



В.Н. Чернов, С.Ю. Ефанов, А.Р. Сапралиев

РОЛЬ ИНТРАПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра общей хирургии,
Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: ahmed_s06@mail.ru*

Цель: улучшить результаты лечения больных распространенным перитонитом, осложненным макрофагальной печеночной недостаточностью и эндотоксикозом (ЭТ).

Материалы и методы: проведен анализ результатов клинического, инструментально-лабораторного обследования, наблюдения и лечения 244 больных распространенным перитонитом.

Результаты: показано что лечение больных распространенным перитонитом должно проводиться с использованием комплекса современных медицинских технологий, включающего адекватное оперативное пособие, стартовую эмпирическую противомикробную терапию, подавляющую весь спектр патогенной флоры (как аэробной, так и анаэробной), методы интракорпоральной детоксикации (назоинтестинальная интубация, кишечный лаваж, энтеросорбция, раннее энтеральное питание, интрапортальные инфузии).

Заключение: установлено, что главным моментом в борьбе с эндотоксикозом и макрофагальной печеночной недостаточностью являются мероприятия, предупреждающие транслокацию симбионтной флоры и токсинов из просвета кишечника в порталный кровоток и внутренние среды организма больного.

Ключевые слова: эндотоксикоз, перитонит, макрофагальная печеночная недостаточность.

V.N. Chernov, S.Y. Efanov, A.R. Sapraliev

ROLE OF INTRAPORTAL INFUSIONS IN COMPLEX CORRECTION OF A MACROPHAGE LIVER FAILURE AND ENDOTOXICOSIS AT WIDESPREAD PERITONITIS

*Rostov State Medical University,
Department of general surgery.
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: ahmed_s06@mail.ru*

Purpose: to improve results of treatment of patients with the widespread peritonitis, complicated by a macrophage liver failure and endotoxiosis.

Materials and methods: this paper is based on the analysis of clinical, instrumental and laboratory examination, medical supervision as well as treatment of 244 patients with disseminated purulent peritonitis (DPR).

Results: it was indicated that treatment of the this patients with DPR shall be carried out using a complex of advanced medical technologies, which comprise adequate operational manual, initial empirical antimicrobial therapy, aimed at neutralizing the whole range of pathogenic flora (both aerobic and anaerobic) and intracorporal detoxification (nasointestinal intubation, intestinal lavage, enterosorption, early enteral nutrition, intraportal infusion).

Summary: the research revealed that the principal part of fighting endotoxemia and macrophage liver failure belong to measures, preventing translocation of symbiont flora and toxins from the intestine into the portal blood flow and internal environment of the patient.

Key words: endotoxiosis, peritonitis, macrophage liver failure.



Введение

Актуальность проблемы лечения распространенного перитонита является одной из основных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Летальность при распространенном перитоните (РП) составляет 25-30% [1] а в терминальной его стадии, при развитии абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности (ПОН) достигает 85-90% [2-4].

Среди причин послеоперационной летальности при перитоните, осложненным ПОН, одно из ведущих мест занимает острая печеночная недостаточность, обусловленная тяжелым эндотоксикозом. Однако современные направления интенсивной терапии перитонита ориентированы, прежде всего, на стабилизацию функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, почек и борьбу с микробной инвазией. Развитие печеночной недостаточности, как правило, ассоциируется с гепатоцеллюлярной несостоятельностью [5-7].

Подобный подход обусловлен отсутствием информативных критериев недостаточности функций печени. Общепринятые лабораторные «печеночные пробы» не коррелируют ни с уровнем ее метаболической активности, ни с объемом и характером повреждения. Более того, у больных с перитонитом они не обладают прогностической ценностью. Между тем, необходимо учитывать фазу перитонита, которой соответствует начало печеночной недостаточности.

Наиболее специфичными для эндотоксикоза, по данным морфологического исследования внутренних органов, являются изменения клеток системы мононуклеарных фагоцитов и, прежде всего, макрофагов печени, которые составляют более 90% всей ретикулоэндотелиальной системы организма. Морфологические изменения в печени, как правило, предшествуют клинико-лабораторным проявлениям эндотоксикоза и развиваются уже на ранних стадиях перитонита.

