



Развитию послеоперационного перитонита, а, следовательно, для определения показаний к вынужденной РЛ-1 способствовали следующие тактические операционные ошибки: недостаточная санация и дренирование брюшной полости в 37,5%, недостаточно последовательное применение элементов дигестивной хирургии в 27,0%.

Вывод. Многофакторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ показал, что основными причинами является позднее по-

ступление больных с острыми хирургическими заболеваниями и в основном с осложненными формами таких заболеваний, как кишечная непроходимость, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит.

Недостаточно комплексное обследование больных до операции приводило к задержке хирургического вмешательства, не в полном объеме проводилась коррекция нарушенных функций, не всегда избирался адекватный доступ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ВЫНУЖДЕННЫХ И СПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕ И РЕ-РЕЛАПАРОТОМИЙ

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. ***
(НХЦ*, КГМИПуПК**, ТГБ г.Ош***)

Резюме: После вынужденной релапаротомии летальность составила 31,6%, а после ре-релапаротомии - 80%. После спланированной релапаротомии летальность составила 14,8%, а после ре-релапаротомии - 25%.

Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

Резюме: Аргасыз релапаротомиядан кийинки жыйынтык 31,6%, ал эми ре-релапаротомиядан кийинки жыйынтык - 80% түздү. Атайын пландаштырылган релапаротомиядан кийинки жыйынтык 14,8%, ал эми ре-релапаротомиядан кийинки жыйынтык - 25% түздү.

Негизги сөздөр: перитонит, релапаротомия, себептери, жыйынтык.

Resume: After the relaparotomy death rate consisted of 31,6%, and after re-relaparotomy-80%. After the planned relaporotomy death rate consisted of 14,8%, and after re-relaparotomy-25%.

Key words: peritonitis, relaparotomy, causes, death rate.

Ведение. Общеизвестно, что у больного с перитонитом классических симптомов абдоминальной катастрофы в послеоперационном периоде практически не бывает, а потому ключом к установлению показаний к релапаротомии (РЛ) является изучение динамики течения послеоперационного периода. В этом аспекте, надо полагаться на результативное клиническое мышление врача по сопоставлению и оценке изменений отдельных симптомов и параметров в их динамике. Это дает возможность прогнозировать дальнейшее течение перитонита, а, следовательно, провести РЛ до развития основных симптомов катастрофы в брюшной полости.

Цель работы: Выполнить прогноз исходов

вынужденных и спрограммированных релапаротомий (РЛ-1) и релапаротомий (РЛ-2).

Материал и методы. Клиническим материалом служили данные 91 больных, оперированных в Центральной городской клинической больницы г.Ош по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, осложненных ПП и у которых были выполнены вынужденные и спланированные РЛ-1 и РЛ-2. Больные были разделены на 2 клинические группы: контрольная - 48 (52,7%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1; основная - 43 (47,3%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-2.



Распределение больных по способу выполнения РЛ-1 и РЛ-2

Клиническая группа	Количество больных	
	абс	%
Контрольная	48	52,7
Основная	43	47,3
Итого:	91	100

Для сопоставительной оценки результатов вынужденных и спланированных РЛ-1 и РЛ-2 больные контрольной и основной группы были разделены на 2 подгруппы: 1-ая - 65 (71,4%) больных, у которых были выполнены вынужденные РЛ-1 и РЛ-2; 2-ая - 26 (28,6%) больных, у которых были выполнены спланированные РЛ-1 и РЛ-2.

Для количественной оценки тяжести состояния больных с послеоперационным перитонитом использована шкала АРАСНЕ II. Показатель АРАСНЕ II вычисляли посредством суммирования баллов, полученных при оценке физиологических параметров организма и их отклонений от нормы (А), возраста больных (Б) и наличия у них сопутствующей патологии (В): АРАСНЕ II = А+Б+В.

Состояние физиологических параметров организма представляет сумму баллов, полученных при анализе 4 физиологических (ЧСС, ЧД, ср.АД, температура тела) и 6 лабораторных (К,Na, креатинин, лейкоциты, нейтрофилы, гематокрит) показателей. Каждый показатель оце-

нивались в диапазоне 1-4 баллов в зависимости от его отклонения от нормы в сторону уменьшения или увеличения.

