

Абдуфатаев Т.А., Икромов Т.Ш., Рофиев Р.Р., Ибодуллоев Х.У.

Оценка функционального состояния почек у детей с нефролитиазом

Установленные изменения у больных с различными видами нефролитиаза определяют необходимость индивидуальной оценки функции почек у каждого больного. Стратегия ренопротекции у таких детей должна строиться на принципах раннего выявления нарушений функции почек, адекватной диагностике и рациональной лечебной тактике с учетом особенностей течения воспалительного процесса и выраженности сопутствующих изменений уродинамики и ренальной гемодинамики. Выявление степени патоморфологических изменений и прогрессирования obstructивного и воспалительного процессов и своевременное дифференцированное назначение комплекса предоперационной подготовки могут способствовать оптимизации лечебной тактики, улучшению прогноза заболевания и качества жизни детей с нефролитиазом.

Акилов Х.Д., Кахаров М.А., Сидиков А.У.

ПЛАНОВАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ОБЩЕГО ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии Худжандского отделения ТИППМК

Ключевые слова: плановая релапаротомия, лечение терминальной стадии перитонита, Мангеймский перитонеальный индекс, число микробных тел.

Актуальность

Лечение перитонита в терминальной стадии до сих пор остается одной из актуальных проблем общей хирургии. Несмотря на внедрение в клиническую практику новых хирургических концепций, современных антибактериальных препаратов, методов гемодинамической, респираторной, почечной поддержки и экстракорпоральной детоксикации, летальность у этой категории больных остается высокой и доходит до 40-50%, а при присоединении синдрома полиорганной недостаточности достигает 90% [1, 3, 4, 8, 11].

Современный лечебно-диагностический алгоритм при терминальной стадии перитонита остается предметом споров и обсуждений [2, 5]. Поиск путей улучшения результатов лечения этого заболевания происходит по нескольким направлениям, одним из которых является метод повторных ревизий и санаций брюшной полости, направленный на ликви-

Абдуфатаев Т.А., Икромов Т.Ш., Рофиев Р.Р., Ибодуллоев Х.У.

Баҳоидиҳии ҳолати функсионалии гурдаҳо, онди бемории нефролитиаз дар кудакон

Ҷаъолияти гурдаҳои бемороне, ки гирифтори нефролитиаз мебошанд, баҳоидиҳии инфиродиро талаб менамояд. Пеш аз ҳама принсиби саривақт муайян намудани вайроншавии ҷаъолияти гурдаҳо, дараҷаи илтиҳобии онҳо, дараҷаи дигаргуншавии соҳти патоморфологӣ, таъхиси дуруст ба тактикаи таъобат вобастагӣ дорад.

Abdufataev T.A., Ikromov T.Sh., Rofiev R.R., Ibodulloev H.U.

The result of kidneys functionaii conditions of children with nephrolitiasis.

Activities of kidney diseases, is a nefrolitiasis Regued of best estimate. First of all the principle of determine of spoiling activities kidney in time, the step of infection of them, steps of different is petomorfology, the right of diagnosis is dependence of treatment.

дацию гнойно - воспалительного процесса в брюшной полости [6, 7]. Для оценки объективных изменений организма в ходе программированных релапаротомий предложено большое число разнообразных критериев, наибольшей популярностью из которых пользуются шкалы APACHE -II, SOFA, MODS. Однако не во всех клиниках имеется возможность определение всех необходимых параметров по этим шкалам. В этой связи клиницисты продолжают применять апробированные схемы, такие как Мангеймский перитонеальный индекс (МПИ), число микробных тел в экссудате из брюшной полости (ЧМТ), изучение клинической значимости которых послужило основанием для выполнения данного исследования.

Цель исследования

Анализ результатов хирургического лечения больных в терминальной стадии перитонита.

