

4. Савельев В. С. Сепсис в начале XXI века: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. / Савельев В. С., Федоров В. Д., Воробьев А. И. и др. – Метод. рекомендации. — Москва. — 2004. — 130 с.

Криворучко И.А., Повеличенко М.С., Иванова Ю.В.

Диагностика и лечение больных с абдоминальным сепсисом

Резюме. Анализируются результаты хирургического лечения 209 больных с абдоминальным сепсисом. Обоснована целесообразность использования современной классификации септических синдромов. Комплексное хирургическое лечение, которое включает адекватную санацию патологического очага, рациональную антимикробную терапию, респираторную, метаболическую поддержку, улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, диагностика, лечение.

Krivoruchko I.A., Ivanova Y.V., Povelichenko M.S.

Diagnostic and Complex Treatment of Patients with Abdominal Sepsis

Summary: On the base of experience of the surgical treatment of 209 patients with abdominal sepsis the authors have grounded advisability of use the modern classification of septic syndromes because criteria laying in the base of their determination allow to evaluate the severity of patient's condition prognostic orientations and dynamics of pathological process. The complex surgical treatment including adequate sanitation of pathological focus, rational antimicrobial therapy, respiratory, circulatory and metabolic support allow to improve essentially the results of the treatment of the difficult category of patients.

Key words: abdominal sepsis, diagnostic, treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.381-002-08:616.94

Кришенич В.П., Лященко П.В.

Сорбційно-трансмембранний діаліз у лікуванні хірургічних хворих на перитоніт

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Резюме. Застосування трансмембранного діалізу з використанням сорбенту «Сілікс» в добовій дозі 12 гр у комплексному лікуванні хірургічних хворих на перитоніт забезпечує більш раннє зменшення клінічних проявів сепсису.

Ключові слова: перитоніт, абдоминальний сепсис.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Перитоніт в абдоминальній хірургії на сьогоднішній день є актуальною проблемою та характеризується високою кількістю хворих та високою летальністю від 19% до 70% [1,5]. Абдоминальний сепсис та синдром поліорганної недостатності (СПОН) є головними причинами летальних випадків при перитоніті, ступінь тяжкості яких безпосередньо залежать від тяжкості ендотоксикозу [2]. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає в бік поліпшення результатів лікування хворих з перитонітом, що має важливе значення в профілактиці і лікуванні СПОН [3,4].

Мета дослідження. Поліпшити результати комплексного лікування хірургічних хворих з перитонітом.

Матеріал і методи дослідження

Клінічна частина роботи основана на аналізі результатів обсте-

ження і хірургічного лікування 23 хворого з перитонітом. Всі хворі були госпіталізовані в хірургічний стаціонар КЗ «Дніпропетровської КОШМД Державної обласної ради» в екстреному порядку. Залежно від особливостей лікувальної тактики в післяопераційному періоді, всі хворі з перитонітом були розподілені на дві групи: Основна група (ОГ) – 11 хворих з перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили трансмембранний діаліз.

Група клінічного порівняння (ГКП) – 12 хворих з перитонітом, у комплексному лікуванні, яких трансмембранний діаліз не застосовували. Хворі обох груп порівнянні за статтю, віком, супутніми захворюваннями, характером основного патологічного процесу.

У хворих на перитоніт використовували критерії синдрому системної запальної реакції (ССЗР, SIRS). Виділяючи залежно від ступеня вираженості синдрому, поняття «сепсис» (SIRS 2-4), «важкий сепсис» (BC) та «септичний шок» (CШ).

Оцінку показників проводили при госпіталізації, а також в першу і на 3-ю, 5-ю, 10-ю добу після операції. Після виконання основного етапу операції і ліквідації вогнища запалення всім хворим виконували санацію і дренування черевної порожнини, інтубацію тонкої кишки за допомогою тубажного зонда.

Черевна порожнина всіх хворих ОГ на закінчення операції додатково дренивалась пристроями з трубчастой напівпроникної мембрани з віскозної целюлози. У діалізатор вводили сорбент «Сілікс» в кількості 6 гр, розведений стерильним фізіологічним розчином до 4,8% суспензії. Заміну діалізату проводили кожні 12 годин, що зумовлено сорбційною здатністю препарату. На добу використовували 12 гр сорбенту. В післяопераційному періоді діаліз проводили постійно, припиняли при появі об'єктивних ознак ліквідації перитоніту.

Результати дослідження та їх обговорення

Для оцінки фази перебігу процесу у хворих з перитонітом на різних етапах комплексного лікування використовували критерії ССЗР (SIRS) (табл. 1).