Для вычисления вероятности летального исхода использовали следующую формулу: $P_x = e(AW) / 1 + e(AW)$, где P_x - вероятность летального исхода; $AW = APACNE II \times 0,146 + W1 + W2 + W3$; $W1 = -3,517$ (неспецифический коэффициент); $W2 = +0,603$ (коэффициент для ургентной операции); $W3 = -0,203$ (диагностический коэффициент для внутрибрюшных инфекций).

Результаты и их обсуждение. Летальность наступила (см. рис. 1. и 1.) у больных после вынужденной РЛ-1 при показателях МИП - $22,8 \pm 3,1$, а у больных после РЛ-2 - $15,2 \pm 2,5$. Летальный исход был у больных после РЛ-1 при АРАСНЕ II - $32,8 \pm 4,4$, а после РЛ-2 при $22,2 \pm 5,2$.

Летальность наступила у больных после спланированной РЛ-1 при показателях МИП - $28,6 \pm 4,2$, а у больных после РЛ-2 - $18,3 \pm 3,3$. Летальный исход был у больных после РЛ-1 при АРАСНЕ II - $38,5 \pm 2,7$, а после РЛ-2 при $29,6 \pm 3,1$.

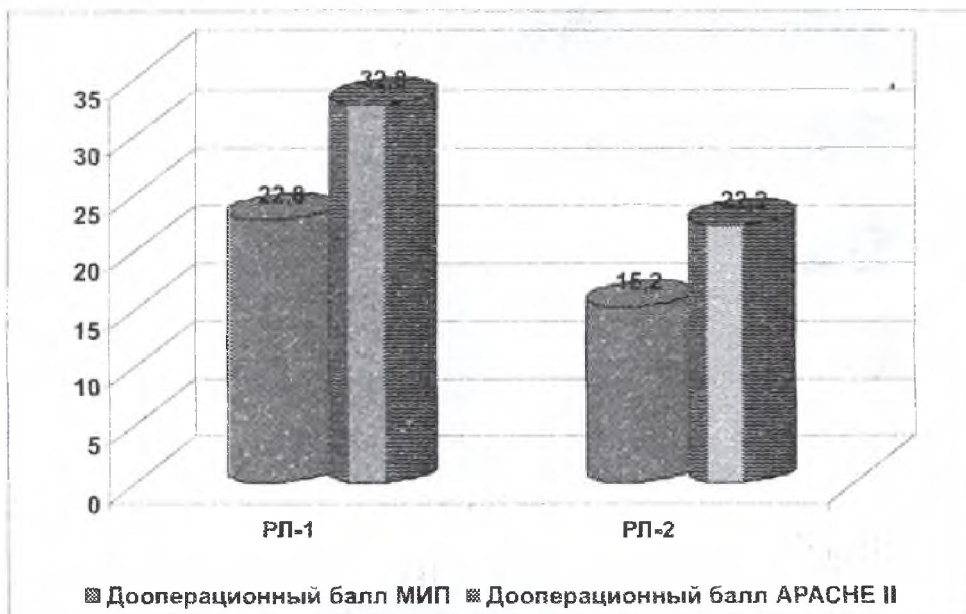


Рис. 1. Показатели МИП и АРАСНЕ II у погибших больных после вынужденной РЛ-1 и РЛ-2.