Цель работы - улучшение результатов лечения больных РП путем разработки комплексной интрапортальной терапии: интрапортальные инфузии, ультрафиолетовое облучение аутокрови, введения гепатопротекторов, актопротекторов, антиоксидантов, антигипоксантов, незаменимых аминокислот и микроэлементов, антибактериальных препаратов.

Материалы и методы

Основу настоящей работы составил анализ клинического, инструментально-лабораторного обследования, наблюдения и лечения 244 больных РП. По принципу подхода к лечению все больные были распределены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, срокам и причинам заболевания. В I группу включены 127 больных, лечение которых проводилось в соответствии с общепринятыми стандартами. II группу составили 117 больных РП, лечение которых проводилось с учетом степени выраженности эндотоксикоза, по разработанной в клинике и усовершенствованной нами методике, а также с учетом стадии МПН. В основу коррекции МПН положен используемый в клинике метод [8] и предложенный нами способ [9]. В соответствии с этим всем больным II группы выполнялось канюлирование пупочной вены с последующей ИТ, дезинтоксикационной, антибактериальной терапией, нутриционной поддержкой, введением акто- и гепатопротекторов, антиоксидантов и реинфузией

аутокрови, подвергшейся фотомодификации и оксигенации, ГБО, плазмаферез.

Результаты и обсуждение

Всем больным РП II группы выполнялось бактериологическое исследование экссудата брюшной полости, портальной и системной венозной крови. Основным возбудителем перитонита во II группе больных явилась аэробная и анаэробная грамотрицательная флора. При этом общее количественное содержание микрофлоры, в зависимости от фазы РП, колебалось от $10^{3,5}$ до $10^{7,6}$ КОЕ/мл. У больных в реактивную фазу перитонита в портальном и системном венозном кровотоке микрофлора не выявлялась.

Портальная бактериемия во II фазу РП выявлена во время оперативного вмешательства в 20 случаях. В течение 1-2-х суток портальная бактериемия сохранялась у 12 больных, а к 3-4-м суткам отмечена лишь у 2-х. Системная бактериемия при поступлении выявлена у 4 больных, в 1-2-е послеоперационные сутки – у 3, а уже к 3-4-м суткам купирована у всех пациентов. Портальная бактериемия в III фазу РП имела место в 29 случаях, а системная у 17 больных. В течение 1-2-х послеоперационных суток портальная бактериемия сохранялась у 15 больных, а системная отмечалась в 10 случаях. На 3-4-е сутки частота портальной бактериемии уменьшилась до 7 случаев, а системная отмечалась у 2 больных. На 5-е сутки портальную бактериемию удалось выявить у 1 больного, а исследование системной крови во всех случаях дало отрицательный результат. Таким образом, наличие системной бактериемии более чем в трети случаях у больных РП в III стадию заболевания является прямым подтверждением несостоятельности макрофагальной системы печени, а ее купирование к 3-4 суткам на фоне проведения патогенетически направленной терапии объясняется реабилитацией барьерной функции печени. Во II группе отмечался отчетливый регресс показателей ЭТ, и к 6-м суткам исследуемые параметры гомеостаза были в 2 раза ниже исходных. В I исследуемой группе положительная динамика была ощутимо менее выраженной.

Выводы

1. Лечение больных распространенным перитонитом должно осуществляться с использованием комплекса мероприятий, включающих адекватное оперативное пособие, устраняющее его причину, стартовую эмпирическую антибактериальную терапию, а также интенсивную терапию, нацеленную на борьбу с эндотоксикозом и купирование печеночной недостаточности.

2. Приоритетным в послеоперационном патогенетическом обоснованном лечении распространенного перитонита должен быть метод интрапортальных инфузий, включающий дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, введение гепатопротекторов, антиоксидантов, антигипоксантов, незаменимых аминокислот и микроэлементов, реинфузию фотомодифицированной и оксигенированной аутокрови, а также НИИ с проведением энтеральных методов детоксикации, РЭЗП, введением пребиотиков и эубиотиков.