Результати аналізу критеріїв ССЗР свідчать про те, що у більшості хворих ГКП захворювання супроводжувалося тяжкими формами сепсису з ознаками СПОН початково і на фоні хірургічного лікування. Окрім того, явища системного запалення і СПОН у більшості з них прогресували або зберігалися в перші 3 доби після операції.

У таблиці 2 представлена характеристика хворих ОГ за критеріями ССЗР.

У хворих ОГ відмічено більш раннє зменшення клінічних проявів сепсису: вже на 3 добу у ОГ було істотно менше хворих з BC і CШ, а на 5 добу – відзначено значно більше хворих, у 1,5 рази, без ознак сепсису або з мінімальними його проявами

Таблиця 1. Стан хворих ГКП за критеріями ССЗР (SIRS) в динаміці

Критерій	Терміни після операції (доба)				
	Початково (n=12)	1 (n=12)	3 (n=11)	5 (n=10)	10 (n=9)
	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)
SIRS 0-1	0	0	0	1 (10,0±9,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 2	1 (8,3±7,9)	0	0	1 (10,0±9,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 3	2 (16,6±10,7)	1 (8,3±7,9)	1 (9,0±8,6)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)
SIRS 4	4 (33,3±13,6)	4 (33,3±13,6)	3 (27,2±13,4)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)
BC ¹	2 (16,6±10,7)	3 (25,0±12,5)	4 (36,3±14,5)	2 (20,0±12,6)	2 (22,2±13,8)
CШ ²	3 (25,0±12,5)	4 (33,3±13,6)	3 (27,2±13,4)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)

Примітки: 1 – важкий сепсис, 2 – септичний шок

Таблиця 2. Стан хворих ОГ за критеріями ССЗР (SIRS) в динаміці

Критерій	Термін після операції (доба)				
	Початково (n=11)	1 (n=11)	3 (n=11)	5 (n=10)	10 (n=9)
	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)
SIRS 0-1	0	0	2 (18,1±11,6)	3 (30,0±14,4)	4 (44,4±16,5)
SIRS 2	1 (9,0±8,6)	0	2 (18,1±11,6)	3 (30,0±14,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 3	2 (18,1±11,6)	1 (9,0±8,6)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
SIRS 4	3 (27,2±13,4)	5 (45,4±15,0)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
BC	2 (18,1±11,6)	2 (18,1±11,6)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
CШ	3 (27,2±13,4)	3 (27,2±13,4)	1 (9,0±8,6)	1 (10,0±9,4)	0

(не більше 2 симптомів ССЗР).

Висновки

Застосування сорбенту «Сілікс» в трансмембранному діалізі у хірургічних хворих на перитоніт забезпечує:

1. Проведення активної корекції ендогенної токсемії.
2. Профілактику синдрому поліорганної недостатності.

Перспективи подальших досліджень

Удосконалення методів та матеріалів, які використовуються для сорбційно-трансмембранного діалізу при перитоніті у хірургічних хворих.

Література

1. Алиева Э. А. Пути повышения эффективности послеоперационной санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните (экспериментально-клиническое исследование) / Э. А. Алиева, Г. Б. Исаев, Ф. Д. Гасанов // *Анналы хирургии*. – 2008. – № 5. – С. 57-59.
2. Апарцин К. А. Бактериальная транслокация при релапаротомии в условиях распространённого перитонита / К. А. Апарцин, Ю. Б. Лишманов, Ю. М. Галеев и др. // *Бюл. СО РАМН*. – 2009. – № 2. – С. 95-99.
3. Ерюхин И. А. Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы / И. А. Ерюхин, С. Ф. Багненко, Е. Г. Григорьев и др.

// *Инфекции в хирургии*. – 2007. – № 1. – С. 6-11.

4. Плоткин Л. Л. Эпидемиология абдоминального сепсиса / Л. Л. Плоткин // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. – 2006. – № 4. – С. 23-26.

5. Gauzit R. Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis / R. Gauzit, Y. Pйan, X. Barth et al // *a French prospective observational multicenter study. Surg. Infect.* – 2009. – Vol. 10, № 2. – P. 119-127.

Крышень В.П., Лященко П.В.

Сорбционно-трансмембранный диализ в лечении хирургических больных с перитонитом

Резюме. Применение трансмембранного диализа с использованием сорбента «Силикс» в суточной дозе 12 гр у комплексном лечении хирургических больных перитонит обеспечивает более раннее уменьшение клинических проявлений сепсиса.

Ключевые слова: перитонит, абдоминальный сепсис.

Kryshen V.P., Lyashchenko P.V.

