

УДК 616.381-002-031.81:615 (575.2) (04)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

К.Р. Рустемова

Павлодарский государственный университет им. С. Торайгырова,
Республика Казахстан

The author suggested treatment programs of patients with general peritonitis depending on endotoxemia level. The results state the necessity of combination of ozone therapy with methods of extracorporeal treatment. According to the developed algorithms treatment time and postoperational complications in main group were in 2,5 times lower then in control group.

В настоящее время продолжается активный поиск оптимальных методов и способов лечения эндогенной интоксикации при разлитом перитоните. Внедрение новых оперативных технологий не снижает актуальности решения прогностических и тактических задач у постели больного, когда решается вопрос определения тактики лечения данной категории больных [1–5].

В связи с этим наше исследование было направлено на поиск и разработку эффективных методов ранней диагностики и лечения эндотоксикоза.

Цель исследования – разработать наиболее полные и патогенетически обоснованные алгоритмы комплексного лечения ОГРП, включающие сочетание озонотерапии с различными методами эфферентной терапии, в зависимости от степени тяжести эндогенной интоксикации, характера соматического заболевания, возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний, используя новый биотест экспресс-диагностики токсичности биологических жидкостей при хирургической инфекции.

Детальное изучение результатов применения различных методов сочетания озонотерапии с эфферентной терапией, в зависимости от степени выраженности эндотоксикоза, и дина-

мики изменения степени токсичности плазмы, в зависимости от методов лечения больных с ОГРП, позволило нам разработать следующие алгоритмы лечения, позволяющие добиться оптимального сочетания экстракорпоральной детоксикации с озонотерапией:

- при ОГРП с эндотоксикозом легкой степени комплексное лечение включало сочетание озонотерапии с методами квантовой терапии (АУФОК). В этой фазе течения перитонита при наличии массивного деструктивного процесса механизмов регуляции и самозащиты организма, носящих обратимый характер, сочетание озонотерапии с АУФОК является оптимальным вариантом, так как оно угнетает активацию ПОЛ крови, оказывает достоверное детоксикационное действие в отношении агрессивных продуктов ПОЛ (ДК и МДА);
- при ОГРП с эндотоксикозом средней степени тяжести комплексное лечение включало сочетание озонотерапии с гемосорбцией с плазмаферезом. Применение этих методов детоксикации основывали на неконтролируемом процессе образования метаболических эндотоксинов, приводящих к нарушениям функции органов, участвующих в элиминации их из организма (легкие, почки, кишечник, печень). Активное

выведение их из организма на фоне проводимых других лечебных мероприятий ускоряет процесс детоксикации организма и снижение токсичности плазмы крови больных ОГРП, резко снижает осложнения;

- при ОГРП с эндотоксикозом тяжелой степени тяжести разработка программы лечения была самой сложной задачей. Общеизвестно: в этой фазе развития перитонита отмечаются глубокие изменения во всех звеньях метаболизма на тканевом уровне жизненно важных органов, срыв механизмов саморегуляции и самозащиты организма, отмечается глубокая гипоксия на тканевом уровне, развивается синдром полиорганной недостаточности. Комплексное лечение, включающее сочетание озонотерапии с ГБО и АУФОК, позволяет воздействовать одновременно с лечебным эффектом на все эти звенья патогенеза эндотоксикоза тяжелой степени.

Эффективность определенной нами программы убедительно подтвердили результаты наших исследований.

Первую группу составили 160 больных ОГРП. По результатам диагностики токсичности плазмы по разработанной методике, они были отнесены в группу больных ОГРП с эндотоксикозом легкой степени. Изучение в динамике показателей токсичности плазмы показали высокую эффективность и приемлемость разработанного нами алгоритма лечения у данной группы больных, о чем говорят показатели эффективности проведенного лечения. Наблюдался быстрый регресс клинических и лабораторных показателей интоксикации, на 3–4 дня раньше отмечалось снижение температуры тела, перистальтика кишечника восстанавливалась на 3–4 сутки после операции, максимальная длительность инфузии брюшной полости озоно-воздушной смесью составляла $4 \pm 1,3$ дня. Сроки лечения в основной группе составили $21,2 \pm 2,8$ к/дней. В контроле – $32,4 \pm 2,4$ к/дней. Умер 1 больной в основной группе (0,06%). Причина смерти – острый инфаркт миокарда на третьи сутки после операции. В контроле – летальность составила $5,6\% \pm 1,7$ / $p < 0,001$ /. Умерло – 9 человек.

