

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Р.Е. Баймедетов

УКБ Международный Казахско-Турецкий университет

Баймедетов Рустем Есмырзаевич, ассистент кафедры хирургии, анестезиологии и реанимации, 160800, Казахстан, г. Шымкент, ул. Metallургов, д. 1Б, тел. 8 (7252)- 54-11-48, e-mail: bajmedetov78@mail.ru

Проведен анализ клинических наблюдений и историй болезни 265 больных с распространенным гнойным перитонитом и абсцессами брюшной полости, лечившихся в лечебных учреждениях г. Шымкента с 2000 г. по 2011 гг. Применение дифференцированной хирургической тактики при различных формах перитонита в зависимости от этиологии, распространенности, степени выраженности эндогенной интоксикации и органной недостаточности позволяет улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: гнойный перитонит, эндогенная интоксикация.

COMPARATIVE ANALYSIS OF TREATMENT OF SURGICAL PATIENTS WITH PERITONITIS

R.E. Baymedetov

International Kazakh-Turkish University

In the article the analysis of the clinical observations and case histories of 265 patients with diffuse purulent peritonitis and abdominal abscesses treated in hospitals of Shymkent for 12 years (2000-2011 y.) are analysed. The use of differentiated surgical treatment of peritonitis in various forms depending on the etiology, prevalence, severity of endogenous intoxication and organ failure can improve the results of treatment.

The key words: purulent peritonitis, endogenous intoxication.

Несмотря на значительные успехи интенсивной терапии, и оперативного лечения острого перитонита, он был и остается актуальной проблемой современной хирургии [1,3]. Заболеваемость острым перитонитом остается достаточно высокой: 15% больных поступают в экстренное хирургическое отделение по поводу этого осложнения, при выполнении экстренных хирургических операций его диагностируют примерно в 60% случаев, а среди причин релапаротомий перитонит составляет 57% с летальностью до 30% [1,2,3]. Летальность у этой категории больных за последние несколько десятилетий не имеет существенной тенденции к снижению и остается в пределах 10-90%, широкий размах которой определяется различными этиологическими причинами, формой и распространенностью острого перитонита, фазой клинического течения, наличием или отсутствием инфекционно-токсического шока, а также возрастом, полом и сопутствующей патологией у больных [2].

Цель исследования

Оценка эффективности и изучение возможностей дренажного устройства активно-проточной аспирации в лечении хирургических больных с разлитым перитонитом.

Материалы и методы

Проведен анализ клинических наблюдений и историй болезни 265 больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП) и абсцессами брюшной полости, лечившихся в лечебных учреждениях г. Шымкента с 2000 г. по 2011 гг., а именно в хирургических отделениях № 1 и 2 Шымкентской городской больницы скорой медицинской помощи, в хирургическом отделении №2 областной клинической больницы. Больные были разделены на 2 группы – основную и контрольную, состав которых был сопоставим по полу и возрасту, нозологическим формам и тяжести заболевания. У исследуемых больных использовалось разработанное нами техническое

средство в лечении тяжелых больных с абсцессами брюшной полости и РП – это дренажное устройство «АПА» – обеспечивает активно-проточную аспирацию патологической экссудации из воспалительного очага, предварительный патент на изобретение № 17729 бюллетень №9 от 15.09.2006 Комитета по правам интеллектуальной собственности МФ РК.

Результаты и обсуждение

Исход заболевания во многом зависит от времени начала заболевания до момента госпитализации и начала лечения. Чем дольше время развития перитонита, тем выше летальность среди пациентов (таблица 1).

