

ХУЛОСА

Ташхиси муштарак ва табобати ихтилолоти музмини гузароии дуоденалӣ дар мавриди холесистити калкулёзӣ

Д.А. Абдуллоев, К.М. Курбонов

Натиҷаҳои муоина ва табобати 98 нафар беморони гирифтори ихтилолоти музмини гузароии дуоденалӣ нишон доданд, ки интихоби табобати ҷарроҳии беморон дар мавриди боҳамоии холесистити калкулёзии музмин ва захми меъдаю рӯдаи дувоздаҳангушта аз таҳқиқи сарирӣ-санҷишӣ ва морфологӣ вобаста аст. Ин усулҳои таҳқиқ имкон медиҳанд, ки марҳилаҳои ихтилолоти музмини гузароии дуоденалӣ ва интихоби мувофиқи табобати ҷарроҳӣ муайян карда шаванд.

SUMMARY

COMPLEX DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC BREAKING OF DUODENAL PERMEABILITY UNDER CALCULOSUS HOLECYSTITIS

D.A. Abdulloev, K.M. Kurbonov

The results of examination and treatment of 98 patients with chronic breaking of duodenal permeability showed that choice of surgical operation under combination with chronic calculous cholecystitis and ulcer disease of stomach and duodenum depends on the results of clinical instrumental and morphological investigations. These methods allow determine stages of chronic breaking of duodenal permeability and adequate choice of surgical manipulations.



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БРЮШНОТИФОЗНОГО ПЕРИТОНИТА

М. Д. Латифов, С. М. Ахмедов, Н. А. Расулов, Г. Т. Камиллов

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии

Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров

Ключевые слова: брюшнотифозный перитонит, препарат «Декасан», перфорация, декомпрессия и лаваж кишечника, УФО крови

Актуальность. Брюшной тиф и его грозное осложнение в виде перфорации на протяжении последних 15 лет остаётся одной из нерешённых проблем хирургов, инфекционистов, реаниматологов, так как отличается тяжёлым течением, частыми рецидивами, развитием брюшнотифозного перитонита и различных послеоперационных осложнений и характеризуется высоким процентом (30-56%) послеоперационной летальности (1,3,5,9).

В настоящее время повысился интерес к антисептикопрофилактике инфекций и антисептикотерапии путём применения антисептиков, контактирующих с инфектом и выполняющих непосредственную и губительную деятельность на возбудитель инфекции (2,4).

Среди существующих антисептических средств большое значение в клинической практике приобретает катионное поверхностно-активное вещество Декаметоксин (Dekametoxinum) - 0,02 % в составе раствора препарата «Декасан», которое с успехом используется в хирургических и терапевтических клиниках.

Доказано, что Декаметоксин оказывает выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки, капсульные бактерии; фунгицидное действие на дрожжевые грибы, возбудители эпидермофитии, трихофитии, микроспории, эритразмы, некоторые виды плесневых грибов (аспергилы); антипротозойное действие на трихомонады, лямблии, а также противовирусное действие.

Препарат активен по отношению к микроорганизмам, устойчивым к пенициллину, хлорамфениколу, тетрациклинам, стрептомицину, мономицину, канамицину, неомицину, новобиоцину, эритромицину, олеандомицину, цефалоспорином, фторхинолонам и др.

Бактериостатические концентрации препарата близки к бактерицидным. Декаметоксин разрушает экзотоксины бактерий, а в концентрации 10 мкг/мл резко снижает адгезию коринебактерий, сальмонелл, стафилококков и эшерихий.

В процессе лечения Декаметоксином повышается чувствительность антибиотикорезистентных микроорганизмов к антибиотикам. Формирование резистентности к Декаметоксину происходит медленно.

Декаметоксин в концентрации, которая содержится в Декасане, не оказывает токсического действия и не вызывает аллергических реакций (4,6,7,8).

Наличие такого количества достоинств явилось причиной возникновения интереса к Декасану, как к местному антисептику, используемому в гнойной хирургии.

