

Усубакунов У.Э.

ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДАГЫ СИСТЕМАЛЫК СЕЗГЕНҮҮ СИНДРОМУН КОРРЕКЦИЯЛОО

Усубакунов У. Э.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

U.E. Usubakunov

CORRECTION OF SYSTEMIC INFLAMMATORY REACTION SYNDROME IN ABDOMINAL SURGERY

УДК:616-565.2:513.6

Ич-көндөйүнүн системалык сезгенүү синдрому менен 212 бейтапка салттуу дарылоо колдонулган ал эми 62 бейтапка комплекстүү дарылоого лимфостимуляция терапиясы колдонулган. Биринчи тайпада 28 бейтапта ($13,2 \pm 0.37\%$), ал эми экинчи тайпада 2 бейтапта ($1.6 \pm 0.12\%$) өтүшүп кетүү катталды. Лимфотроптук терапия натыйжалуу экени көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: системалык сезгенүү реакциясы, дарт аныктоо, дарылоо, лимфотроптук терапия, өтүшүп кетүү.

Даны результаты применения традиционной терапии у 212 больных с синдромом системной воспалительной реакции и у 62 больных использована прямая лимфотропная терапия. В первой группе осложнения составили – 28 больных ($13,2 \pm 0.37\%$), а во второй – 2 больных ($1.6 \pm 0.12\%$). Показана целесообразность применения лимфотропной терапии.

Ключевые слова: системная воспалительная реакция, диагностика, лечение, лимфотропная терапия, осложнения.

Among the given results of 212 patients with celiac disease that have systemic inflammatory response syndrome treated with conventional treatment and 62 patients treated with lymph-stimulating therapy 28 patients ($13,2 \pm 0.37\%$) from the first group and 2 patients ($1.6 \pm 0.12\%$) from the second group had deterioration.

Key words: systemic inflammatory reaction, diagnosis, treatment, lymphotropic therapy, complications.

Введение. В последние годы многие исследователи отмечают не только увеличение числа больных с острыми хирургическими заболеваниями, но и более высокий удельный вес больных с деструктивными формами и такими осложнениями как перитонит [2,5]. При тяжелой агрессии, выраженной интоксикации развивается системный ответ, сопровождающийся нарушениями функций жизненно важных органов, который в настоящее время именуется как синдром системной воспалительной реакции [1,3]. Выявление симптомов, определение степени тяжести на воспаление необходимы для определения объема и интенсивности терапии, и для предотвращения развития полиорганной недостаточности и сепсиса, являющимися основной причиной смерти.

В лечении синдрома системной воспалительной реакции используются медикаментозные средства, антибиотики, детоксикационные методы и др., но все они не лишены недостатков. Многие исследователи отмечают [4,6], что выраженность интоксикации определяется угасанием лимфатической системы, которая в процессе прогрессирования воспаления становится не только проводником, но и очагом размножения микрофлоры и в последующем генерализации инфекции, что диктует необходимость создания в лимфатических узлах высокой терапевтической концентрации антибиотика [1,6]. С этой целью была разработана методика прямого эндолимфатического введения медикаментозных средств [2], метод оказался высокоэффективным, но он сложен в том плане, что он требует освоения врачом техники микрохирургии сосудов и поэтому применение на практике не нашел.

Более широкое распространение получила не прямая лимфотропная стимуляция, разработанная рядом исследователей [1,4,6], когда антибиотики и лимфотропная смесь вводятся в зону наибольшего расположения лимфатических узлов и сосудов или в подкожную клетчатку голени. Однако насколько эффективна данная методика в коррекции синдрома системной воспалительной реакции в абдоминальной хирургии остается не изученной.

Цель работы – обосновать эффективность лимфотропно-антибиотикотерапии в коррекции синдрома системной воспалительной реакции в абдоминальной хирургии.

Материал и методика исследования.

