

**КОМБИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГС+УФО+ГБО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ****К.К. Акназаров, Б.А. Керимкулов**

*Лаборатория неспецифической интенсивной терапии,  
Национальный хирургический центр МЗ КР,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье представлен анализ результатов лечения больных, которым по поводу развития перитонита в раннем послеоперационном периоде осуществляли повторные оперативные вмешательства, а в комплексе традиционных методов детоксикации в ряде случаев использовалась гемосорбция (ГС) в сочетании с ультрафиолетовым облучением аутокрови (УФОК), а также гипербарическая оксигенация (ГБО) как средство лечения инфекционного процесса брюшной полости, сопровождающегося тяжёлой степенью эндотоксикоза. Показано, что элиминация из организма токсинов, улучшение состояния микроциркуляторного русла с соответствующим восстановлением трофики тканей, обусловленные воздействием указанных методов интенсивной терапии, могут оказаться более действенными средствами в ликвидации последствий септических осложнений со стороны органов брюшной полости.

**Ключевые слова:** гемосорбция, гипербарическая оксигенация, УФО, эндотоксикоз, перитонит.

**COMBINED APPLICATION OF HS + UVI + HBO IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS****К.К. Aknazarov, B.A. Kerimkulov**

*Laboratory of Nonspecific Intensive Care,  
National Surgical Center M3 KR,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic*

**Summary.** The article presents an analysis of the results of treatment of patients who underwent repeated surgical interventions for the development of peritonitis in the early postoperative period, and in a set of traditional methods of detoxification in some cases hemosorption (HS) was used in combination with ultraviolet radiation of autoblood (UVI), and also hyperbaric oxygen (HBO) as a means of treating an infectious process of the abdominal cavity, accompanied by severe endotoxemia. It is shown that elimination of toxins from the body, improvement of the microcirculatory bed with a corresponding restoration of trophism of tissues, caused by the impact of these methods of intensive therapy, may be more effective means in eliminating the consequences of septic complications from the abdominal cavity organs.

**Key words:** hemosorption, hyperbaric oxygenation, ultraviolet irradiation, endotoxemia, peritonitis.

Оставаясь одним из сложнейших разделов хирургической деятельности, перитонит занимает первое место по частоте среди причин релапаротомии, что связано в определённой степени с бесперспективностью альтернативных методов лечения, несочетающихся с санацией брюшной полости. В свою очередь повторные оперативные вмешательства, имеющие цель ликвидировать источник инфицированной поверхности брюшины оказываются неэффективными в случае далеко зашедшего интраабдоминального сепсиса, ввиду насыщения кровеносного русла многочисленными токсинами, резорбившимися из очага инфекции. Трудности в том, что попытка ликвидировать все факторы, предрасполагающие к прогрессированию перитонита после операции релапаротомии, наоборот, временно приводят к ухудшению результатов оперативного вмешательства, в связи с травматизацией органов брюшной полости с последующим парезом

кишечника, интоксикацией и снижением иммунологического статуса организма [1,2,3,4].

**Целью** настоящего исследования является анализ результатов лечения больных, которым по поводу развития перитонита в раннем послеоперационном периоде осуществляли повторные оперативные вмешательства, а в комплексе традиционных методов детоксикации в ряде случаев использовалась гемосорбция (ГС) в сочетании с ультрафиолетовым облучением аутокрови (УФОК), а также гипербарическая оксигенация (ГБО) как средство лечения инфекционного процесса брюшной полости, сопровождающегося тяжёлой степенью эндотоксикоза.

**Материалы и методы.** Изучены исходы у 51 больных с послеоперационным перитонитом. Этиология данного патологического процесса представлена в таблице 1.

