

УДК 617.55-002.3-082:615.246.9

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МЕТОДАМИ ДЕТОКСИКАЦИИ И ДЕЗИНТОКСИКАЦИИ

Н.Ю. Векслер,

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 79 Департамента Здравоохранения города Москвы»,

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Векслер Натан Юрьевич – e-mail: nathan.69@inbox.ru

Цель работы: предупреждение и лечение послеоперационных осложнений у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости путем сочетания медикаментозной терапии и раннего применения методов детоксикации и дезинтоксикации. Обследовано 360 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости (диффузный перитонит, деструктивный панкреатит, инфицированный панкреонекроз). Исследовались гематологические, биохимические, иммунологические показатели крови, проводились исследования гемостаза. Показатели эндотоксемии изучались по методике Малаховой М.Я. и Оболенского С.В. (1995). Полученные результаты доказывают необходимость включения методов детоксикации и дезинтоксикации в комплекс интенсивной терапии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания брюшной полости, озонотерапия, детоксикация, дезинтоксикация.

The purpose of this paper is the prevention and treatment of post-operative complications in patients with purulent-inflammatory abdominal diseases by the combination of drug therapy and early application of detoxication and disintoxication methods. 360 patients were examined who suffered from purulent-inflammatory abdominal diseases (diffuse peritonitis, destructive pancreatitis, infective pancreonecrosis). Haematological, biochemical and immunologic blood values were analyzed and hemostasis was studied. Endotoxemia indices were assessed after M.Y. Malakhova and S.V. Obolensky methods (1995). The obtained results prove the need in the inclusion of detoxication and disintoxication methods in complex of intensive therapy for patients with purulent-inflammatory abdominal diseases.

Key words: purulent-inflammatory abdominal diseases, ozone therapy, detoxication, disintoxication.

Сохраняющаяся высокая летальность больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости, нарастающая резистентность возбудителей к антибактериальным препаратам делают проблему лечения этой категории больных актуальной.

Цель исследования: предупреждение и лечение послеоперационных осложнений у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости путем сочетания медикаментозной терапии и раннего применения методов детоксикации и дезинтоксикации.

Материалы и методы

Исследование выполнено в МЛПУ ГКБ № 40 Нижнего Новгорода. Обследовано 360 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.

180 больных с диффузным перитонитом были рандомизированы 1:1 методом конвертов на 3 группы, по 60 пациентов в каждой. 1-я группа – контрольная; 2-я группа – группа применения в послеоперационном периоде гипохлорита натрия и УФО крови; 3-я группа – группа применения в послеоперационном периоде плазмафереза, гипохлорита натрия, озонотерапии и УФО крови.

В сравниваемых группах пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, диагнозу и по виду оперативного вмешательства. Методика многокомпонентной анестезии с ИВЛ, антибактериальной терапии в сравниваемых группах была идентичной.

Больным 2-й исследуемой группы на фоне проводимого традиционного лечения с первых суток после операции и в течение 5 суток ежедневно вводился 0,06% раствор NaOCl, приготовленный на аппарате ЭДО-4 и, начиная с 6-ых суток, через день проводили сеансы фракционного УФО крови по 3 мл/кг (200 мл) на аппарате «Надежда», 5 сеансов. Таким образом, методы эфферентной терапии проводили до 13-ых суток включительно.

Больным 3-й группы в послеоперационном периоде на фоне традиционно-проводимого лечения применяли разработанный нами комплекс детоксикации, включавший применение НЭХО, дискретного плазмафереза, интрасудистой озонотерапии и УФО крови в течение 13 суток после операции. ОЗИРХН готовили на аппарате ОЗОН-М 5 БРИЗ (г. Киров) с концентрацией озона 2 мг/л (концентрация на выходе 10 мг/л).

Больные с деструктивным панкреатитом были рандомизированы методом конвертов 1:1 на 2 группы, по 60 пациентов в каждой. 1-я группа – контрольная; 2-я группа – с применением разработанного комплекса детоксикации. В дальнейшем, в процессе исследования, выделились две контрольные и две исследуемые группы. В сравниваемых группах пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, диагнозу и по виду оперативного вмешательства. Методика многокомпонентной анестезии с ИВЛ, антибактериальной терапии в сравниваемых группах была идентичной.

Методика применения методов детоксикации у больных острым деструктивным панкреатитом зависела от вида панкреонекроза. Больным 1-й исследуемой группы со стерильным панкреонекрозом, осложненным ферментативным перитонитом, методы детоксикации применялись в течение тринадцати суток после операции.

Больным 2-й исследуемой группы, с инфицированным панкреонекрозом, осложненным диффузным перитонитом, методы детоксикации и дезинтоксикации применялись как до, так и после операции.

60 больных с диффузным перитонитом и инфицированным панкреонекрозом были рандомизированы методом конвертов 1:1 на контрольную и исследуемую группы. В контрольной группе применялась обычная методика дискретного плазмафереза, а в исследуемой ауто-эритроцитная масса больных перед переливанием обрабатывалась ОЗИРХН.

Исследовались гематологические, биохимические, иммунологические показатели крови, проводились исследования гемостаза. Показатели эндотоксемии изучались по методике Малаховой М.Я. и Оболенского С.В. (1995).

