

IMMUNOLOGICAL REACTANCE AND EFFICIENCY ANTIBIOTIC PREVENTIVE MAINTENANCE CEFATOXIMY AT HOLECYSTECTOMY AT PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

V.A. Filippov

(Republican Clinical Hospital, Ulan-Ude-city)

In work the estimation of efficiency of intraoperative antibiotic preventive maintenance cefatoximy on parameters of the immune status of patients of elderly and senile age is given. Thus it is marked, that in patients after holecystectomy with «usual» antibiotic preventive maintenance, it is kept initial immunodeficiency, that does not prevent inflammatory changes in a postoperative wound. Long supported concentration cefatoximy prevents inflammatory changes in a wound.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев Л.Б., Жуков В.Ф., Пикуза В.И. и др. // Военно-медицинский журнал — 1999. — Т. СССХХ, № 4. — С.36-38.
2. Белоцерковский Б.З., Бражник Т.Б., Гельфанд Б.Р. и др. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Тельфанда. — М., 2003. — 183 с.
3. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Алонцева Н.Н. и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004. — Т. 163, № 4. — С.44-52.
4. Ермолов А.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. и др. // Хирургия. — 1998. — № 2. — С.11-13.
5. Ефименко Н.А., Гучев И.А. // Consilium medicum. — 2005. — Приложение № 1. — С.40-41.
6. Земсков В.М., Земсков А.М. // Иммунология. — 1996. — № 3. — С.4-6.
7. Кириенко П.А., Гриненко Т.Ф., Гурьянов В.А. и др. Анестезиология и интенсивная терапия / Под ред. Б.Р. Гельфанда. — М., 2005. — 541 с.
8. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. — СПб., 2005. — С.585-586.
9. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. — М., 2003. — 207 с.
10. Трусов Ю.В. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Барнаул, 1991. — С.13-14.
11. El Mufti M.B., Rakas F.S., Glessa A. Ceftriaxone versus clavulanate — potentiated amoxicillin for prophylaxis against post-operative sepsis in biliary surgery: a prospective randomized study in 200 patients // Curr. Med. Opin. — 1999. — Vol. 11. — P.134-137.
12. Masterion R.G. Antimicrobial prophylaxis in low-risk biliary surgery // S. Antimicrob. Chemoter. — 1986. — Vol. 18, № 1. — P.4-6.

© ПОПОВА Е.А., ОРЛОВ С.В., ПОЗДНЯКОВА М.А., СКОРОБОГАТОВ А.Ю., ПОПОВ А.А., СКОРОБОГАТОВА И.А. — 2006

ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Е.А. Попова, С.В. Орлов, М.А. Позднякова, А.Ю. Скоробогатов, А.А. Попов, И.А. Скоробогатова

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра неотложной медицины Института постдипломного образования, зав. — д.м.н., проф. А.А. Попов)

Резюме. С целью уменьшения числа пневмоний и снижения летальности у больных с ишемическим инсультом в острую фазу 50 больным основной группы в комплексное лечение дополнительно были включены милдронат и реаферон-ЕС-липид. Изучение состояния клеточного, гуморального иммунитета, некоторых показателей неврологического статуса, дыхания, изменений КОС и газового состава крови показало, что совместное воздействие на различные звенья клеточного, гуморального иммунитета милдронатом и реаферон-ЕС-липидом позволяет эффективно активировать фагоцитоз, что привело к снижению частоты возникновения пневмоний у больных основной группы с 62% до 26% и уменьшению общей летальности на 26%. Таким образом, с первых дней лечения больных ишемическим инсультом необходимо проводить иммунокоррекцию милдронатом и реаферон-ЕС-липидом.

Ключевые слова. Ишемический инсульт, иммунитет, милдронат, реаферон-ЕС-липид.