Таблица 1

**Сравнительная оценка применения комбинированных методов детоксикации на летальность**

Этиология перитонита	ГС+УФОК+ГБО		Традиционные методы	
	оперир.	Умерли	оперир.	Умерли
перфоративный	11	2	14	4
абсцессогенный	2	-	3	2
панкреонекроз	3	1	4	2
кишечная непроходимость	3	1	4	2
тромбоз мезентериальных сосудов	1	-	2	1
гнойно-септические заболевания органов малого таза	1	-	3	1
всего	21	4	30	12

При изучении летальных исходов у данных больных обязательно учитывали сроки осуществления повторных вмешательств, стадию и степень перитонита с эндотоксикозом. Из 30 больных, которым проведены традиционные методы лечения 68% (19 случаев) были в токсической стадии перитонита, сопровождающегося переходом эндотоксикоза II ст. в III степень. Из 21 больного, где

применена комбинированная экстракорпоральная детоксикация (ЭКД) 76% (15 случаев) с токсической фазой перитонита, сопровождающегося II-III степенью эндотоксикоза. Были изучены также и взаимосвязи между характером перитонита, источником развития воспалительного процесса брюшной полости, с одной стороны, и вариантом течения заболевания с другой (табл. 2).

Таблица 2

## Зависимость летальности от этиологии перитонита

	Гангр.- перф. аппенд-т.	Гангр.- перф. холец-т.	Перф. язва желудка и 12- п. к.	Рак желудка	Ущемл. грыжа	Рак толстой кишки
Число оперир-х	3	1	2	1	1	1
из них умерли	1	-	1	1	-	-

Помимо перфоративного перитонита анализировались: исходы перитонита, развившегося на фоне прорыва абсцесса в брюшную полость, ферментативного перитонита, последствий тромбоза брыжеечных сосудов, а также на фоне кишечной непроходимости и гнойно-септических заболеваний органов малого таза у женщин.

Из числа больных с релапаротомиями через сутки и более с момента развития осложнения, выжили лишь те пациенты, которые в комплексе мероприятий получали ГС+УФОК+ГБО. Исключением явились 2 случая, где из-за недостаточности гастроэнтеро-анастомоза использовались другие

методы иммунокоррекции; переливание крови, нативной плазмы, введение г-глобулина, тималина.

Из вышеуказанных таблиц следует, что не только сроки устранения дальнейшего инфицирования брюшной полости при релапаротомии играют роль в эффективности оказываемой помощи, но и своевременное использование комбинированных эфферентных методов лечения при имеющейся острой печёночной недостаточности на фоне панкреонекроза, длительно поддерживающейся желтухе с последующим развитием плеврита, перикардита. Особенно надо отметить, что ЭКД является

эффективной лишь тогда, когда ещё не развились необратимые процессы в жизненно-важных органах.

Из числа больных, которым проводилась релапаротомия в первые сутки после развития осложнений, и применялся комплекс мер по ликвидации интоксикационного синдрома вышеописанными методами в сочетании с неспецифической коррекцией иммунитета и кислотно-щелочного равновесия

посредством ГБО, погиб один пациент с каловым перитонитом. Причиной летального исхода в данном случае явился септический шок.

Влияние ЭКД в сочетании с вышеуказанными средствами иммуно-коррекции на течение вторичного послеоперационного перитонита представлено в таблице 3.

Таблица 3

**Эффективность релапаротомии в зависимости от сроков её осуществления с момента развития осложнений**

Варианты интенсивной терапии	релапаротомии			
	в течение 1 суток		через 24 ч. и более	
	опер	умерли	опер.	умерли
ГС+УФОК+ГБО	9	5	12	7
традиционный метод	18	12	14	11

У 9 больных санация брюшной полости, предпринятая в первые сутки вторичного послеоперационного перитонита и дополненная методами современной дезинтоксикационной терапии, способствовала abortивному течению патологического процесса.

**Результаты и их обсуждение.** Анализируя результаты комплексного лечения послеоперационного перитонита, нельзя не отметить, что использование ГС+УФОК+ГБО на фоне проведённой в первые сутки повторной операции дало положительные результаты лишь у 4 из 9 больных. Причины летальных исходов обусловлены в данном случае особенностями исходного состояния оперированных больных и опасными осложнениями,

развившимися в послеоперационном поле. В частности, при сравнительной оценке уровня общего белка сыворотки крови и уровня калия перед первой операцией у больных, которые получали в дальнейшем комплексную интенсивную терапию, и у тех пациентов, которые лечились традиционными методами, выявлено, что ГС+УФОК+ГБО проводились у наиболее тяжёлой категории оперированных. Выраженные нарушения гомеостаза в дооперационном периоде, в конечном счёте, явились основанием для применения многокомпонентной лечебной программы. В то же время у больных, не получавших данных методов дезинтоксикационной терапии, уровень общего белка более чем на 30% превышал таковой у лиц,

имевших абсолютные показания для использования всех средств борьбы с перитонитом.