Статистическая обработка данных произведена с помощью пакета программ BIOSTAT на ЭВМ ПК Pentium. Проверялась гипотеза о нормальности распределения в выборке и затем, при подтверждении гипотезы, пользовались параметрическими методами вариационной статистики с вычислением среднего квадратичного отклонения (σ), критерия Стьюдента (t). Значения считали достоверными при заданном критерии вероятности $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$. При распределении, отличном от нормального, обращались к непараметрическим методам, а именно к оценке по критерию Уилкоксона-Манна-Уитни (U) при заданном значении вероятности $p \leq 0,01$ и по критерию Уилкоксона (W) при заданном значении вероятности $p \leq 0,01$. Кроме того, использовали точный метод Фишера при заданном значении вероятности $p \leq 0,05$ или $p \leq 0,01$ и критерий хи-квадрат при заданном значении вероятности $p \leq 0,05$ или $p \leq 0,01$.

Результаты и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что применение у больных диффузным перитонитом в течение 13 суток после операции сочетания инфузии гипохлорита натрия с УФО крови неэффективно, поскольку, несмотря на улучшение биохимических показателей и иммунологического статуса, это сочетание методов дезинтоксикации не влияет на показатели выделительной функции почек, время пребывания больных на ИВЛ, количество программированных санаций брюшной полости и сроки пребывания больных в ОРИТ и в стационаре.

Применение у этой категории больных в комплексной терапии в течение 13 суток послеоперационного периода внутривенной инфузии раствора гипохлорита натрия, озонированного изотонического раствора хлорида натрия, дискретного плазмафереза и УФО купирует эндотоксикоз, нормализует температуру тела, способствует стабилизации показателей гемодинамики на вторые сутки после операции, оказывает более выраженное иммуностимулирующее действие на Т-клеточное звено иммунитета, по сравнению с применением только НЭХО и УФО крови, повышает количество В-лимфоцитов, активизируя их функциональную активность, и к 5-ым суткам после операции восстанавливает

выделительную функцию почек. Все это, по сравнению с контрольной группой, сокращает длительность пребывания больных на ИВЛ в 2,8 раза, количество пациентов, которым требуется программированная санация брюшной полости, в 2,2 раза, т. е. способствует более гладкому течению послеоперационного периода и предотвращает развитие ПОН. В результате сокращается время пребывания больных в ОРИТ на 5 дней и в стационаре на 6 дней.

Применение у больных стерильным панкреонекрозом вместе с традиционно-проводимыми методами лечения в течение 13 суток после операции вышеперечисленного комплекса методов детоксикации купирует эндотоксикоз, оказывая детоксицирующее, дезинтоксикационное и иммунокорригирующее действия и восстанавливает к 5-ым суткам после операции выделительную функцию почек. Это, в свою очередь, сокращает время пребывания больных на ИВЛ в 2,5 раза по сравнению с контрольной группой, предотвращает развитие ПОН в 4,7 раза, поскольку в результате сокращается частота развития в послеоперационном периоде пневмонии в 4,7 раза, делирия в 4,4 раза. Количество больных, которым потребовалась программированная санация брюшной полости, уменьшается в 2,77 раза. Все это сократило, по сравнению с контрольной группой, длительность пребывания больных в ОРИТ на 8,2 суток в стационаре – на 7 суток.

Применение у больных острым деструктивным панкреатитом (инфицированный панкреонекроз) в предоперационном периоде наряду с традиционными методами лечения гипохлорита натрия, озонированного изотонического раствора хлорида натрия и дискретного плазмафереза предотвращает прогрессирование эндотоксемии, нарушений выделительной функции почек и иммунологического статуса в раннем послеоперационном периоде и стабилизирует гемодинамические показатели. Применение у этих пациентов в течение 15 суток после операции в сочетании с традиционными методами лечения комплекса методов детоксикации и дезинтоксикации купирует эндотоксикоз, оказывает иммуностимулирующее действие на Т-клеточное звено иммунитета, повышает количество В-лимфоцитов и активизирует их функциональную активность и к 7-ым суткам после операции восстанавливает выделительную функцию почек. Это сокращает, по сравнению с контрольной группой, пребывание больных на ИВЛ в 2,1 раза, развитие ПОН – в 3,1 раза, поскольку частота развития пневмонии снижается в 3,75 раза, делирия – в 3,1 раза, а гнойно-септических осложнений в 5 раз, а количество программированных санаций брюшной полости в 2,7 раза. Длительность пребывания больных в ОРИТ, по сравнению с контрольной группой, сократилась на 9,2 суток, а в стационаре – на 14,63 суток.

Обработка ауто-эритроцитной массы больных с эндотоксикозом III степени ОЗИРХН при проведении дискретного плазмафереза снижает уровень ВНиСММ на мембране эритроцитов, а потому уменьшает степень эндотоксикоза, что позволяет быстрее купировать эндогенную интоксикацию и нормализовать выделительную функцию почек, по сравнению с традиционной методикой.

Вывод

Полученные результаты доказывают необходимость включения методов детоксикации и дезинтоксикации в комплекс интенсивной терапии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости.