Несмотря на то, что ишемический инсульт начинается как заболевание одного органа, хотя и ведущего в поддержании гомеостаза и социального статуса человека, нарушение или даже выпадение функций определенных участков головного мозга приводит к развитию гиперергической реакции нейроэндокринной системы, гиперпродукции цитокинов, активации свободнорадикальных и аутоиммунных процессов, что укладывается в современную концепцию синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Развитие данного синдрома на фоне вторичного иммунодефицита крайне опасно для больных с ишемическим инсультом, так как может привести к возникновению гнойно-септических осложнений, в том числе и к пневмонии [1,3-8].

Материалы и методы

Работа носит клинический характер и основана на анализе лечения 100 больных блока реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича за период с 2002 по 2005 год. Все больные доставлялись в стационар реанимационными и неврологическими бригадами скорой помощи.

В зависимости от варианта интенсивной терапии, применявшегося для лечения больных с ишемическим инсуль-

том без бульбарных нарушений, больные были разделены на две группы.

Контрольную группу составили 50 больных, которым проводили стабилизацию витальных функций, перфузионного давления мозга, нормализацию ОЦК. Интенсивная терапия: режим умеренной гиперволемической гемодилюции, купирование тахикардии, церебропротекция, стабилизация функций ствола головного мозга, профилактика развития нейродистрофического синдрома, раннее энтеральное питание, профилактика трофических расстройств, актовегин, антагонисты кальция, антибактериальная терапия согласно рекомендациям Американского общества торакальных хирургов.

Основную группу составили 50 больных, которым в комплексное лечение дополнительно были включены: милдронат 10%-5,0 мл внутривенно 7-10 дней, реаферон-ЕС-липид по 1 мл. ЕД в течение 5 дней.

Среди 100 больных преобладали женщины (56%). В контрольной группе было 42% мужчин и 58% женщин, в основной — 46% и 54% соответственно. Исследования проводили у больных с ишемическим инсультом в возрасте от 35 до 81 года. Средний возраст больных контрольной группы составил 63,1±1,68 года, в основной — 63,9±1,64 года (t=0,34, p>0,05). Люди пожилого и старческого возраста составили 36% в контрольной группе и 36% в основной.

Клиническое обследование и данные компьютерной томографии позволили всех больных с ишемическим инсультом распределить по характеру инсультов следующим

образом: лакунарный подтип у больных контрольной группы составил 14%, основной — 14%; гемодинамический подтип — 22% и 20%; атеротромботический подтип — 50% и 52%; кардиоэмболический подтип — 14% и 14% соответственно.

У 95% больных наблюдались сопутствующие заболевания, из них в 93% диагностировалась гипертоническая болезнь, в 14% — мерцательная аритмия и в 4% — сахарный диабет. Больные с фоновой легочной патологией не вошли в исследование.

Как видно из представленных данных, по полу, возрасту, тяжести состояния группы были сопоставимы.

Проведено изучение жалоб больных, состояния клеточного, гуморального иммунитета, некоторых показателей неврологического статуса, дыхания, изменений КОС и газового состава крови, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), частоты осложнений и общей летальности. Исследования проводились при поступлении больных в реанимационный блок неврологического отделения, к концу первых суток после развития заболевания, на 3, 5, 7, 10, 14 сутки.

Для проверки значимости различий по средним величинам определяли t-критерий Стьюдента, изменения оценивали как достоверные, начиная с $p < 0,05$. Для количественной оценки исследовали доверительные интервалы средних значений и долей [2].

Результаты и обсуждение

При ишемическом инсульте нарушение регуляторной функции ЦНС способствует развитию тяжелого иммунодефицитного состояния, причем, как в клеточном, гуморальном, так и в фагоцитарном его звене. Активация на этом фоне аутоиммунной реакции утяжеляет течение основного заболевания, так как является важным компонентом в развитии синдрома системного воспалительного ответа. Угнетение же функции макрофагов в свою очередь приводит к активации условно-патогенной флоры в верхних дыхательных путях и как следствие к развитию пневмонии.

Развившееся инфекционное осложнение усугубляет депрессию клеточного и затем гуморального иммунитета, на этом фоне снижается эффективность антибактериальной терапии у больных контрольной группы при аспирационной и вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Использование милдроната и реаферон-ЕС-липидов в интенсивной терапии оказывало модулирующий

эффект на все звенья иммунитета, т.е. устраняло дефицит в клеточном звене и активировало фагоцитоз, на фоне снижения аутоиммунной активности (рис. 1).