В начале работы мы выполнили анализ историй болезней 212 больных, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1, с острыми хирургическими заболеваниями, кроме 3 больных – альвеококкоз печени, которым операции произведены в плановом порядке. Эта группа служила для нас контролем. Лечение больные получали традиционное (антибиотики, обезболивающие, инфузионную терапию). Вторую группу составили 62, у которых для коррекции синдрома системной воспалительной реакции была применена антибиотиколимфотропная терапия. Характер забо-

лений по поводу которого выполняли операции дан в таблице.

Таблица. Характер заболеваний контрольной и основной групп.

Заболевания	Контрольная группа		Основная группа	
		%		%
Острый холецистит	108	50,9	33	53,2
Острый аппендицит	86	40,6	15	24,2
Непроходимость кишечника	5	2,4	4	6,5
Нагноившийся эхинококкоз печени	7	3,3	4	6,5
Альвеококкоз	3	1,4	5	8,1
Перфоративная язва желудка	2	0,9	1	1,5
Абсцесс селезенки	1	0,5	-	-
Итого	212	100,0	62	100,0

В обеих группах наиболее часто поступали женщины, возраст больных колебался от 16 до 90 лет, давность заболевания от 6 часов до 7 суток. По характеру патологии больные в обеих группах были равнозначны, отличия касались лишь количества поступавших. Из числа поступивших наибольшую группу составили больные с острым холециститом в обеих группах (соответственно 50.9% и 53.2%), затем по удельному весу шли больные с острым аппендицитом (соответственно 40.6% и 24.2%), реже были оперированы с другими хирургическими заболеваниями.

В обследовании поступивших, помимо общеклинических исследований (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорографии органов грудной клетки, свертываемость крови) использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) до операции для определения особенностей болезни и в послеоперационном периоде для своевременного выявления осложнений. Для определения синдрома системной воспалительной реакции (ССРР) использовали показатели температуры тела, частоту пульса и дыхания, лейкоцитоз.

Результаты и их обсуждение

При исследовании показателей синдрома системной воспалительной реакции в контрольной группе через сутки после операции у 78 из 212 (36.8%) обследованных были выявлены все 4 признака, у 39 (18.4%) больных – 3 признака, а у остальных по 1-2 признака. На 3 сутки число больных с 4 признаками увеличилось до 89 (37.7%), с 3 признаками до 47 (22.2%), по 2 признака у 32, а у остальных по одному признаку. С увеличением срока после операции при благоприятном течении частота признаков синдрома системной воспалительной реакции уменьшалась и на 5 сутки ни у одного из обследованных 4 признака не обнаружили, у 39 (18.4%) отмечено присутствие 2 признаков.

Нами выполнен анализ осложнений в зависимости от частоты признаков синдрома системной воспалительной реакции. Так, среди больных с наличием 3-4 признаков на 3 сутки осложнения возникли у 18 из 89 оперированных (20.2%), на 5 сутки при наличии 2 признаков осложнения возникли у 8 из 39 (20.5%), причем у двух имело место нарастание печеночной недостаточности, один из них умер. Всего осложнений в контрольной группе возникло у 28 больных (13.2±0.37%). Анализ по показателям синдрома системной воспалительной реакции контрольной группы показал, что наиболее тяжелым периодом являются 3 сутки после операции, использование традиционного лечения недостаточно, необходимы более существенные меры коррекции синдрома системной воспалительной реакции, все это явилось основанием для пересмотра комплекса лечения больных.

Учитывая эти обстоятельства мы обратили внимание на непрямую лимфотропную терапию, которая обладает многокомпонентным механизмом действия и использовали ее с целью коррекции синдрома.

