

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Усубакунов У.Э

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Даны результаты 264 больных с заболеваниями органов брюшной полости с синдромом системной воспалительной реакции, который характеризуется повышением температуры тела, учащением пульса и дыхания, лейкоцитозом. Традиционное лечение получали 212 больных, которое включало в себя антибактериальную и инфузионную терапию. Во время лечения послеоперационные осложнения отмечались у 28 (13,2%) больных. 52 больных получали комплексное лечение, которое включало региональную лимфостимулирующую терапию для коррекции синдрома системной воспалительной реакции. Лимфотропная терапия в свою очередь включала в себя: Гепарин 70 Ед/кг, Лидаза 8-12 Ед, Тактивин 1 мл, Дексаметазон 4 мг, Цефазолин 1 г на 0,5% раствора Новокаина в количестве 10 мл. Лимфотропная смесь вводилась в подкожную клетчатку наружной поверхности голени. На курс лечения были произведены по 4-5 введений. В процессе лечения больных, определилось количество признаков синдрома системной воспалительной реакции, и при этом отмечено угасание ее степени тяжести. Послеоперационные осложнения отмечены у одного больного (2%). Установлено целесообразность использования лимфостимулирующей терапии для коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

Ключевые слова: воспаление, воспалительная реакция, критерии, лимфотропная терапия, осложнения.

ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДАГЫ СИСТЕМАЛЫК СЕЗГЕНҮҮ РЕАКЦИЯСЫН ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮ

Усубакунов У.Э.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Дененин температурасынын көтөрүлүшү, лейкоциттердин көбөйүшү, жүрөктүн согуусу жана дем алуунун тездеши менен ич –көндөй органдары ооруларынын системалык сезгенүү синдрому менен мүнөздөлгөн 264 бейтаптын жыйынтыктары берилди. 212 бейтапка салттуу дарылоо колдонулган, анын ичине антибактериалдык жана инфузиондук дарылоо кирген. Дарылоо учурунда операциядан кийинки өтүшүп кетүүлөр 28 бейтапта (13.2%) катталган. Системалык сезгенүү синдромун корекциялоодо 52 бейтапка комплекстүү дарылоого регионалдык лимфостимуляция терапиясы колдонулган. Лимфотроптук терапиянын курамына: 10 мл. 0.5% Новокаин эритмесинде Гепарин 70 Ед/кг, Лидаза 8-12 Ед, Тактивин 1 мл, Дексаметазон 4 мг, Цефазолин 1 г кирет. Лимфотроптук кошунду шыйрактын сырткы тарабынын теринин алдына куюлган. Бир курс дарылоодо 4-5 жолу инъекция жасалган. Системалык сезгенүү синдромунун белгилеринин саны жана анын ичинде оордук даражасынын азайышы бейтаптарды дарылоо учурунда аныкталды. Операциядан кийин өтүшүп кетүү бир бейтапта катталган (2%). Системалык сезгенүү синдромун корекциялоодо лимфостимуляция терапиясын колдонуу максатка ылайыктуу экени такталды.

Негизги сөздөр: сезгенүү, сезгенүү реакциясы, критерийлер, лимфотроптук терапия, өтүшүп кетүү.

EFFECTIVENESS OF LYMPH-STIMULATING THERAPY IN SYNDROME SYSTEMIC INFLAMMATORY REACTION IN ABDOMINAL SURGERY

U.E.Usubakunov

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Given the results of 212 patients with diseases of the abdominal cavity. Systemic inflammatory response syndrome, which is characterized by increased body temperature, increased heart rate and respiration, leukocytosis. Traditional treatment received 212 patients, which included antibiotic and fluid therapy. During treatment, postoperative complications were observed in 28 (13.2%) patients. 52 patients received comprehensive treatment, which included regional lymph-stimulating therapy for the correction of systemic inflammatory response syndrome. Lymphotropic therapy in turn included: Heparin 70 U / kg, Lydasum 8-12 U, Taktivin 1 ml, 4 mg of Dexamethasone, 1 g of Cefazolin in 0.5% solution of Novocaine in an amount of 10 ml. Lymphotropic mixture was introduced into the subcutaneous tissue of the outer surface of the tibia. A course of treatment 4-5 injections. In the course of treatment to determine the number of signs of systemic inflammatory response syndrome, and thus marked the extinction of its severity. Complications occurred in one patient (2%). Established the feasibility of using lymph-stimulating therapy for the correction of systemic inflammatory response syndrome..