Цель работы - улучшение результатов хирургического лечения брюшнотифозного перитонита путём применения антисептика поливалентного действия «Декасан».

Материалы и методы исследования. На базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБСМП) г. Душанбе в период с 1996 по 2007гг. по поводу брюшнотифозного перитонита на лечении находилось 127 больных.

Женщин было 29, мужчин - 98. Из них 70% больных были госпитализированы в период с 1996 по 1999гг., через 24 часа и более от момента прободения брюшнотифозных язв и с выраженной картиной распространённого перитонита.

Самостоятельно за медицинской помощью обратились 69 (54,3%) больных из инфекционных отделений г. Душанбе, из близлежащих районов республиканского подчинения доставлено 41 (32,2%) и 17 (13,3%) пациентов были переведены из других хирургических клиник.

Наибольшее количество больных с брюшнотифозной перфорацией госпитализированы в сентябре - ноябре - 45 (35,4% больных), что обусловлено сезонностью развития брюшного тифа.

Длительность течения брюшного тифа до поступления в стационар в 9 случаях составила 7 дней, в 33 случаях - 14 дней, в 66 случаях - 21 день, а в 19 случаях - более одного месяца. У большинства больных начало заболевания было острым, сопровождалось гипертермией (38-40,3°C), ознобом, сильной головной болью, общей слабостью. В этот период болезни лишь у некоторых больных наблюдались периодические и незначительные по интенсивности боли в животе. Однако, по мере продолжительности болезни, больные отмечали нарастание болей в животе, что затем сопровождалось развитием осложнения в виде перфорации и перитонита.

Перфорация брюшнотифозной язвы терминального отдела подвздошной кишки характеризовалась внезапными сильными болями в животе, которые вначале локализовались в правой подвздошной области или гипогастрии, а затем распространялись на все остальные области живота. Боли носили постоянный и нарастающий характер. Сильный абдоминальный болевой синдром отмечен у всех наблюдаемых больных (127 человек). Высокая температура отмечена у 108 из 127 больных (85%), причём у 45 из 108 больных она сопровождалась сильным ознобом. Рвота была постоянным симптомом прободной тифозной язвы 79 (62,2% больных), и была многократной, обильной, что свидетельствовало о развитии перитонита и парезе кишечника. Также были отмечены: вздутие живота (78 больных), головная боль (68),

задержка стула и газов (87), диарея (11), жидкий кровянистый стул (13).

Таким образом, в клинике перфоративной брюшнотифозной язвы подвздошной кишки преобладала триада основных признаков: сильные и резкие боли в животе, высокая температура с ознобом, обильная и многократная рвота.

Сроки перфорации были следующими: через 1 неделю от начала заболевания 19 человек; через 2 недели - 78; через 3 недели и более - 30.

Несмотря на отчётливую клинику «острого живота», 74 больных были доставлены в стационар через 3 суток и более от момента перфорации, а в первые 1-2 дня только 53 человека, что обусловлено недостатками организации медицинской помощи населению, трудностями доставки больных в стационар.

Наряду с клиническими проявлениями, диагностика перитонита базировалось на данных ультразвукового исследования (УЗИ) живота, обзорной рентгеноскопии или рентгенографии брюшной полости, лапароцентеза и лапароскопии. Уровень эндотоксикоза оценивался по показателям лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле, представленной Я.Я. Кальф-Калифом в 1941г., молекул средних масс (МСМ) и продолжительности жизни парамеция по методике, разработанной Г.А. Пафамовым, парамециальному тесту.

Результаты и их обсуждение. Больные с перфорацией брюшнотифозных язв поступали в стационар, как правило, в тяжёлом состоянии, с выраженной клиникой интоксикации и дегидратации. У них отмечалась выраженная тахикардия (пульс 120-140 в 1 мин.), гипотония (АД 80-90 мм.рт.ст.) и одышка (ЧДД 24-26 в 1 мин). Температурная реакция отличалась поллярностью: гипертермией (до 41,9°C) или гипотермией (35-36°C), которая являлась плохим прогностическим признаком, указывающим на резкое снижение защитных сил организма.

