

Л.К. Куликов, А.А. Смирнов, С.В. Шалашов, М.А. Козулин, И.П. Зайчук

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ИСХОДА ТЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Дорожная клиническая больница (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить прогностическую значимость периферической компьютерной электрогастроэнтерографии (ПК ЭГЭГ) при РГП.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Случай-контроль.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить суммарную электрическую активность ЖКТ при ПК ЭГЭГ у больных с различной степенью тяжести РГП.
2. Выявить зависимость между электрической активностью и исходом РГП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включен 21 больной с диагностированным РГП. Средний возраст составил $43 \pm 2,3$ года. Мужчин было 12 человек, женщин — 9. Оценочным критерием тяжести пареза ЖКТ считали суммарную электрическую активность ($\Sigma_{эл}$), регистрируемую при помощи ПК ЭГЭГ, как при поступлении пациентов, так и в раннем послеоперационном периоде (24, 48 и 72 часа). Данные представлены в виде медианы. Достоверность различий между показателями определяли по критерию хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больные были распределены на три группы с учетом степени тяжести течения распространенного гнойного перитонита, который рассчитывали, используя индекс Манхаймера. Больных с первой степенью тяжести течения РГП было 6 человек, со второй степенью тяжести — 9 и с третьей степенью тяжести — 6 пациентов. Количество этапных санаци-

онных вмешательств на брюшной полости было одинаковым во всех группах. В результате проведенного исследования установлено, что $\Sigma_{эл}$ при поступлении в первой группе составила 16,74 мВ, во второй группе — 27,71 мВ, а в третьей группе — 456,51 мВ. Через 24 часа после первичной операции $\Sigma_{эл}$ в первой группе оказалась равной 125 мВ, во второй группе — 15,19 мВ, а в третьей — 44864,25 мВ. Через 48 часов после выполнения первичной операции $\Sigma_{эл}$ в первой группе была равной 74,88 мВ, во второй группе — 152,19 мВ, а в третьей группе — 2232,24 мВ. Через 72 часа после первичной операции $\Sigma_{эл}$ в первой группе составила 98,24 мВ, во второй группе — 16,47 мВ, а в третьей группе — 10,56 мВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе полученных данных установлено, что в группе больных со второй и третьей степенью тяжести распространенного гнойного перитонита отмечено статистически значимое снижение суммарной электрической активности за период 48 — 72 часа $p_c < 0,05$. При этом интенсивность снижения более выражена в группе больных с крайне тяжелым течением распространенного гнойного перитонита. Отмечено, что статистически значимое снижение суммарной электрической активности желудочно-кишечного тракта было у 50 % больных за период 24 — 48 часов $p_c < 0,05$ и у 100 % за период 48 — 72 часа $p_c < 0,01$. В данной группе больных наблюдается наибольшая летальность, достигающая 100 %. Определение суммарной электрической активности при помощи периферической компьютерной электрогастроэнтерографии, может применяться как способ диагностики и прогнозирования исхода течения у больных с распространенным гнойным перитонитом.

Л.К. Куликов, Ю.А. Привалов, И.П. Зайчук, А.А. Смирнов, О.А. Найманова, Д.А. Творогов,
Р.В. Олексевич

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Дорожная клиническая больница (Иркутск)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить результаты комплексного лечения распространенного гнойного перитонита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 103 больных с распространенным гнойным