Keywords: inflammation, inflammatory reaction, lymph-stimulating therapy, complications,

Введение.

В последние годы многими исследователями [5,6] отмечается рост числа больных с воспалительными деструктивными заболеваниями, при которых неизбежно развивается синдром системной воспалительной реакции, он характеризуется 4 симптомами (гипертермия, тахикардия, тахипное, лейкоцитоз). Чем больше выявляется симптомов, тем выше частота осложнений и летальности [1,3]. Это связано со снижением иммунологической защиты населения вследствие неблагоприятных экологических воздействий и стрессов, широким применением гормональных препаратов, увеличения в общей структуре населения лиц пожилого и старческого возраста и больных сахарным диабетом.

Синдром системной воспалительной реакции возникает под влиянием различных факторов: инфекция, ожоги, травма, операции, отравление, применения искусственного кровообращения и экстракорпоральных методов детоксикации [1,2]. Ответная реакция на все эти воздействия развивается по одним и тем же закономерностям. В большинстве случаев это защитная реакция, но в патологических ситуациях происходит нарушение этой реакции, которая ведет к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу [2]. Вот почему необходимо выявление этого синдрома и использование мер его коррекции.

Цель исследования представить эффективность лимфостимулирующей терапии в коррекции синдрома воспалительной реакции.

Материал и методики исследования.

Для решения поставленной цели мы провели анализ историй болезни у 212 наблюдаемых нами больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, оперированных в экстренном

порядке, кроме 3 больных с альвеококкозом печени, которым операции выполнили в плановом порядке. Эта группа служила для нас контролем, больные получали традиционное лечение, принятое в клинике (антибиотики, обезболивающие средства и инфузионную терапию).

Вторая группа 52 больных, в комплекс лечения включена антибиотико-лимфотропная терапия (это основная группа). В разработку мы взяли больных с деструктивными формами аппендицита, холецистита, осложненным местным или общим перитонитом. Характер заболеваний дан в таблице.

В обеих группах женщин было в два раза больше, чем мужчин, их возраст колебался от 16 до 90 лет, но большинство больных было старше 40 лет.

Из числа поступивших большинство были оперированы по поводу острого деструктивного холецистита, как в контрольной (50.9%), так и в основной группе (59.6%), затем шли деструктивные аппендициты и реже поступали больные с другими хирургическими заболеваниями. Обе группы отличались лишь по количеству больных, а характер заболеваний был равнозначным. Все больные оперированы в экстренном порядке.

В обследовании больных, 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 (ССВР) использовали показатели температуры тела, частоту пульса и дыхания, лейкоцитоз.

Таблица 1. Характер заболеваний больных основной и контрольной группы

Заболевания	Контрольная группа		Основная группа	
		%		%
Острый холецистит	108	50,9	31	59,6
Острый аппендицит	86	40,6	12	23,1
Непроходимость кишечника	5	2,4	3	5,8
Нагноившийся эхинококкоз печени	7	3,3	2	3,8
Альвеококкоз	3	1,4	3	5,8
Перфоративная язва желудка	2	0,9	1	1,9
Абсцесс селезенки	1	0,5	-	-
Итого	212	100,0	52	100,0

Результаты и их обсуждение

При исследовании показателей синдрома системной воспалительной реакции в контрольной группе через сутки после операции у 78 из 212 обследованных были выявлены все 4 признака, у 39 больных – 3 признака, а у остальных по 1-2 признака. На 3 сутки число больных с 4 признаками увеличилось до 89, с 3 признаками до 47, 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 отмечено присутствие 2 признаков.