Таблица 1

Летальность в зависимости от времени развития перитонита

Время развития перитонита	Количество больных, %	Летальность, %	Контрольная группа, абс.ч., %	Летальность, абс.ч., %	Основная группа, абс.ч., %	Летальность, абс.ч., %
До 6 часов	19 / 7,2*	–	11 / 7,3*	–	8 / 7,0*	–
От 7 до 24	35 / 13,2	2 / 0,75	19 / 12,7	2 / 1,3	16 / 13,9	–
От 25 до 48	98 / 37,0*	4 / 1,5	57 / 38,0*	3 / 2,0	41 / 35,6*	1 / 0,9
От 49 до 72	65 / 24,5	7 / 2,6	34 / 22,7	5 / 3,3	31 / 27,0	2 / 1,7
Более 72	48 / 18,1	11 / 4,2	29 / 19,3	8 / 5,3	19 / 16,5	3 / 2,6
Всего	265 / 100	24 / 9,0	150 / 56,6	18 / 12,0	115 / 43,4	6 / 5,2

Примечание -* - достоверность $p < 0,05$

Основной причиной летальных исходов явилась полиорганная недостаточность. Летальность наблюдалась в 24 случаях, что составило 9,0% от общего количества (265) больных с перитонитом и абсцессами брюшной полости. Летальность у исследуемых больных при РПП определялась рядом причин:

- поздняя обращаемость больных за медицинской помощью и связанная с этим поздняя госпитализация и запоздалое хирургическое лечение;
- значительное увеличение числа больных пожилого и старческого возраста, имеющих несколько сопутствующих заболеваний на фоне пониженной иммунобиологической реактивности;
- увеличение числа больных сахарным диабетом и аллергическими заболеваниями;
- недостаточная эффективность антибактериальной терапии;
- увеличение количества травм и огнестрельных ранений брюшной полости с тяжелым течением заболевания;
- ошибки диагностики, выбора хирургической тактики и техники операции;

– особая тяжесть течения гнойного процесса в сочетании с необратимыми нарушениями функций жизненно важных органов. Всего при перитоните умерли 24 больных, общая летальность составила 9,1% из 265 больных, при разлитом перитоните летальность составила 23 пациента, что соответствует 8,7%, при абсцессе брюшной полости летальность составила 0,4% (1 больной). Причиной летальных исходов при огнестрельных ранениях живота являются тяжелые осложнения, развивающиеся в послеоперационном периоде. Наши наблюдения подтверждают возможность успешного лечения огнестрельных ранений с множественными повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Пример. Больной Р., 20 лет, доставлен в приемное отделение через 1 час 00 мин после получения дробового огнестрельного ранения. Общее состояние больного крайне тяжелое. В поясничной области слева имеются множественные дробовые ранения размером 0,5x0,5 см. Множественные дробовые ранения левого предплечья. В экстренном порядке произведена среднесрединная лапаротомия. В брюшной полости около 2000 мл крови с запахом толстокишечного содержимого, из-за которого реинфузию произвести не удалось. Вскрыто забрюшинное пространство, выделена левая почка, у которой определяются массивные сквозные дробовые ранения. Произведена нефрэктомия слева. Определяется аналогичное ранение селезенки, произведена спленэктомия. При дальнейшей ревизии определяются множественные дробовые ранения левой половины ободочной кишки, сквозные множественные ранения тела желудка, хвоста поджелудочной железы, множественное дробовое ранение тонкого кишечника от связки Трейца на протяжении 45 см. Произведена резекция тонкого кишечника (начиная на расстоянии 5 см от связки Трейца, длиной 50 см) с наложением энтероэнтероанастомоза «конец в конец», резекция 2/3 желудка по Бильрот 2 с модификацией Гофмейстер-Финстерера, ушивание ранения хвоста поджелудочной железы, произведена левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной колостомы на переднюю брюшную стенку справа. Дренажирование плевральной полости по Бюлау слева. ПХО ран поясничной области и левого предплечья.