Это позволило избежать активации условно-патогенной флоры, уменьшалось количество аспирационных пневмоний, кроме того, повышалась эффективность антибактериальной терапии аспирационных и вентилятор-ассоциированных пневмоний — о чем свидетельствует полная санация мокроты к 14 суткам у выживших больных и отсутствие роста культуры при посеве с тканей легких у умерших.

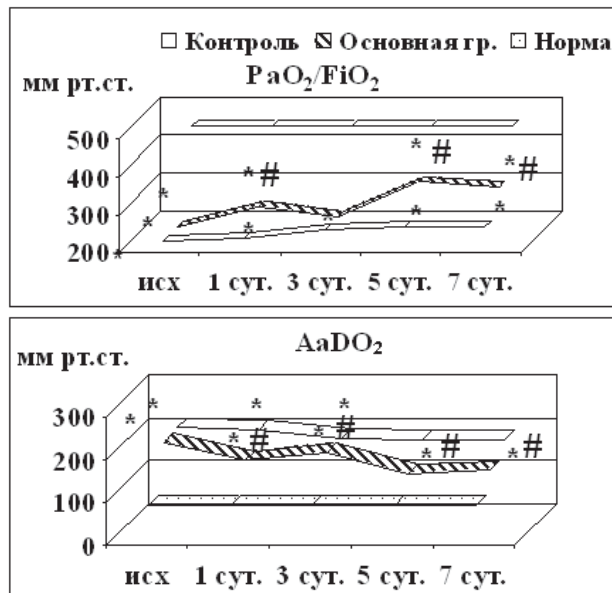
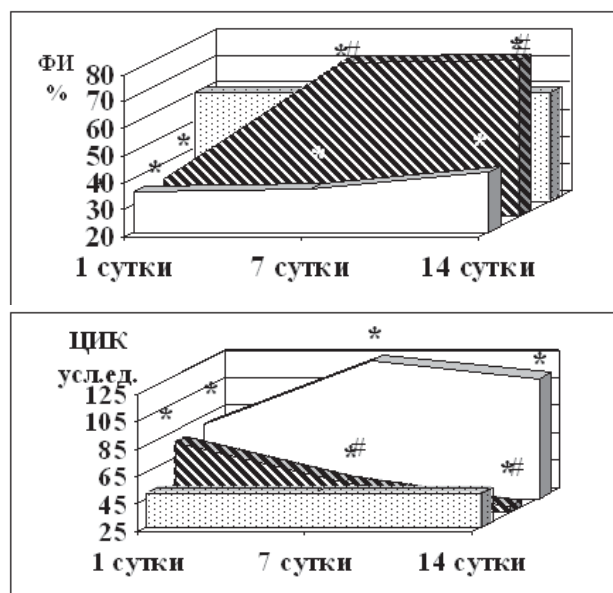
Наши исследования показали, что с первых часов развития ишемического инсульта следующим органом, на который оказывается максимальное патологическое воздействие, являются легкие (рис.1). Центральная дыхательная недостаточность, которая часто осложняется аспирацией, развитие периферической дыхательной недостаточности по типу синдрома острого повреждения легких, синдром системного воспалительного ответа вызывают нарушение функций и повреждают ткань легких, что на фоне вторичного иммунодефицита создает благоприятные условия для активации условно-патогенной и патогенной флоры, что ведет к развитию пневмонии.

Развитие осложнений со стороны легких в значительной степени снижает эффективность интенсивной терапии, в том числе и респираторной поддержки у больных контрольной группы.

Сочетанное применение милдроната и реаферон-ЕС-липидов в лечении больных с ишемическим инсультом позволяет предупреждать и купировать пневмонии.

Наши исследования показали, что присоединяющаяся пневмония ухудшает течение основного заболевания, о чем свидетельствует угнетение сознания (рис. 2). При этом обращает на себя внимание тот факт, что отсутствие нарушения сознания не может являться критерием тяжести основного заболевания.