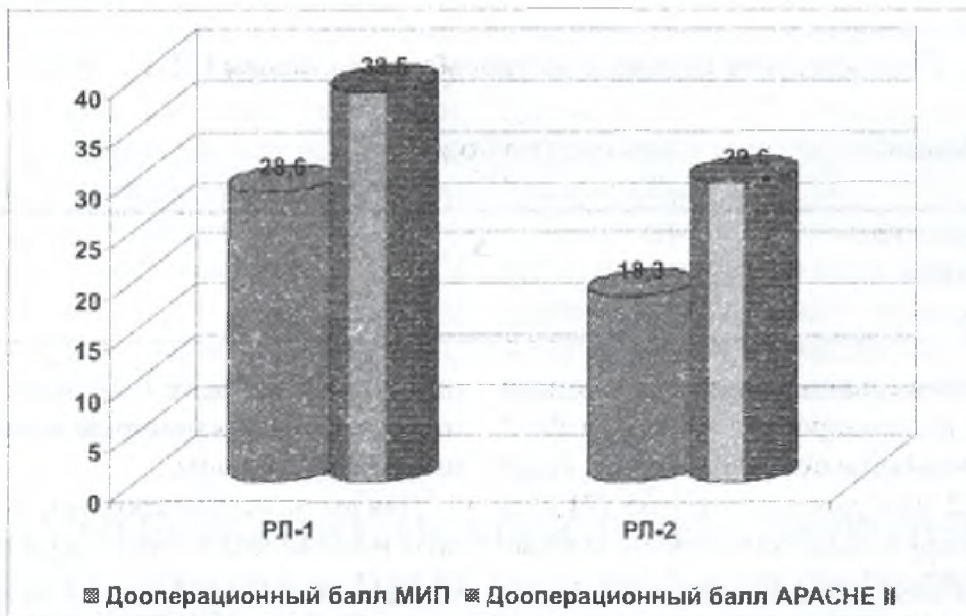


Рис. 2. Показатели МИП и АРАСНЕ II у погибших больных после спланированной РЛ-1 и РЛ-2.

При вынужденной (см. рис. 3 и 4) РЛ при интервале АРАСНЕ II от 0 до 10 летальность отсутствовало. При АРАСНЕ II >30 наблюдается 100% летальность независимо от кратности РЛ. Между тем, при спрограммированной РЛ при интервале АРАСНЕ II от 0 до 15 летальность отсутствовало.

При АРАСНЕ II >30 наблюдается 100% летальность после РЛ-2, тогда как после РЛ-1 - летальность составляет 94,1%. Даже в интервале АРАС-

НЕ II от 26 до 30 летальность наступает после РЛ-1 и РЛ-2 у не более 55% больных.

При АРАСНЕ II >30 благоприятный исход в группе больных, подвергнутых РЛ-1 составляет 1,2%, тогда как при РЛ-2 благоприятный исход у больных равен 0. При АРАСНЕ II от 26 до 30 после РЛ-1 прогнозируется выздоровление 25,1% больных, тогда как после РЛ-2 в 10 раз меньше.

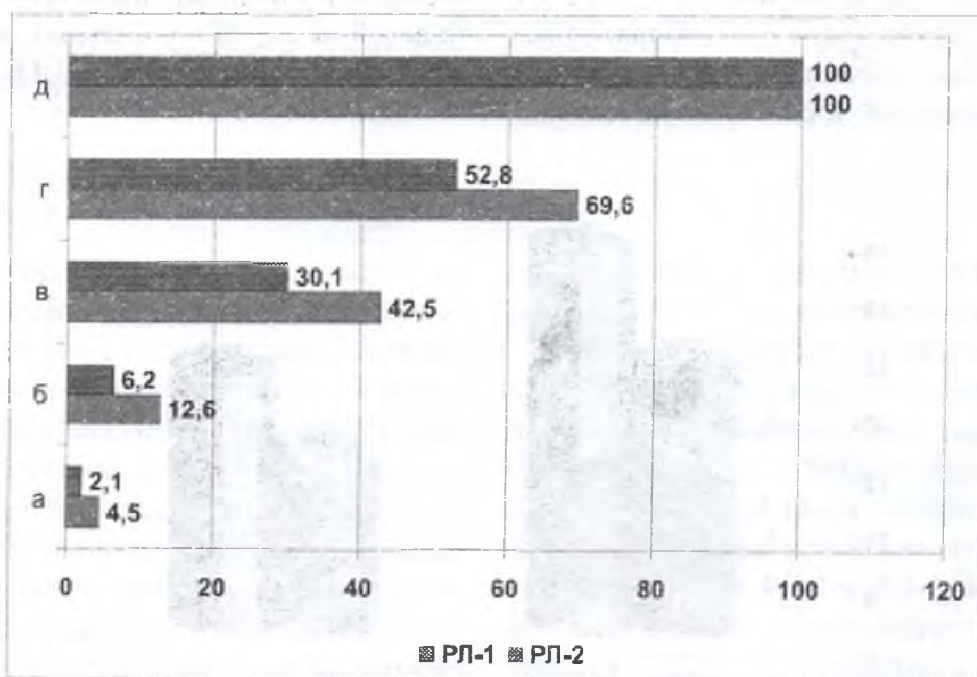


Рис. 3. Летальность после вынужденной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от АРАСНЕ II (%).