Мы остановились на введении лимфотропной смеси с антибиотиком в подкожную клетчатку голени на уровне ее средней трети с предварительным наложением манжетки от аппарата Рива-Роччи с созданием давления 30-40 мм.рт.ст. на уровне нижней трети бедра для создания временного веноза с изменением направления движения межтканевой жидкости кожи и подкожной клетчатки в сторону лимфатических капилляров. При этом повышается интенсивность лимфообразования и антибиотик и лимфотропная смесь из подкожного депо вместе с межтканевой жидкостью проникает в лимфатические капилляры, а затем антибиотики распространяются в лимфатические сосуды, региональные и отдаленные лимфатические узлы, достигая грудной проток и общий кровоток [4,6].

Состав лимфотропной смеси: гепарин 70 ЕД/кг веса тела, лидаза 8-12 ЕД, тактивин 1 мл, новокаин 0,5% - 10,0 и один антибиотик – цефазолин 1,0 (или цефтриаксон 1,0). Препараты вводим перманентно с интервалом 1-2 минуты, после введения постельный режим 1,5-2 часа. На курс лечения 5-6 инъекций. Эту методику мы использовали в комплексном лечении больных в основной группе с синдромом системной воспалительной реакции. Лимфотропную смесь вводим один раз в сутки.

Эту методику мы использовали у 62 больных (основная группа), характер заболеваний был таким же, как и в контрольной группе. Учитывая то обстоятельство, что в контрольной группе на 3 сутки увеличилось количество больных с признаками синдрома системной воспалительной реакции, поэтому мы уже через сутки после операции в комплекс лечения включили лимфотропную антибиотикотерапию и выполняли ее один раз в сутки на протяжении 5-6 дней и проследили за динамикой

частоты признаков синдрома системной воспалительной реакции. В основной группе через сутки после операции у 48 больных было 4 признака, у 10 – три признака и у 4 по два признака. В этот срок начата лимфотропная терапия и уже на 3 сутки после операции ни у одного из обследованных не выявили нарастания признаков синдрома системной воспалительной реакции, ни у одного не было 4 признака, с 3 признаками было всего 4 больных, а у остальных по 2 признака. При выяснении частоты осложнений было установлено, что лишь у одного больного ($1.6 \pm 0.12\%$) имело место частичное нагноение операционной раны, а у остальных послеоперационный период протекал благоприятно. Несмотря на тяжесть состояния больных основной группы, летальных исходов не было, а осложнения удалось снизить более чем в 6 раз.

Таким образом наши исследования, выполненные у больных контрольной и основной групп показали, что у большинства экстренно оперированных больных развивается синдром системной воспалительной реакции, поэтому необходим ежедневный контроль за частотой признаков синдрома системной воспалительной реакции и необходима коррекция этого синдрома в ранний послеоперационный период, что способствует снижению осложнений.

Использование не прямой лимфотропной терапии является эффективной мерой коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

Литература:

1. Выренков Ю.Е. Эффективность эндолимфатической терапии в зависимости от тяжести интоксикации при абдоминальном сепсисе/Ю. Е. Выренков// Материалы III съезда лимфологов России. М., 2008.-С.78-79
2. Городов С.Ю. Эффективность методов при перитонитах с различной степенью выраженности интоксикации / С.Ю. Городов, В.И. Вторенко// Хирургия. - 2008 - №7.- С. 35-39
3. Гусев Е.Ю. Критические состояния: Качественные уровни системной воспалительной реакции / Е.Ю.Гусев, Л.Н. Юрченко// Интенсивная терапия.-2006-№1.-С. 9-13
4. Джумабаев С.У. Экспериментальное и клиническое обоснование лимфотропной антибиотикотерапии в хирургии / С.У. Джумабаев, В.М. Гоуянов, К.Ю. Данилов // Клиническая хирургия. -1987. -№7.-С. 14-17
5. Дынжинова Г.В. Возможности коррекции системной воспалительной реакции при лечении сепсиса у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей / Г.В. Дынжинова: автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2007-21с.
6. Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии / Ю.М.Левин М.: Медицина, 1986-287 с.

Рецензент: к.м.н. Имашов У.Д.