Отсутствие иммунокорректирующего компонента в интенсивной терапии больных контрольной группы не позволяет предупредить развитие пневмонии, а при

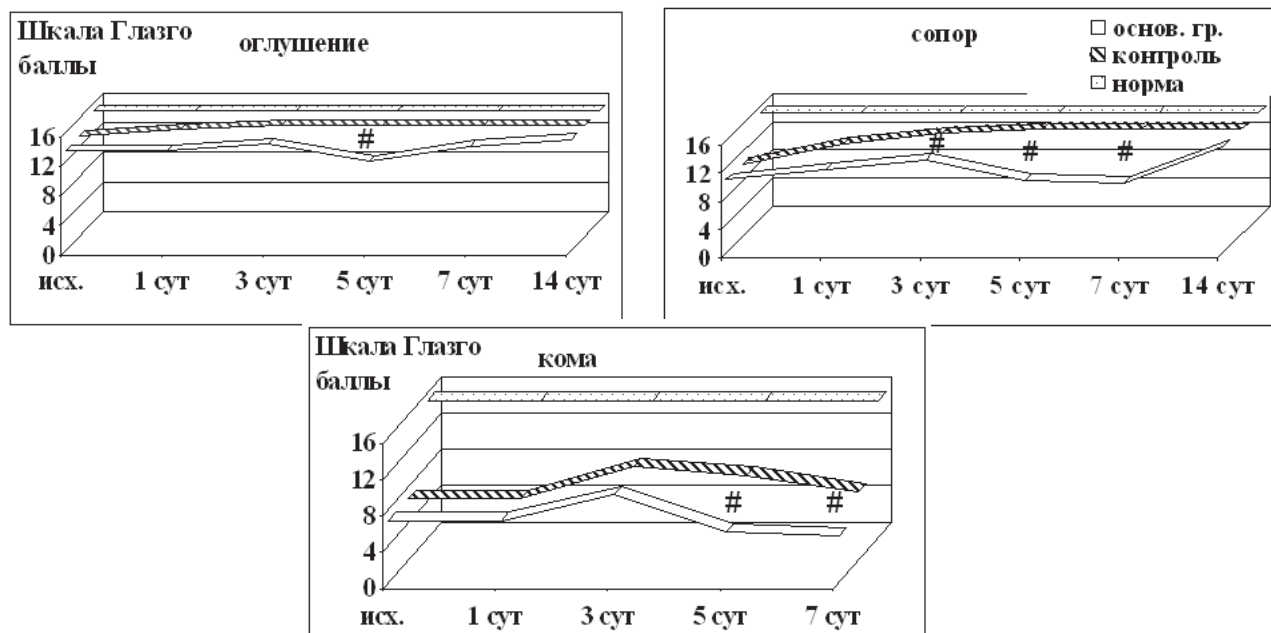


Примечание: * - достоверность по сравнению с нормой; # - по сравнению с контрольной группой.

Рис. 1. Изменение некоторых показателей иммунитета и газообмена у больных с ишемическим инсультом.

возникновении данного осложнения в значительной степени снижается эффективность антибактериальной терапии.

Приведенные данные говорят о том, что сочетанное применение милдроната и Реаферон-ЕС-Липинта на фоне интенсивной терапии позволяет уменьшить чис-



Примечание: # - достоверность по сравнению с контрольной группой.
Рис. 2. Изменение сознания у больных с ишемическим инсультом.

Детальный анализ осложнений у больных с ишемическим инсультом свидетельствует о том, что в первую очередь развиваются инфекционные осложнения. Иммунодефицит у больных контрольной группы приводил к развитию пневмонии у 62% больных, при этом, учитывая методические рекомендации Калужской согласительной конференции РАСХИ (июнь 2004 г.), у этих больных данное состояние мы трактовали как сепсис. Основной причиной смерти данное осложнение не являлось, но в значительной степени утяжеляло течение основного заболевания. Более быстрое восстановление фагоцитарной функции нейтрофилов, показателей клеточного и гуморального иммунитета способствовало уменьшению развития данного осложнения до 26%.