Примечание: а - интервал 11-15; б - 16-20; в - 21-25; г - 26-30; д - >30.

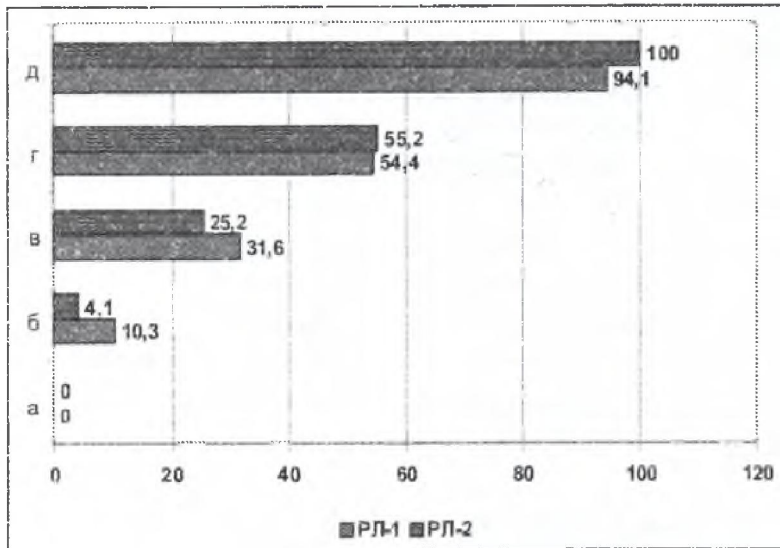


Рис. 4. Летальность после спланированной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от АРАСНЕ II (%)

Примечание: а - интервал 11-15; б - 16-20; в - 21-25; г - 26-30; д - >30.

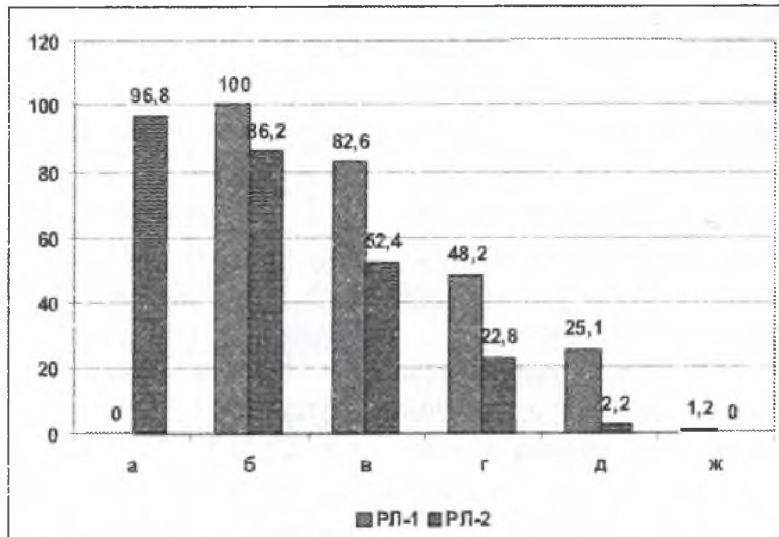


Рис. 5. Прогноз исхода после вынужденной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от АРАСНЕ II (%)

Примечание: а - <10; б - 11-15; в - 16-20; г - 21-25; д - 26-30; ж - >30.

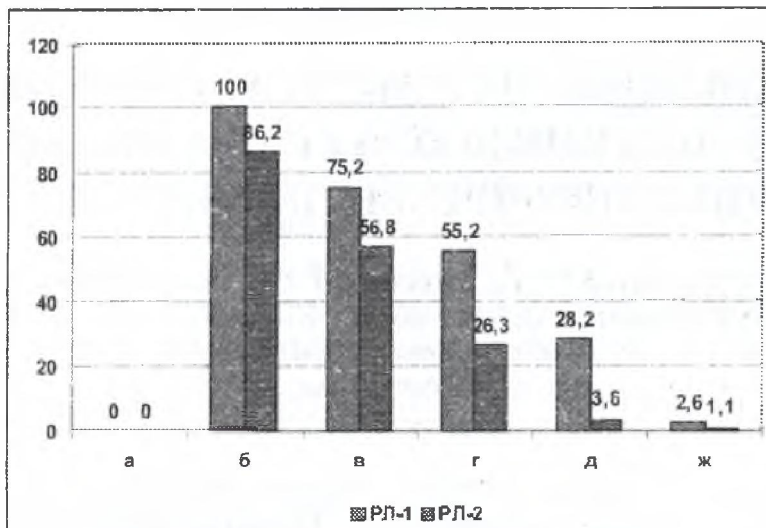


Рис. 6. Прогноз исхода после спланированной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от АРАСНЕ II (%)

Примечание: а - <10; б - 11-15; в - 16-20; г - 21-25; д - 26-30; ж - >30.