3. Коррекции макрофагальной недостаточности печени у пациентов с распространенным перитонитом должно уделяться приоритетное внимание наряду с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью.



4. Разработанные принципы внутрипортальных инфузий, используемые в комплексе лечебных мероприятий при распространенном перитоните с учетом фазы перитонита, стадии печеночной недостаточности и эндотоксикоза позволяют значительно улучшить результаты лечения этой категории пациентов: уменьшить количество

послеоперационных осложнений на 22,3%, сократить длительность стационарного лечения на 7,4 койко-дня, в том числе продолжительность интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения в среднем на 1,6 койко-дня и снизить послеоперационную летальность в целом на 24,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита / И.А. Ерюхин // 50 лекций по хирургии. – под ред. В.С.Савельева / – М.: Медиа Медика, 2003. – С. 320-326.
2. Алиев, С.Р. Антиоксидантная терапия в лечении больных с перитонитами / С.Р. Алиев, Е.В. Силина, В.А. Ступин // XI съезд хирургов Российской Федерации: Мат. съезда. – Волгоград, 2011. – С. 494-495.
3. Землянов В.П. Метод лапаростомии. Показания и основные принципы использования / В.Л. Котляр, А.К. Рыбкин, А.А. Кормаков // Новые технологии в хирургии: Сб. трудов Международ. Хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 68-69.
4. Костюченко К.В. Определение клинической эффективности методов хирургического лечения распространенного гнойного перитонита / А.Б. Граменицкий, В.В. Рыбачков, А.С. Конев // Мат. III Всероссийской конф. Общих хирургов. – Ростов-на-Дону-Анапа, 2005 – С. 21-22.
5. Ерюхин, И.А. Хирургические инфекции: новый уровень познания и новые проблемы / И.А. Ерюхин // Инфекция в хирургии. – 2003. – № 1. – С. 2-7.
6. Манжос, А.Н. Оценка степени эндогенной интоксикации у больных с распространенным перитонитом / А.Н. Манжос, Н.В. Сидоренко // Новые технологии в хирургии: Сб. трудов Междунар. хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону. – 2005 (а). – С. 82.
7. Ханевич, М.Д. Перитонит / М.Д. Ханевич, Е.А. Селиванов, П.М. Староконь // – М.: «МедЭкспертПресс», 2004. – С. 203.
8. Чернов В.Н. Способ лечения распространенного перитонита/ С.Ю. Ефанов, И.И. Таранов, Б.М. Белик, О.В. Баев // Патент РФ №2154997 от 27.08.2000 г.
9. Чернов В.Н. Способ лечения гнойно-некротического панкреонекроза / С.Ю. Ефанов, А.Р. Саприалиев, И.Е. Толстов, В.В. Скорляков // Патент на изобретение №2446756 от 10.04.2012 г.

ПОСТУПИЛА 25.09.2013

УДК 616.13-089

В.Е. Чубаров¹, М.Ф. Черкасов²

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПРОТЯЖЕННОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ИЗ АРТЕРИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

¹*Больница скорой медицинской помощи, отделение экстренной сосудистой хирургии, Россия, 344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая 88/35.*

²*Ростовский государственный медицинский университет, Кафедра хирургических болезней №4 ФПК и ППС Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29*

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных с комбинированными (многоэтажными) окклюзиями, стенозами и тромбозами артерий бедренно-подколенного сегмента путем внедрения нового метода реконструкции.

Материалы и методы: проанализировано 278 историй болезни. Сравнивается два вида реконструктивных операций: аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование и протяженная эндартерэктомия.

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде протяженная эндартерэктомия из подколенно-бедренной артерии позволяет получить положительный результат в 93,75% наблюдений, бедренно-подколенное и бедренно-бедренное шунтирование позволяет получить аналогичный результат в 81,2% наблюдений. В отдаленном послеопераци-