Основной причиной смерти были осложнения со стороны центральной нервной системы. У больных контрольной группы в 30% случаев развивался некупируемый отек мозга, при этом в 14% – повторный инсульт. Выше указанные случаи составили 34% общей летальности в контрольной группе. У больных основной группы данное осложнение встречалось в 22%, при этом также все больные умерли.

ло различных осложнений у больных с ишемическим инсультом на 62,0%, при этом пребывание в блоке реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения уменьшилось на 4 койко-дня, и снизить общую летальность на 26,0%.

Таким образом, больным с ишемическим инсультом необходимо проводить исследование состояния клеточного и гуморального иммунитета при поступлении в стационар и в динамике через 7-14 дней для своевременного выявления развивающегося вторичного иммунодефицитного состояния и ранней профилактики гнойно-септических осложнений (пневмонии). Больным с угнетением сознания (менее 15 баллов по шкале Глазго) иммуномодуляцию милдронатом следует начинать сразу же при поступлении в реанимационное отделение с последующим контролем иммунограмм. Реаферон-ЕС-липид назначают больным ишемическим инсультом с вторичным иммунодефицитным состоянием любой степени тяжести. Реаферон-ЕС-липид назначают в первые 5 дней после начала заболевания, препарат применяют per os утром за 30 мин до приема пищи, при необходимости вводят через зонд.

PREVENTIVE MAINTENANCE AND INTENSIVE CARE OF PNEUMONIAS IN PATIENTS WITH THE ISCHEMIC INSULT

E.A. Popova, S.V. Orlov, M.A. Pozdnjakova, A.J. Skorobogatov, A.A. Popov, I.A. Skorobogatova
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

With the purpose of reduction of number of pneumonias and decrease of the death rate in patients with an ischemic insult in a sharp phase to 50 patients of the basic group in complex treatment have been in addition included Mildronate and Reaferon-EC-lipint. Studying of a condition cellular, humoral immunity, some parameters of the neurologic status, breath, changes KOC and gas structure of blood, have shown, that joint influence on various parts cellular, humoral immunity Mildronate and Reaferon-EC-lipint allows to activate effectively the immune cells (that has led to decrease in frequency of occurrence of pneumonias in patients of the basic group from 62% up to 26%) and to reduction of the general death rate on 26%. Thus, from first days in patients with an ischemic insult it is necessary to correct of the immunity by Mildronate and Reaferon-EC-lipint.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский Б.С. 7-й конгресс Европейской федерации неврологических наук // Неврологический журнал. — 2004. — № 1. — С.63-64.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
3. Кузнецов А.Н. Тринадцатая Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал. — 2005. — № 1. — С.58-62.
4. Федин А.И., Румянцева С.А. Интенсивная терапия ишемического инсульта. — М.: Медицинская книга, 2004. — 284 с.
5. Bogousslavsky J., Pierre P. Ischemic stroke in patients under age 45 // Neurol Clin. — 1992. — Vol. 10, № 1. — P.113-124.
6. Williams L.S., Garg B.P., Cohen M. et al. Subtypes of ischemic stroke in children and young adults // Neurology. — 1997. — Vol. 49, № 6. — P.1541-1545.
7. You R.X., McNeil J.J., O "Malley H.M. et al. Risk factor for stroke due to cerebral infarction in young adults // Stroke. — 1997. — Vol. 28. — P.1913-1918.
8. Yonemura K., Kimura K., Hasegawa Y. et al. Analysis of ischemic stroke in patients aged up to 50 years // Rinsho Shinkeigaku. — 2000. — Vol. 40, № 9. — P.881-886.

© РУДИН Э.П., АНДРЕЕВ В.Г., КАРНАУШЕНКО П.В. — 2006

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Э.П. Рудин, В.Г. Андреев, П.В. Карнаушенко

(Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, кафедра неотложной и общей хирургии РМАПО Росздрава, директор НИИ и зав. кафедрой — д.м.н., проф. А.С. Ермолов)

Резюме. Работа основана на анализе хирургического лечения 1155 больных на органах брюшной полости. Дана сравнительная характеристика различных методов диагностики спаечного процесса различными способами. В целом, доказана эффективность разработанного лечебно-диагностического алгоритма у больных со спаечным процессом брюшной полости и показаны преимущества разработанной модификации открытого введения первого троакара с использованием оригинального обтуратора.