При АРАСНЕ II (см. рис. 5. и 6) от 21 до 25 после РЛ-1 прогнозируется благоприятный исход почти у половины больных (48,2%), тогда как после РЛ-2 лишь у 22,8%. Даже при АРАСНЕ II < 10 у больных, подвергнутых РЛ-2 благоприятный исход составляет 96,8%.

В группе вынужденных РЛ после первичной операции во все сроки исследования клинко-лабораторные показатели выходили за пределы нормальных цифр. В особенности в ранние послеоперационные сроки (1-4 сут). Даже к концу недельного срока эти показатели имеют место у 40-80% больных.

В первые 3 суток у всех оперированных повторно больных имело место нейтрофильный лейкоцитоз, тахикардия и тахипноэ. Гипертермия отмечается у всех больных лишь в первые сутки после операции, тогда как в последующие сроки гипертермия сохраняется лишь у половины больных. Этого же касается и такого показателя, как гематокритное число.

При спорограммированной РЛ у всех больных имело место лейкоцитоз с нейтрофилезом, гипертермия, гиповолемия, тахипноэ и тахикардия. Нормализация их показателей не наступает и к исходу 6 суток с момента операции.

Если сумма < 4, то РЛ не предпринималась, то сумма > 7 баллов свидетельствует о тяжелой форме послеоперационного перитонита, нуждающегося в РЛ. Из 23 из 27 больных сумма баллов была > 7.

Определение показаний к РЛ-2 основано на тех же критериях, с учетом выполненной ранее

операции и проводится только по результатам операционной находки.

Необходимость в РЛ-2 возникает при наличии признаков продолжающегося перитонита: > 500 мл гнойного выпота в брюшной полости, анаэробный характер экссудата, независимо от его количества, и формирующиеся внутрибрюшные гнойники.

Вывод:

1. Использование системы МИП и АРАСНЕ II позволяет более точно прогнозировать развитие летального исхода или, наоборот, благоприятного исхода при РЛ. После вынужденной РЛ-1 летальность наступает при МИП - 22,8±3,1, а после РЛ-2 - 15,2±2,5. После РЛ-1 летальный исход наступает при АРАСНЕ II - 32,8±4,4, а после РЛ-2 при 22,2±5,2. При АРАСНЕ II > 30 благоприятный исход после РЛ-1 составляет 1,2%, при 26-30 - 25,1%, а после РЛ-2 в 10 раз меньше. После РЛ-1 при интервале АРАСНЕ II 21-25 благоприятный исход прогнозируется у 48,2%, а после РЛ-2 - у 22,8% больных.

2. Использование МИП и АРАСНЕ II позволяет оценить эффективность спорограммированных РЛ. После спланированной РЛ-1 летальность наступает при МИП - 28,6±4,2, а после РЛ-2 - 18,3±3,3. После РЛ-1 летальный исход наступает при АРАСНЕ II - 38,5±2,7, а после РЛ-2 при 29,6±3,1. При вынужденной РЛ при АРАСНЕ II > 30 наблюдается 100% летальность независимо от кратности РЛ. После РЛ-1 и РЛ-2 в интервале АРАСНЕ II - 26-30 летальность наступает у < 55% больных.

ОБОСНОВАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧС)

Султанмуратов М.Т., Дженбаев Е.С., Абылкасымов К.Т., Койчубеков А.А., Медербеков К.К., Махмадиев А.К.

Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

В работе показана важность организации поэтапной медицинской реабилитации пострадавших лиц при ЧС, анализируются результаты комплексного реабилитационного лечения

больных при чрезвычайных ситуациях.

Одной из современных проблем здравоохранения является поэтапная медицинская реабилитация больных пострадавших при чрезвычайных ситуациях.