Вторую группу составили 112 больных ОГРП с эндотоксикозом средней степени тя-

жести. В данной группе, учитывая патогенез эндотоксикоза, соответствующий данной фазе течения перитонита и динамике показателей токсичности плазмы, алгоритм комплексного лечения включал сочетание озонотерапии с гемосорбцией или плазмаферезом. Полученные результаты лечения при данном алгоритме комплексного лечения больных ОГРП с эндотоксикозом средней степени тяжести ещё раз подтвердили высокую чувствительность разработанного нами биотеста. Следующие показатели лечения больных основной группы в сравнении с контролем подтверждают преимущество и эффективность примененной нами программы лечения. Сроки лечения в основной группе составили $32,1 \pm 1,1$ к/дней. Летальность – $4,5\% \pm 2,3$ (умерло 5 человек). В контроле – средняя продолжительность нахождения больных в стационаре составила – $47,2 \pm 2,3$ к/дней. Летальность – $16,2\% \pm 2,3$ (умерло – 18 чел.). Основные причины смерти в обеих группах: острая сердечно-сосудистая недостаточность, хронические заболевания мочевыделительной системы, ТЭЛ сосудов, сахарный диабет.

В третью подгруппу вошла наиболее тяжелая часть больных (120 больных) с ОГРП тяжелой степени тяжести эндотоксикоза, а в ряде случаев имело место и ПОН у 23 больных. Кратность проводимой озонотерапии в сочетании с ГБО и АУФОК, длительность иммунотерапии обосновывались показателями разработанного нами биотеста. Анализ эффективности проводимого нами лечения больных основной группы в сравнение с контролем показал следующие результаты: сроки лечения при данном алгоритме лечения в самой тяжелой группе больных, в основной группе, составили $46,3 \pm 1,7$ к/дней. Средняя продолжительность лечения больных основной группы в 1,5 раза меньше, чем в контроле. Летальность больных составила 15,8%. Умерло – 19 человек. В контрольной группе: сроки лечения – $68,2 \pm 1,4$ к/дней. Летальность – 23,8%. Умерло – 31 человек.

Анализ причин смерти в обеих группах показал:

- в основной группе из 19 умерших причиной смерти одного больного был сепсис, в одном случае причиной явилась декомпенсиро-

ванная форма сахарного диабета (ИЗСД), 4 больных умерло на фоне нарастания дыхательной недостаточности, у 5 больных причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, 6 больных умерло на фоне нарастания острой почечной недостаточности, 2 больных умерло, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, от нарастающей интоксикации и ПОН. Из 19 летальных случаев в 17 причиной смерти больных явились сопутствующие хронические заболевания, и в двух случаях – тяжелая интоксикация в терминальной своей стадии развития;

- анализ летальности в контрольной группе показал: в 17 случаях причиной смерти явилась интоксикация, в 8 случаях – острая сердечно-сосудистая недостаточность, в 4 – нарастание дыхательной недостаточности, в 3 – декомпенсация сахарного диабета, в 3 – нарастание острой почечной недостаточности. В контрольной группе ведущей причиной летальности больных ОГРП с эндотоксикозом тяжелой степени на фоне развития ПОН явилась интоксикация.

Анализ исходов лечения больных основной и контрольной групп свидетельствует о явной эффективности разработанных нами алгоритмов лечения больных с ОГРП в зависимости от степени выраженности эндотоксикоза. Диагностика и лечение ОГРП в различные

фазы его течения не исключает дальнейших разработок и поисков, новых патогенетически обоснованных методов и подходов к решению данной проблемы.

Алгоритм диагностики и лечения больных ОГРП должен строиться на основании интегральной оценки данных клинического состояния больного, его возраста и наличия сопутствующих заболеваний, а также с учетом выявленного очага гнойного воспаления, показателей критериев биотеста, направленных на определение степени токсичности плазмы показателей биохимических, клиничко-лабораторных, иммунологических, бактериологических исследований.

Литература

1. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский А.В. и др. Гнойный перитонит. – М., 1993. – С. 143–249.
2. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. – М., 2002. – 224 с.
3. Изимбергенов Н.И. Проблема лечения перитонита // Сб. научн. тр. – Актюбинск, 1998. – С. 7–9.
4. Васильев И.Т. Лечение перитонита (клинико-экспериментальное исследование): Дисс.... докт. мед. наук. – М., 1996. – 364 с.
5. Wittmann B.P. Management of secondary peritonitis // ANN. Surg. – 1996. – P. 365–369.