2%. The authors conclude that the proposed combined treatment is effective and allows to arrest postoperative infectious inflammation in the abdominal cavity, enteral failure, endogenous intoxication, eliminate hypoxia in the abdominal cavity and in the shortest time to restore the intestinal motility.

Key words: postoperative peritonitis, intraperitoneal oxygen therapy, intrainestinal oxygen therapy, enteral insufficiency.

Лечение больных с послеоперационным перитонитом (ПОП) остается сложной проблемой в абдоминальной хирургии. Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения, уровень неблагоприятных исходов при данной патологии остается высоким, составляя от 50 до 86% [2,4,10]. Наиболее частыми причинами ПОП являются: несостоятельность швов, некроз стенок ЖКТ, прорыв гнойников в брюшную полость и др. [6,7]. Тяжелое состояние больных, обусловленное полиорганной недостаточностью, не является противопоказанием для релапаротомии, ибо отказ от операции приводит к 100% летальности, а при ее выполнении до 50% [1,5,8].

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 68 больных с ПОП, из них 35 больных составили контрольную группу, в которой проводилась следующая схема лечения: предоперационная подготовка, экстренная релапаротомия, устранение причины ПОП, санация и дренирование брюшной полости, антибиотикотерапия, антикоагулянтная терапия, экстра- и интракорпоральная детоксикация форсированный диурез, инфузионно-трансфузионная терапия, введение протеолитических ферментов, коррекция нарушений водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного состояния, ИВЛ и т.д. Летальность в контрольной группе составила 28,6%.

В целях улучшения результатов лечения у 33 больных основной группы с ПОП нами предложен комплекс лечебных мероприятий,

включающий: 1) мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией в дооперационном периоде (предоперационная инфузионная терапия, дооперационное введение антибиотиков); 2) мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией во время операции (экстренная операция по устранению источника ПОП, санация брюшной полости растворами антисептиков, декомпрессия кишечника, дренирование брюшной полости); 3) мероприятия, направленные на борьбу с инфекционным процессом и интоксикацией в послеоперационном периоде (комбинированная антибактериальная терапия, декомпрессия кишечника и интракорпоральная детоксикация, антикоагулянтная терапия, применение протеолитических ингибиторов, форсированный диурез, интраперитонеальная оксигенотерапия, дозированная интраинтестинальная оксигенотерапия); 4) мероприятия, направленные на коррекцию функций органов и систем и нарушенного гомеостаза (коррекция водно-электролитных и белковых расстройств, восстановление моторики кишечника, коррекция нарушений гомеостаза и микроциркуляции, профилактика и устранение нарушений дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, нормализация функции печени и почек, коррекция КЩС, внутритканевая оксигенотерапия для профилактики нагноений ран).

Интраперитонеальная оксигенотерапия. Доказано, что кислород под повышен-

ным давлением действует бактерицидно на аэробную и анаэробную флору, является хорошим окислителем и устраняет гипоксию в тканях. Учитывая вышеуказанное, нами предложен способ лечения распространенного перитонита. Методика проведения сеансов длительной интраперитонеальной оксигенотерапии под повышенным давлением следующая: после лапаротомии, устранения источника перитонита, санации брюшной полости, интубации тонкой и толстой кишок, через контрапертуры проводили дренажи в полость малого таза, боковые каналы и поддиафрагмальные пространства. Затем через контрапертуры по латеральным краям прямых мышц живота выше пупка на 2-3 см проводили трубку, концы которой соединяли с емкостями Боброва. Кислород подавался из источника через входной предохранительный клапан, рассчитанный на давление 5-10 мм рт.ст. На выходе установлен контролирующий клапан, также рассчитанный на давление 5-10 мм рт.ст., который срабатывает в случае, когда в брюшной полости создано искомое повышенное давление кислорода. Сеансы интраперитонеальной оксигенотерапии проводили в течение 20–30 минут 4–5 раз в сутки 3-6 дней послеоперационного периода. Периодически продувались дренажи для предупреждения их закупорки фибринными пробками.

Интраинтестинальная оксигенотерапия. При ПОП развивается энтеральная недостаточность, характеризующаяся парезом кишечника, высоким содержанием в просвете

кишечника молекул средней массы (МСМ), контаминацией патогенных микробов (аэробы и анаэробы). С целью окисления МСМ и подавления полимикробного инфекционного фактора нами предложен способ интраинтестинальной оксигенотерапии. Эффективность предложенного способа оценивали путем исследования: 1) титра обсемененности отделяемого из брюшной полости; 2) динамики изменений МСМ в сыворотке крови; 3) сроков восстановления моторики кишечника. Способ выглядит следующим образом: после устранения источника перитонита, санации брюшной полости мы проводим интубацию тонкой кишки двухпросветным зондом (Н.Н. Каншин) до илеоцекального угла. Сеансы интраинтестинальной оксигенотерапии проводили следующим образом: кислород подавался из источника под низким давлением в просвет зонда, где имеется одно концевое отверстие, при этом избыток кислорода эвакуируется через просвет с множеством отверстий. Продолжительность сеанса 3-5 минут, каждые 2 часа в течение 3-5 суток послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение

Критериями эффективности предложенного комплекса лечебных мероприятий служили: 1) динамика изменений уровня белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости, 2) уровни лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и МСМ в сыворотке крови, 3) сроки восстановления моторики кишечника и исход лечения (табл.1, 2, 3).