перитонитом (РГП), находившихся на лечении в клинике хирургии ГУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей, на базе Дорожной клинической больницы, с 2000 по 2004 г. Все больные были распределены на две относительно репрезентативные группы. Первая группа — 61 больной с РГП, без проявлений абдоминального сепсиса (АС) и вторая группа — 42 больных с РГП, с изначально зарегистрированным абдоминальным сепсисом (АС). Средний возраст больных составил $44,1 \pm 3,5$ года. В обеих группах была реализована единая хирургическая технология, заключающаяся в первичном радикальном удалении источника интраабдоминальной инфекции и последующей хирургической дезинтоксикацией, посредством способа «этапных санаций». Все больные получали селективную трансортальную антибиотикотерапию, различные способы медикаментозной дезинтоксикации. У каждого больного рассчитывали индекс перитонита Манхаймера (ИПМ) и его динамику в течение первых 48 часов, оценивали эффективность выполненной назоинтестинальной интубации (НИИ). Моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, на протяжении всего периода лечения, изучали методом периферической полигастроэнтерографии (ППГЭГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статистическая обработка материала свидетельствует о том, что невзирая на стандартизированный комплексный подход в лечении больных обеих групп, у больных с РГП, протекающего с абдоминальным сепсисом во временном критерии 24 — 48 часов, ИПМ достоверно удваивался, по сравнению с исходным показателем. Клинически этот факт соответствовал тяжелому течению РГП. У всех больных отмечено нарушение какой-либо системы жизнеобеспечения,

и прежде всего, в проявлениях печеночной, почечной и энтеральной недостаточности, а в ряде случаев и их комбинации. Кроме того, установлено, что энтеральная недостаточность различной степени тяжести зарегистрирована у всех оперированных больных уже в течение первых 24 часов от момента первичной операции. Необходимо отметить, что у 14 (13,6 %) больных НИИ вообще не была выполнена при первичном хирургическом вмешательстве, в силу исходного крайне тяжелого состояния больных, а еще у 8 (7,8 %) выполненная НИИ была неэффективна, из-за различных как интраоперационных, так и послеоперационных технических погрешностей. Интраоперационные технические погрешности при выполнении НИИ у трех (7,1 %) больных потребовали дополнительной срочной релапаротомии, по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Установлена прямая зависимость между количеством кишечного отделяемого через НИИ и степенью тяжести РГП, протекающего с абдоминальным сепсисом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на единую хирургическую тактику, способы ее осуществления, комплексное и разнонаправленное лекарственное адекватное лечение, течение РГП, осложненного абдоминальным сепсисом, протекает с достоверно большим количеством осложнений. Летальность этой категории больных составила 35,7 %. Доказано, что моторно-эвакуаторные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — самый первый и грозный признак, развивающейся полиорганной недостаточности. Установлено, что применение ППГЭГ позволяет в более ранние сроки оценить изменения метаболических (энергетических) функций ЖКТ, с последующей реализацией конкретной лекарственной поддержки.

П.Г. Курдюкова, Б.В. Заиграев, М.П. Кисельников, Р.С. Ширеторова, Н.В. Попова

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Республиканский центр колопроктологии (Улан-Удэ)

Острый парапроктит составляет от 20 до 40 % всех заболеваний прямой и ободочной кишки (Коплатадзе А.М. с соавт., 1992; Жуков Б.Н. с соавт., 2001; Гайнутдинов Ф.М. с соавт., 2005). Диагностика и лечение острого парапроктита остаются сложной проблемой в проктологии.

В республиканском центре колопроктологии за период с 2000 по 2004 г. получали стационарное лечение 682 (14 %) пациента с острым парапроктитом. Проведено 9295 койко-дней, средний койко-день составил 13,6. Распределение больных по формам парапроктита представлено в таблице 1.

Тяжелые формы острого парапроктита — седалищно-прямокишечные и тазово-прямокишечные,

представляют сложную проблему не только для проктологов, но и для гинекологов, онкологов и урологов. При высоком парапроктите гнойный процесс расположен выше леваторов и при пальцевом исследовании не всегда достижим. Местные симптомы со стороны промежности появляются позднее. Вначале на первом плане наблюдаются общие симптомы (высокая температура, озноб, боли в суставах, локализованные боли внизу живота, дизурические явления, боли при акте дефекации, при половом акте, расстройства стула, боли в поясничной области). В связи с этим больные начинали лечиться у терапевта, уролога или гинеколога. Мы наблюдали 11 пациенток, которые длительно лечились у гинеколо-