При осмотре больных имелось умеренное или выраженное вздутие живота. При пальпации живота отмечались резкая болезненность во всех отделах, напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При аускультации ослабление кишечных шумов, иногда определялся шум плеска.

Дополнительные методы исследования: обзорная рентгенография брюшной полости, ультразвуковое исследование, лапароцентез и реакция Видаля помогали в постановке правильного диагноза. Рентгенологическое исследование перед операцией было выполнено 78 больным, УЗИ - 116 и лапароцентез в 4 случаях.

На рентгенограммах выявлялись раздутые петли тонкой кишки, множественные чаши Клойбера, а также чётко определялся двойной контур кишечной стенки. Свободный газ в брюшной полости (под левым куполом диафрагмы) был выявлен только у 41 больного.

Реакция Видаля выполнена 117 больным на 3-14-й день от начала заболевания. Положительные результаты анализа получены у 89 больных (в разведении 1:200, 1:400, 1:800).

УЗИ брюшной полости в 97%, случаях определило наличие свободной жидкости в брюшной полости.

При лапароцентезе брюшной полости у 4-х больных выявлен гнойный перитонит.

Диагностика перфоративной брюшнотифозной язвы перед операцией не представляла затруднений у 2/3 больных, так как у них имелись соответствующий анамнез заболевания, типичные жалобы, данные объективного и рентгенологического исследований, УЗИ, а также результаты реакции Видаля. У остальных больных отмечено атипичное течение и она диагностировались как острый аппендицит, острый энтероколит, острая кишечная непроходимость, перфорация язвы желудка и т.д.

Перед операцией всем больным проводилась интенсивная консервативная терапия (в пределах 6-12ч.), включающая в себя введение коллоидных растворов, глюкозы, электролитов, аминокислот, сердечно-сосудистых препаратов и антибиотиков широкого спектра действия.

В течении 1-х суток прооперировано 124 больных, трое больных оперированы через 2-3 суток после госпитализации.

Все оперативные вмешательства выполнялись под эндотрахеальным интубационным наркозом, средне-срединным лапаротомным доступом.

Перфорация брюшнотифозной язвы, как правило, отмечена на свободном крае подвздошной кишки, на расстоянии от 5 до 60 см (чаще 15-20см) от илеоцекального угла.

Одна перфорация имела место у 77 больных, две - у 33, три - у 11, пять - у 2 больных. В четырёх случаях прободная язва не была найдена, хотя наличие и специфичность перитонита не вызывала сомнений. Размеры перфоративного отверстия колебались от 0,2 до 2,5 см, чаще они имели диаметр 0,2-0,3 см (112 больных). При осмотре подвздошной кишки в зоне перфорации брюшнотифозной язвы определялись выраженная гиперемия, тёмно-багровая окраска кишки, отечность, фибринозные налёты, а также увеличенные лимфатические узлы. При прикрытой перфорации тифозной язвы имела место дилатация кишки с ослаблением перистальтики на данном участке. При больших перфоративных язвах (более 2,5см) и массивном истечении кишечного содержимого в брюшную полость, подвздошная кишка чаще находилась в спавшемся состоянии, имелись небольшие проявления пареза кишечника.

В зависимости от характера экссудата брюшнотифозные перитониты были подразделены, по классификации Е.А. Войновский, К.А. Ревской в 1995г., на 3 группы: а) гнойный или гнойно-фибринозный; б) фекальный; в) смешанный (см. табл.).