Transmembranous-Absorbition Dialysis in Surgical Treatment of Patients with Peritonitis

Summary: Application of transmembrane dialysis using sorbent “Siliks” in a daily dose 12 gm in combined treatment of surgical patients with peritonitis, results in more reduction in early clinical manifestations of sepsis.

Key words: peritonitis, abdominal sepsis.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.329+616.345]-089-08-059:159.922:303.6

Ксенофонтов С.С., Білозерцев О.М.

Реабілітація та якість життя пацієнтів зі штучним товстокишковим стравоходом

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. Представлені результати виконаних у 1994-2008 р.р. операцій. Впроваджена в клініці комплексна, суворо індивідуальна реабілітація хворих із опіковою травмою стравоходу, створювала умови для відновлення працездатності і соціальної повноцінності. Одержавши можливість природного прийому їжі, 86% оперованих у порівняно короткий термін усували дефіцит маси тіла, набували фізичну силу і стійку психоемоційну рівновагу.

Ключові слова: колоезофагопластика, якість життя.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Віддалена оцінка результатів колоезофагопластики проводиться з акцентом на дослідженні морфо-функціонального стану штучного стравоходу в комплексі з вивченням різних клініко-біохімічних і імунологічних показників гомеостазу [1,4]. Не надається належна увага важливим індивідуальним особливостям трудової і соціальної реабілітації, які визначають, зрештою, якість життя таких пацієнтів.

Мета дослідження визначити функціонально-особові особливості адаптації, повноцінність трудової і соціальної реабілітації, вивчити якість життя оперованих осіб методом анкетування.

Матеріал і методи дослідження

Наведені результати виконаних у 1994-2008 рр операцій з формуванням антирефлюксного кологастроанастомозу, товстокишково-глоткового, триангулярного і напіввагінаційного анастомозів на ший, розроблених в клініці. Проводили моніторингове анкетування, що дозволило виявити фізичні, психологічні і матеріально-побутові передумови в поверненні пацієнтів до звичного способу життя, праці, соціального статусу. Розроблено дві анкети: одна стосувалася фізичного статусу і містила 45 питань (стан здоров'я, скарги, характер живлення, дискомфорт при ковтанні, болі за грудиною, ріст, маса тіла і т.п.). Інша присвячена оцінці психоемоційного стану (24 питання-емоційний статус, його самооцінка, психологічний стан, взаємини з близькими і оточуючими людьми і т.д.). Цілісна концепція базувалася на методиці використання стандартизованого опитувача Quality of Well-Being In

dex (QoWBI), розробленого інститутом MAPI (Франція) [2,3]. Анкети доправили 68 пацієнтам. Відповіді отримали тільки від 56 осіб.

Результати дослідження та їх обговорення

На момент опитування всі прооперовані були соціально-активного та працездатного віку. Чоловіків-37, жінок-19. Операції проводили з приводу подовженої рубцевої стриктури стравоходу 39 (71%), 17 (29%) з приводу високих опікових стриктур глотково-стравохідного переходу і глотки. Термін вивчення після операції від 1 року до 13 років (в середньому 5 років). 11% наших пацієнтів вважають своє здоров'я відмінним, 69,4% задовільним, 16% незадовільним. Один пацієнт помер через 3,5 роки після операції, як повідомили родичі, від наростаючої дисфагії і виснаження. Найчастіше у віддаленому періоді повторно виконували операції з приводу рубцевих стриктур шийного анастомозу (РСША)-7 хворих, причому у 3 хворих-двічі. У всіх пацієнтів РСША розвинулася впродовж перших 1,5-2 післяопераційних років внаслідок неправильного вибору місця розташування формованого співустя та технічних погрешностей операції. У подальшому усім їм успішно виконані реконструктивні втручання. У 2 (3,6%) пацієнток виявили надмірну петлю трансплантату, що стало в одному випадку причиною непрохідності трансплантату і потребувало оперативного лікування (комісуроліз і розпрямлення трансплантату). У двох пацієнтів у віддаленому періоді мала місце нориця глотково-товстокишкового співустя на ший (ША). Всі ці пацієнти оперовані із застосуванням імплантації культури клітин фібробластів (ІККФ) у зоні периформованого анастомозу з наступними відмінними результатами. У 1 пацієнтки через 5 років виявили пептичну виразку трансплантату, яка проявилася кровотечею. Проведена їй масивна комплексна противиразкова терапія мала успіх, оперативне лікування не проводилося. У 2 (3,6%) випадках (через 6 і 8,5 років відповідно) констатували виникнення спайкової кишкової непрохідності (СКН), причому у одного чоловіка потрібна