

УДК 616.381-002.3-08-07 (575.2) (04)

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

К.Р. Рустемова – канд. мед. наук, доц.

ПГУ им. С. Торайгырова, г. Павлодар, Республика Казахстан

In this item the optimization of treatment diagnostics of diffuse peritonitis was considered.

В настоящее время для устранения высокой частоты осложнений и летальности при разлитом перитоните необходимы новые методы диагностики и лечения этого серьезного заболевания [1–5].

Высокий процент осложнений и летальности (до 70) при перитоните – это следствие многообразных патогенетических механизмов, задействованных при данном заболевании, причем многие из них на сегодняшний день еще не достаточно изучены. Ведущим патогенетическим звеном в развитии перитонита признан синдром эндогенной интоксикации (эндотоксикоз) как универсальный механизм гнойно-инфекционных процессов [6–10].

В данной работе разрабатывается эффективный метод ранней диагностики эндотоксикоза.

Материалы исследований. Был разработан экспериментально и внедрен в практику биотест: экспресс-диагностика токсичности биологических жидкостей при хирургической инфекции (АС №1855, от 11.2001 г. РК), который позволяет определить степень выраженности токсичности плазмы больного в различные фазы развития эндотоксикоза.

В зависимости от степени эндотоксикоза наблюдаемые больные (392 чел.) острым гнойным разлитым перитонитом (ОГРП) были разделены на три группы:

I – 160 больных легкой степени по критериям биотеста;

II – 112 больных средней степени;

III – 120 больных тяжелой.

Все больные, наряду с общеклиническими тестами обследованы на токсичность плазмы при поступлении и в послеоперационном периоде на 3, 5, 7, 9, 11, 17, 23-е сутки в динамике. Показа-

тели токсичности плазмы определяли на фоне комплексного лечения, который зависел от степени тяжести эндотоксикоза.

Результаты исследований. Детальное изучение результатов различных методов озонотерапии в сочетании с методами эфферентной терапии в зависимости от степени эндотоксикоза, а также динамики изменения степени токсичности плазмы в зависимости от методов лечения больных острым перитонитом позволило разработать методику лечения.

При перитоните легкой степени эндотоксикоза с соответствующими показателями токсичности плазмы применяли следующие методы лечения:

- радикальное удаление очага инфекции, санация брюшной полости, озонотерапия брюшной полости в послеоперационном периоде озонозоной смесью №3–5;

- АУФОК №3–5 (индивидуально);

- медикаментозная терапия.

Эту методику применили к 160 больным. Сроки лечения в основной группе составили $21,2 \pm 2,8$ к/дней, в контроле – $32,4 \pm 2,4$ к/дней. В основной группе умер один больной (0,06%). Причина смерти – острый инфаркт миокарда на третьи сутки после операции. В контроле летальность составила 9 человек $5,6\% \pm 1,7$ ($p < 0,001$).

При перитоните средней степени тяжести методика лечения была следующей:

- радикальная санация гнойного очага инфекции с некрэктомией по показателям;

- активное дренирование брюшной полости;

- озонотерапия брюшной полости озонозоной смесью №5–7;

– методы эфферентной терапии (у 40 больных озонотерапия сочеталась с гемосорбцией, у 40 больных – с плазмофорезом);

– медикаментозная терапия (антибактериальную терапию проводили в/в и в виде ПЭТ).

Сроки лечения в основной группе составили $32,1 \pm 1,1$ к/дней, летальность – $4,5\% \pm 2,3$ (5 человек), в контроле – $47,2 \pm 2,3$ к/дней, $16,2\% \pm 2,3$ (18 человек) соответственно. Основные причины смерти: острая сердечно-сосудистая недостаточность, хронические заболевания мочевыделительной системы, ТЭЛ сосудов, сахарный диабет.

При тяжелой степени эндотоксикоза в ряде случаев отмечали ПОН у 23 больных. В основной группе проводили лечение:

– радикальное хирургическое устранение источника гнойной инфекции, санация брюшной полости растворами антисептиков, наложение лапаростомии для последующих программированных санаций брюшной полости в послеоперационном периоде, некрэктомии;

– озонотерапия в сочетании с ГБО и АУ-ФОК;

– иммунотерапия;

– зондирование кишечника зондом Шалькова для орошения просвета кишечника барбатируемыми растворами, а также для ускорения выведения токсических продуктов из просвета кишечника;

– медикаментозная, антибактериальная терапия в/в и в виде ПЭТ.

Сроки лечения при данном алгоритме лечения в этой группе больных составили $46,3 \pm 1,7$ к/дней, летальность – 15,8%, 19 чел., в контроле – $68,2 \pm 1,4$ к/дней, 23,8%, 31 чел. соответственно.

Причины смерти в основной группе: из 19 летальных случаев в 17 причиной смерти больных явились сопутствующие хронические заболевания, в двух случаях тяжелая интоксикация в терминальной стадии развития, один больной – сепсис, один – ИЗСД, декомпенсированная форма, четыре пациента – на фоне нарастания дыхательной недостаточности, пять – острая сердечно-сосудистая недостаточность, шесть – на фоне нарастания острой почечной недостаточности, два – интоксикация; в контрольной группе в 17 случаях – интоксикация, в восьми – острая

сердечно-сосудистая недостаточность, в четырех – нарастание дыхательной недостаточности, в трех – декомпенсация сахарного диабета, в трех – нарастание острой почечной недостаточности. В этой группе основной причиной летальности больных с эндотоксикозом тяжелой степени на фоне развития ПОН явилась интоксикация.

Анализ лечения больных в основной и контрольной группах свидетельствует о явной эффективности разработанных методик лечения больных острым гнойным перитонитом в зависимости от степени выраженности эндотоксикоза. Эффективность определенной программы лечения больных перитонитом убедительно доказали результаты исследований.

Литература

1. Алиев М.А., Иоффе Л.П. Опыт применения озона в хирургической клинике // Тез. докл. Применение озона в медицине. – Алматы, 1993. – С. 20–23.
2. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. – М, 1992. – 269 с.
3. Изимбергенов Н.И. Проблема лечения перитонита // Сб. научн. тр. – Алма-Ата – Актюбинск, 1991. – С. 24–29.
4. Alexander J.W. The role surgical infections of host defeuce mechanisms. // Surg. Clin. N. Amer, 1980. – №1. – P. 107–116.
5. Брискин Б.К. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита // Хирургия, 2003. – №8. – С. 56–59.
6. Ерюхин И.А., Шашкова Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике // СПб.: Logos, 1995. – 303 с.
7. Wittmann D.H. Management of secondary peritonitis // ANN. Surg. – 1996. – S. 65–69.
8. Seiler C.A. Bruger L. Forssman U. et all. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis. – Surgery, 2000. – V. 127. – №2. – P. 178–184.
9. Plank L.D., Connolly A.B., Hill G.L. Segquential changes in the metabolic response In severely septic patients during the first 23 days after the onset of peritonitis // ANN. Surg., 1998. – V. 228. – №2. – P. 143–145.
10. Wahl W., Mincus., Junginger T. Prognostisch relevante Faktoren beider intraabdominalen Infection // Langenbecks Arch. Chir, 1992. – V. 377. – №4. – P. 237–243.