Таблица 1

Показатель МСМ в сыворотке в отделяемом из брюшной полости у больных с ПОП				
Показатели		1-2-е сутки	3-4-е сутки	7-9-е сутки
МСМ в сыворотке крови ($n=0,24 \pm 0,02$ е.о.п)	Основная(10)	0,59 $\pm$ 0,02	0,37 $\pm$ 0,02	0,23 $\pm$ 0,03
	Контроль(9)	0,66 $\pm$ 0,03	0,61 $\pm$ 0,02	0,58 $\pm$ 0,03

Таблица 2

Сроки восстановления моторики кишечника у больных с ПОП											
Контрольная группа (n=22)						Основная группа (n=20)					
Дни послеоперационного периода											
I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
–	–	2	8	9	3	–	4	10	6	–	–

Очевидно, что у больных основной группы купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости и эндогенной интоксикации происходит в 2 раза быстрее, чем в контрольной группе.

Сравнительный анализ полученных результатов показал, что восстановление моторики кишечника у больных основной группы происходит на 3-4 сутки, а у больных контрольной группы на 4-6-е сутки. Таким образом, купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости у больных

основной группы происходит значительно быстрее, чем в контрольной группе.

Таблица 3

Сравнительный анализ исходов (летальности) больных с ПОП			
Группы больных	Число больных	Умерло	Летальность, %
Контрольная	35	10	28,6
Основная	33	5	15,2

Применение вышеуказанного комплекса лечебных мероприятий у больных с послеоперационным перитонитом позволило значительно снизить летальность с 28,6 до 15,2% (табл.3).

Выводы

Таким образом, предложенный комплекс лечебных мероприятий является эффективным и позволяет в ранние сроки послеоперационного периода купировать инфекцион-

но-воспалительный процесс в брюшной полости, энтеральную недостаточность, эндогенную интоксикацию, устранить гипоксию в брюшной полости, восстановить моторику ЖКТ, что значительно сократило летальность.

Сведения об авторах статьи:

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.

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.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов, В.М. Экспериментальная модель острого гнойного перитонита/В.М. Буянов, Г.В. Родоман, Г.Г. Белоус // Хирургия. – 1997. – №1. – С. 25-28.
2. Изимбергенов, Н.И. Тактика лечения послеоперационного перитонита // Астана медициналык журналы. – 2000. – №1. – С.32-35.
3. Плечев В.В., Мурсыева Е.Н., Тимербулатов В.М., Лазарева Д.Н. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии. – М., – 2003. – 320 с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорецкий В.А. [и др.]. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – № 6. – С. 14-18.
5. Савчук, Б.Д. Хирургическое лечение распространенного перитонита // Хирургия. – 1988. – № 2. – С. 148-151.
6. Светухин, А.М. Хирургический сепсис: клиника, диагностика, лечение/А.М. Светухин, А.О.Жуков // Врач. – 2001. – № 6. – С. 47-53.
7. Чадаев А.П., Хрипун А.И. Перитонит и внутрибрюшное давление. Патогенетические аспекты. Диагностическая и лечебная тактика. – М. – 2003. – 150 с.
8. Шуркалин, Б.К. Технические аспекты назоинтестинальной интубации /Б.К. Шуркалин, А.Г.Кригер, В.А.Горский [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 1. – С.50-52.
9. Alcocer F. Antibiotic therapy in secondary peritonitis: towards a definition of its optimal duration / F. Alcocer, E. Lopez, J.J. Calva // Rev. Invest. Clin. – 2009. – Vol. 53. – №2. – P. 21-25.
10. Chylak J. Peritonitis determined by the site of intra-abdominal surgery / J. Chylak, W. Michalska, M. Drews // Med. Dosw. Mikrobiol. – 2010. – Vol. 51. – №3. – P. 35-42.
11. Erlich H.P. Metabolic and circulatory contributions to oxygen gradients in wounds / H.P. Erlich, J. Hislis, T.K. Hunt // Surgery. – 2002. – Vol. 72. – № 4. – P. 578-583.

УДК 616.149-008.341.1-06:616.33/.34-005.1]-089.819.5-072.1

© М.А. Нартайлаков, И.Ф. Мухамедьянов, Р.Н. Зиязетдинов, 2013

М.А. Нартайлаков¹, И.Ф. Мухамедьянов^{1,2}, Р.Н. Зиязетдинов¹ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

В статье кратко освещены вопросы лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, одного из самых грозных осложнений портальной гипертензии. Приводится лечебно-диагностическая тактика.

Ключевые слова: цирроз печени (ЦП), синдром портальной гипертензии (СПГ), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS)

M.A. Nartailakov, I.F. Mukhamedyanov, R.N. Ziyazetdinov

SURGICAL TACTICS IN ESOPHOGEAL BLEEDING

The article gives a short review of the treatment issues in cases of one of the most severe complications of portal hypertension, i.e. bleeding of varicose oesophageal and gastric veins. Diagnostic and therapeutic strategies are presented in the article.

Key words: hepatic cirrhosis (HC), portal hypertension syndrome (PHS), bleeding of oesophageal varices (BOV), transjugular intrahepatic portosystemic stent shunting (TIPS).

Термин “портальная гипертензия” характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе, вызванных различными заболеваниями. Данный симптомокомплекс включает высокое портальное давление, замедление кровотока, увеличение размеров селезенки, варикозное расширение вен пищевода и же-

лудка с кровотечением из них, асцит, геморрой.

Известен факт, что самым грозным осложнением СПГ является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка [1-5].

Такое кровотечение возникает у 1/3 больных циррозом печени и в 30-50% случаев