Ключевые слова. Спаечная болезнь, лапароскопия, диагностика, эффективность.

На этапе становления лапароскопической хирургии одним из противопоказаний к миниинвазивному вмешательству являлись ранее перенесенные лапаротомии. Отмечено, что количество повреждений органов брюшной полости на первом этапе вмешательства (наложение пневмоперитонеума и введение первого троакара) у таких больных возрастает в несколько раз [2,6].

По мере накопления опыта и внедрения новых технологий выяснилось, что у большинства больных со спаечным процессом брюшной полости возможно безопасное выполнение лапароскопических вмешательств, при условии адекватной дооперационной оценки локализации спаек, правильного выбора доступа и использовании специальных технических приемов.

Для топической диагностики спаечного процесса наибольшее применение получила эхотомография брюшной полости [3]. Между тем, сравнительный анализ эффективности других неинвазивных методов топической диагностики в доступной литературе отсутствует. Нет также обобщенных рекомендаций по выбору оперативного доступа при лапароскопических операциях в зависимости от распространенности спаечного процесса.

Остаются проблемы в техническом обеспечении лапароскопических операций. Опыт хирургов показал, что применение специально разработанных модификаций троакаров, в том числе оптических, не позволяет гарантировать безопасность вмешательства при наличии висцеропариетальных сращений [5,7]. Метод открытой лапароскопии, общепризнанный как наиболее безопасный доступ при спаечном процессе, также не лишен некоторых достаточно серьезных недостатков [2,4].

Материалы и методы

В работе представлены результаты обследования и оперативного лечения 1155 больных, ранее перенесших различные вмешательства на органах брюшной полости. Для сравнительной оценки эффективности предложенного алгоритма выбора хирургического доступа и оригинальной методики открытой лапароскопии выделены 2 сопостави-

мые группы больных. Основную группу составили 214 человек, обследованных и оперированных в 2003-2005 гг. с использованием предложенного алгоритма.

Группу сравнения составил 941 больной, изучение результатов обследования и лечения которых позволило разработать основные положения алгоритма выбора безопасного хирургического доступа у больных со спаечным процессом в брюшной полости. У большинства больных в анамнезе была одна предшествующая операция — 764 (81,2%) в группе сравнения и 164 (76,6%) — в основной. По 2 операции ранее перенесли 148 (15,7%) больных группы сравнения и 36 (16,8%) — основной. Более 2 раз ранее оперированы 29 (3,1%) больных группы сравнения и 14 (6,6%) — основной.

Предшествующие лапаротомные вмешательства в большинстве случаев у больных выполнялись по поводу острого аппендицита из доступа Волковича-Дьяконова (у 431 (45,8%) больного группы сравнения и у 87 (40,7%) — основной) и при различных гинекологических вмешательствах посредством нижнесрединной лапаротомии (294 (31,2%) и 73 (35,1%) соответственно). Остальным больным ранее выполнены вмешательства из различных лапаротомных доступов.

Для оценки эффективности различных методов топической диагностики спаечного процесса нами было проведено сравнение результатов дооперационного обследования 941 больных группы сравнения. Основным критерием оценки достоверности метода было совпадение диагностических данных о локализации и характере спаечного процесса с данными интраоперационной ревизии брюшной полости. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение

Данные о чувствительности, специфичности и точности использованных нами неинвазивных методах топической диагностики спаечного процесса приведены в таблице 1.

Как видно из таблицы методика ультразвукового исследования брюшной полости для определения висцеропариетальных сращений является наиболее информативным методом дооперационной топической диагностики спаечного процесса (чувствительность — 79,2%, специфичность — 85%, общая точность — 80,4%). Наиболее эффективно УЗИ исследование при выявлении малоподвижных интимных сращений полых орга-