Оценивая значение методов оказания дополнительной помощи больным с послеоперационным перитонитом следует отметить, что данные приёмы, не являясь панацеей, могут привести к благоприятному исходу в некоторых часто встречающихся клинических ситуациях при условии адекватной ликвидации кишечной непроходимости с декомпрессией кишечника через энтеростому, раннего ограничения и дренирования источника желчного перитонита, возникновения очевидной картины перфоративного послеоперационного инфицирования брюшной полости.

Учитывая тот факт, что у каждого второго пациента с послеоперационным перитонитом причиной его оказывалась несостоятельность швов анастомоза, что соответствует средним данным мировой статистики [5,6], нами были рассмотрены основные причины, сыгравшие роль в формировании фатального осложнения. В процессе анализа учитывались сведения об уровне гемоглобина, общего белка и его фракций сыворотки крови, способ формирования соустья между полыми органами, параметры гемодинамики и варианты их коррекции, равно как и способ предоперационной подготовки. Выяснено, в частности, что степень выраженности дооперационной анемии, а также интраоперационной кровопотери в сочетании с резкими колебаниями артериального давления в ходе оперативного вмешательства прямо пропорциональна частоте развития несостоятельности швов анастомоза в результате некроза

стенки по противобрыжеечному краю на фоне его недостаточного кровоснабжения. При этом эффективными, предупреждающими развитие несостоятельности анастомоза могут быть сеансы гипербарической оксигенации, но при условии перманентного режима терапии подобного рода на протяжении первых 8-10 суток после операции, что обусловлено протективным воздействием баротерапии на ишемизированную стенку кишки.

Таким образом, вопросы лечебной тактики у больных с развившимися после операций на органах брюшной полости абдоминальными осложнениями септического плана требуют своего индивидуального разрешения с привлечением новейших достижений хирургии и реаниматологии. Проведённые исследования по эффективности применения ГС, УФОК и ГБО в комплексе терапевтических мероприятий при лечении больных с послеоперационным перитонитом показали, что элиминация из организма токсинов, улучшение состояния микроциркуляторного русла с соответствующим восстановлением трофики тканей, обусловленные воздействием указанных методов интенсивной терапии, могут оказаться более действенными средствами в ликвидации последствий септических осложнений со стороны органов брюшной полости.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В. Гипербарическая оксигенация при критических состояниях в хирургии.- Ярославль, 1981.
2. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В., Белокуров С.Ю. Структура эндотоксикаций при перитонитах и пути её устранения.//Вестник хирургии.-1987.-№10.-С. 42-46.
3. Карякин А.М., Пестерева Н.А. Данные к патогенезу острого перитонита//Вестник хирургии. - 1982. -№ 11. -С. 18-21.
4. Карякин А.М., Сула П.А. Влияние экстракорпоральной гемосорбции и УФО крови на иммунологическое состояние больных с разлитым гнойным перитонитом/Острый перитонит.- Л., 1984.- С.54-56.
5. Кузин М.И., Сукраб О.С., Сорокина М.И., Колесникова А.И. Лечение распространённого гнойного перитонита в терминальной стадии//31-й Всесоюзный съезд хирургов: Тезисы докладов и сообщений.-Ташкент, 1986.-С.45-46.
6. Кулемин В.В., Евтихов Р.М., Грязнов С.Н. и др. Комплексное лечение перитонита с применением гипербарической оксигенации, гемосорбции и ультрафиолетового облучения крови//31-й Всесоюзный съезд хирургов: Тезисы докладов и сообщений.-Ташкент, 1986.-С.47-48.