Мы обратили внимание на частоту осложнений в зависимости от количества признаков в различные сроки после операции и при этом выявили, что если на 3 сутки имеют место 4-3 признака, то осложнения возникли у 18 из 89 оперированных (20,2%), на 5 сутки с 2 признаками было 39, из них у 8 (20,52%) были отмечены осложнения, нарастание печеночной недостаточности было еще у двух, один из которых умер. Всего осложнения в контрольной группе имели место у 28 больных (13,2%), в основном это были гнойно-

воспалительные осложнения (нагноение раны, инфильтрат, подпеченочный абсцесс, плеврит). Анализ показателей синдрома системной воспалительной реакции в контрольной группе показал, что использование традиционной терапии при наличии 3-4 признаков на 3 сутки явно недостаточно и кроме того результаты полученные в динамике могут быть использованы для прогноза заболевания. Все это явилось основанием для пересмотра объема медикаментозной терапии в коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

Мы обратили внимание на региональную лимфостимуляцию, которая используется в лечении гнойно-воспалительных заболеваний. Существует методика введения лимфотропной смеси и антибиотиков непосредственно в лимфатические сосуды, но она сложна, требует освоения навыков микрохирургии, наличия специального инструментария, что явилось причиной ограничения применения этого метода. Более широкое распространение получила непрямая лимфотропная стимуляция разработанная Джумабаевым С. У. и соавт [4]. Мы остановились на введении лимфотропной смеси с антибиотиком в подкожную клетчатку голени на уровне ее средней трети с предварительным наложением манжетки от аппарата Рива-

Рочки с созданием давления 30-40 мм.рт.ст. на уровне нижней трети бедра для создания временного венозаза 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.

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.

В основной группе с синдромом системной воспалительной реакции было 52 больных. Через сутки после операции у 38 больных – 4 признака, 10 – 3 признака и у 4 по 2 признака. Начиная с первых суток мы осуществляли ежедневно введение лимфотропной смеси с антибиотиком в подкожную клетчатку голени. На 3 сутки после операции мы ни у одного не отметили нарастания признаков синдрома системной воспалительной реакции, а наоборот, с 3 признаками было всего 4 больных, а у остальных по 2 признака. На пятые сутки – из 52 обследованных у 3 было наличие двух признаков, а у остальных симптомов синдрома системной воспалительной реакции мы не обнаружили. Анализ осложнений показал, что после операций отмечены осложнения у одного больного, что составляет 2,2% (нагноение раны). Следовательно, включение лимфотропной терапии при синдроме системной воспалительной реакции существенно изменило течение послеоперационного периода и позволило снизить частоту осложнений в 6 раз. Однако, наши наблюдения еще малочисленны и чтобы сделать окончательные выводы необходимо продолжить накопление клинического материала, над чем мы продолжаем работать.

Таким образом наши исследования показали:

1. У большинства экстренно оперированных хирургических больных развивается синдром системной воспалительной реакции.

2. Традиционное лечение синдрома системной воспалительной реакции малоэффективно, различные осложнения наблюдаются более чем у 20% больных.

3. Необходимо определение в динамике симптомов синдрома системной воспалительной реакции, они могут служить прогнозом осложнений.

4. Применение метода не прямой лимфатической терапии при синдроме системной воспалительной реакции способствует улучшению течения послеоперационного периода и снижению частоты осложнений.

5. При наличии 4 показателей синдрома системной воспалительной реакции через сутки после операции необходимо в комплексе лечения включать не прямую лимфатическую терапию.

Литература:

1. Выренков Ю. Е. Эффективность эндолимфатической терапии в зависимости от тяжести интоксикации при абдоминальном сепсисе/Ю. Е. Выренков// Материалы 3 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. Зотова Н. В. Особенности цитокинового ответа при разных вариантах системной воспалительной реакции /Н. В. Зотова// Иммунология Урала. - 2005. - №1. - С. 56-58

6. Кузнецов Н. А. Прогнозирование развития полиорганной недостаточности при сепсисе у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей /Н. А. Кузнецов// Хирургия. -2007.- №5. -С. 42-45