Послеоперационный диагноз: Проникающее огнестрельное дробовое ранение поясничной области слева с повреждением левой почки, селезенки, желудка, тонкого кишечника, левой половины ободочной кишки и поджелудочной железы. Внутреннее кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия III ст. Проникающее огнестрельное дробовое ранение грудной клетки слева. Гемопневмоторакс слева. Дробовое огнестрельное ранение верхней и нижней трети левого предплечья. Травматический, плевропульмональный и геморрагический шок тяжелой степени.

Послеоперационный период протекал сложно. Первые сутки больной находился на продленной ИВЛ. Только на 4-5 сутки отмечалась относи-

тельная стабилизация состояния. Пациент в полном объеме получал интенсивную терапию. В послеоперационном периоде не удалось избежать развития осложнений, у больного обнаружен тонкокишечный свищ. Подключен водоструйный отсос. Отделяемое тонкокишечное содержимое за сутки – около 2000 мл. После проведенного лечения потеря через свищ уменьшилась с 2 л до 150-200 мл, на 15 сутки свищ закрылся. Через 3-е суток наблюдается повышение температуры до 39°C, на КТ брюшной полости: абсцесс забрюшинного пространства слева. Произведено: вскрытие и дренирование абсцесса забрюшинного пространства дренажом «АПА», причиной абсцесса стал панкреонекроз. Дренажная трубка промывалась озонированным раствором фурациллина до чистых вод в течении 7-8 раз в сутки. Больной был выписан из стационара на 46 сутки от момента поступления в удовлетворительном состоянии. На момент осмотра общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Через 5 месяцев после выписки из стационара больной повторно госпитализирован по поводу устранения колостомы и восстановления целостности кишечной трубки. Операция произведена успешно, больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Данный практический случай интересен редко

встречающимся благоприятным исходом заболевания и еще раз наглядно показывает всю сложность оперативного лечения и послеоперационного выхаживания больных с огнестрельными торакоабдоминальными ранениями.

Заключение

Таким образом, применение дифференцированной хирургической тактики при различных формах перитонита в зависимости от этиологии, распространенности, степени выраженности эндогенной интоксикации и органной недостаточности позволяет улучшить результаты лечения.

Список литературы

1. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З. Применение алгоритма в определении показаний к повторным операциям при перитоните // Южно-Российский мед. журнал. - 2000. - №3-4. - С. 37-41.
2. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З., Султанов И. А. Программированная релапаротомия при перитонитах // Хирургия. - 2000. - № 8. - С. 20-23.
3. Перитонит / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. - М.: ЛитТерра, 2006. - 208 с.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

А.Г. Бухвалов, В.Н. Бордуновский

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Златоуст» ОАО «РЖД», хирургическое отделение
ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия,
кафедра факультетской хирургии и урологии

Бухвалов Андрей Геннадьевич, зав. хирургическим отделением, канд. мед. наук,
456205, Россия, Челябинская область, г. Златоуст,
ул. Щербакова, д. 2,
тел. 8 (3513) 69-38-10,
e-mail: andreybuxvalov@yandex.ru

Бордуновский Виктор Николаевич, зав. кафедрой факультетской хирургии и урологии ЧГМА, д-р мед. наук, профессор

В работе приведен анализ результатов лечения 38 больных с осложненными формами панкреонекрозов за период с 2000 по 2010 годы. Лечение проводилось вновь предложенным методом – динамическими лечебными бурсопанкреатолапароскопиями с ультразвуковой кавитацией в растворе антисептика с применением оригинального многофункционального дренажа с имплантатом из никелид титана с памятью формы.

У больных, перенесших лечение традиционными релапаротомиями, отмечена наибольшая частота послеоперационных осложнений (94,3%). Количество санационных релапаротомий в среднем – 7, летальность – 78,6%. Малоинвазивная методика позволила снизить осложнения до 18,2%, летальность – до 12,4%, количество релапаротомий – 1-2, экономические затраты снизились в 5,8 раз.

Ключевые слова: лапароскопия, лечение, панкреонекроз, бурсопанкреатолапароскопия, ультразвуковая кавитация.