Таблица

Характеристика экссудата при брюшнотифозном перитоните

Экссудат	Число наблюдений	
	Абс.	%
Гнойный или гнойно-фиброзный	56	44,1
Фекальный	49	38,58
Смешанный	22	17,32
Всего	127	100 %

Гнойный или гнойно-фибринозный перитонит отмечен у 56 больных. Как правило, у всех больных во время операции была обнаружена прикрытая перфорация, т. е. отверстие перфорации было прикрыто близлежащей петлёй тонкой кишки, брыжейкой или фибринозной плёнкой. Перфорация язв у этой группы больных были небольших размеров: 0,2, реже до 0,5см в диаметре. Количество гноя колебалось от 200 мл до 1,5л. При этом виде перитонита характерно образование значительного количества свежих, рыхлых гнойно-фибринозных спаек между петлями кишок или между кишкой и париетальной брюшиной, образование многочисленных абсцессов между петлями кишечника и под печенью. Кроме того, в зоне перфорации имеются массивные, легко отделяемые гнойно-фибринозные налёты, отмечен выраженный парез кишечника, вздутие тонкой и толстой кишки, гиперемия и отёчность стенки кишки, ослабление перистальтики. Брыжеечные лимфатические узлы резко увеличены и плотны.

Фекальный перитонит был выявлен у 49 больных, при перфорации брюшнотифозных язв больших размеров (1,5-2см и более). Во всех случаях во время операции наблюдалось свободное истечение кишечного содержимого в брюшную полость. При этом виде перитонита отмечалась менее выраженная воспалительная реакция со стороны тонкой кишки и париетальной брюшины (незначительное вздутие кишки, единичные гнойно-фибринозные плёнки, отсутствие гноя и гнойников, небольшая гиперемия и отёк серозной оболочки кишечника и париетальной брюшины).

Смешанные перитониты выявлены у 22 больных, у которых отмечалось различное сочетание фекального, гнойного, желчного и геморрагического компонентов. У некоторых больных в брюшной полости наряду с небольшим количеством кишечного содержимого имелось много жёлчи, что придавало экссудату желтовато-коричневый характер, а при вскрытии брюшной полости первоначально возникало подозрение на перфорацию дуоденальной язвы. У других больных к кишечному или гнойному содержимому присоединялся геморрагический компонент. По-видимому, кровотечение возникало при повреждении сосудов в момент перфорации. Во время операции кровотечения из перфоративных тифозных язв не наблюдались.

Объём хирургического пособия при брюшнотифозном перитоните в 115 случаях заключался в ушивании прободных язв двухрядными (первый ряд через все слои, второй серозо-мышечный) узловыми и (или) 8-образными швами (115). Сочетание иссечения перфоративных язв и ушивания предперфоративных язв узловыми и (или) полукиссетными серозо-мышечными швами выполнено пяти больным, изолированная санация брюшной полости - четырёх и резекция тонкой кишки вместе с множеством перфоративных язв с выведением концевой илеостомы - трём больным.

Ключевыми моментами объёма хирургического пособия считались адекватность санации брюшной полости, интраоперационная декомпрессия и лаваж кишечника, органоизбирательная фармакотерапия и способ закрытия раны брюшной стенки.

Группе больных (37 пациентов), санация брюшной полости осуществлена новым антисептиком поливалентного действия «Декасан», а антибактериальная терапия внутривисцеральным направленным транспортом последних в аутоэритроцитарных телах-носителях в сочетании с УФО крови.

Декомпрессия желудочно-кишечного тракта осуществлялась однократной пункционной декомпрессией тонкой кишки (5), интубацией кишки через анус (7), формированием разгрузочной энтеростомы (18), цекоэнтеростомы (6) и резекцией кишки с выведением концевой энтеростомы (3). В 88 случаях интраоперационная декомпрессия и (или) интубация кишечника не проводилась.

Повторно по поводу реперфорации, прогрессирования перитонита и (или) развития ранней спаечной кишечной непроходимости оперировано 15 больных, в том числе после перенесённого ушивания язвы и санации брюшной полости раствором фурациллина (1:5000) - 10 больных, ушивания язвы и санации брюшной полости раствором «Декасан» - 1 больной, иссечения прободных язв - 4 больных.

Количество умерших составило - 22 (17,3%) больных и 7 пациентов в крайне-тяжёлом состоянии по настоянию родственников выписаны домой. Общая летальность составила 22,8%.

Вывод. Хирургическое лечение прободных брюшнотифозных язв и развившегося брюшнотифозного перитонита остаётся одной из сложных проблем urgentной хирургии и положительные результаты лечения данной патологии во многом зависят от своевременной диагностики наличия брюшнотифозной перфоративной язвы, выбора адекватного антисептика, органоизбирательной фармакотерапии и способа профилактики прогрессирования энтеральной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуфатов Т.А, Рахматов А.Р, Ахмадов К. Послеоперационные осложнения при перфорации брюшнотифозных язв тонкого кишечника у детей // Здравоохранение Таджикистана, 2004, №3. -С.145-146
2. Ахмедов С.М, Латифов М.Д. Непосредственные результаты хирургического лечения брюшнотифозного перитонита // Турсунзода. 2007. -С.192

3. Вахидов В.А. Лечение брюшнотифозного перитонита // Ташкент.1986. -С.223
4. Волянский Ю.Л. Декаметоксин - антисептическое средство с широкими показаниями применения и в разнообразных лекарственных формах // Новые средства и методы противовоспалительной терапии в современной клинике.- Харьков, 1992. -С.34
4. Войновский Е.А., Ревской К.А. Хирургические осложнения брюшного тифа // М., Медицина.1995. -С.192
5. Временная фармакопейная статья 42У-17-93 «Декасан»
7. Гульмурадов Т.Г, Рахимов А.Р, Муминов Б.Г, Гулахмедов Д.Ш. Диагностика и хирургическая тактика при перфорациях брюшнотифозных язв кишечника // Здоровоохранение Таджикистана, 2001, № 1-2, -С.63-66
8. Пасечников С.П., Никитин О.Д. Применение Декасана в урологии // Клінічна хірургія. 2006. №3, -С.45-49
9. Сухарёв В. Ф. Результаты хирургического лечения больных с брюшнотифозной перфорацией // Вестник хирургии. 1987, -С. 46-49

ХУЛОСА

Натиҷаҳои таъбаоти ҷарроҳии илтиҳоби шадиди сифокпардаи доманаи шикамӣ

М.Д. Латифов, С.М. Аҳмедов, Н.А. Расулов, Г.Т. Комилов

Дар мақола хулосаи илочи ҷарроҳии 127 нафар бемори сифоксоми доманаи шикамӣ, ки солҳои 1996-2007 дар Беморхонаи клиникии шаҳрии ёрии таъҷилии ш. Душанбе муолиҷа ёфтаанд, оварда шудааст.

Ташхиси ин беморӣ бо далелҳои истифодаи муштараки чунин усулҳо ба монанди ташхиси ғавқу садоӣ, рентгенографияи мавзеии ковокии шикам, усули лапароскопӣ ва тасдиқи озмоишгоҳии доманаи шикамӣ асоснок карда шудааст.

Муаллифон бори аввал барои танзифи даруни шикам безарарсози (антисептик) нави таъсири поливалентии «Декасан»-ро истифода бурданд, ки он дар баробари нақли равонаи дохилибобии адвие́ти зиддибактериявӣ, масунияти баданро тавассути нуршифоии хун баланд намуда шумораи натиҷаҳои ғайриқаноатбахшро аз 26% то 14,2% паст мегардонад.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT UNDER TYPHOID PERITONITIS

M.D. Latifov, S.M. Ahmedov, N.A. Rasulov, G.T. Kamilov

In the article the information about of surgical treatment of 127 patients with typhoid peritonitis hospitalised in 1996-2007 at the Dushanbe Town Clinical Hospital was given. The diagnostics of typhoid peritonitis is based on complex-use of methods: USI, round-up roentgenogram of abdomen, laparoscopy, laboratory analysis. Authors at first for abdomen-purification used new antiseptic of polyvalent effect Decasan that with intra-portal transport of antibacterial preparations allows to improve immune system by use USI of blood and to decrease the number of bad results from 26 to 14%.