Материал и методы исследования

В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и лечения 61 больного в терминальной стадии распространенного перитонита, находившихся на лечении на базе кафедры хирургии с курсом топографической анатомии ХО ТИППМК за период с 2000 по 2010 годы. Среди обследованных больных мужчин было 27 (44,2%), женщин - 34 (55,7%) в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст 38,5±5 лет) (M+m). По этиологическому фактору обследованные больные были распределены следующим образом: тромбоэмболия брыжеечных сосудов с развитием некроза и перитонита наблюдалась у 6 (9,8%) пациентов, острая кишечная непроходимость - у 8 (13,1%), перфоративная гастродуоденальная язва и язвы кишечника при болезни Крона - у 5 (8,1%), перитонит аппендикулярной этиологии - у 17 (27,8%), гинекологический перитонит - у 3 (4,9%) и послеоперационный перитонит - у 22 (36,06%) пациентов. Причиной послеоперационного перитонита послужила несостоятельность швов анастомозов - у 12 (54,5%) больных, ятрогенное повреждение кишечника (десероляция), не диагностированное во время оперативного вмешательства, - у 3 (13,6%), неадекватная санация брюшной полости при первичной операции - у 4 (18,1%) и перфорация острых язв кишечника в послеоперационном периоде - у 3 (13,6%) пациентов.

В алгоритм обследования больных были включены: УЗИ в серошкальном режиме и режиме цветового доплеровского картирования, рентгенография брюшной полости, по показаниям КТ, общеклинические лабораторные методы исследования. Для определения степени эндотоксикоза пользовались определением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле Кальф-Калифа. Также мы вычисляли число микробных тел в экссудате из брюшной полости, показатель внутрибрюшного давления (ВБД) и МПИ.

Результаты исследования

Все пациенты в терминальной стадии перитонита после предоперационной подготовки подвергались оперативному вмешательству. Объем инфузионных средств, их соотношение и скорость инфузии определялись совместно с врачом анестезиологом в зависимости от сроков доставки после начала заболевания, тяжести состояния, показателей гемодинамики, ВБД, центрального венозного давления (ЦВД), оценке лабораторных показателей и других необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Учитывались

сопутствующие заболевания и возраст больного. Объем инфузионной терапии на этапе предоперационной подготовки составил от 1600,0 мл до 5 литров, а её продолжительность составила до 2 часов - у 31 (50,8%) больного, от 2 до 3 часов - у 24 (39,3%) и от 3 до 6 часов - у 6 (9,8%) больных.

Операции выполнялись под общим внутривенным наркозом с интубацией трахеи из среднего-срединного разреза, расширяемого при необходимости вверх или вниз. Во время оперативного вмешательства у всех пациентов выявлен распространенный перитонит в терминальной стадии. Интраоперационно у пациентов выявлялось наличие гноя во всех отделах брюшной полости, характер которого определялся этиологией заболевания. Имелись толстые фибриновые наложения, межкишечные несформированные абсцессы и остальные атрибуты абдоминального сепсиса. Объем оперативного вмешательства зависел от причины перитонита и заключался в ликвидации первичного очага, санации и дренировании брюшной полости.

Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств (табл. 1).

Анализ таблицы показывает, что у оперированных нами больных чаще всего выполнялась резекция тонкой кишки с наложением разгрузочной илеостомы, которая выполнена у 21 (34,4%) больного.

В случаях послеоперационных осложнений перитонита, которые возникали на почве несостоятельности швов различных видов анастомозов и при неадекватной санации брюшной полости, объем оперативного вмешательства сводился к санации и дренированию брюшной полости. У всех больных этой группы, а также при деструктивном аппендиците и перитонитах генитальной этиологии мы производили назоинтестинальную интубацию тонкой кишки при помощи зонда Эббота-Миллера (изобретение № 617 от 13.01.2011 г.).

Для объективной оценки тяжести состояния больных при перитоните нами использовалась шкала МПИ. Она позволяет прогнозировать послеоперационную летальность и акцентировать внимание на особо тяжелом контингенте больных. В предложенной шкале определяются 8 факторов риска, которые приведены в таблице 2.

Максимальная сумма баллов по МПИ составляет 47. При этом предусмотрены три степени тяжести течения гнойного перитонита: менее 21 балла - I степень тяжести с летальностью, составляющей 2,3%. II степень тяжести состояния больных (21-29 баллов) - с прогнозируемой летальностью 22,3% и III степень тяжести по МПИ более 29 баллов - с прогнозируемой летальностью 59,1%.

Среди обследованных нами больных I степень тяжести по МПИ отмечалась у 24 (39,3%) пациентов, II степень тяжести - у 29 (47,5%) и III степень у 8 (13,1%) больных. Данные о корреляции прогнозируемой и фактической летальности в исследуемых группах пациентов обобщены в нижеследующей диаграмме.

Анализ результатов диаграммы показывает, что в первой группе больных прогнозируемая летальность по МПИ составляет 2,3%, а фактическая составила 4,2% ($P>0,05$). Во второй группе больных прогнозируемая летальность 22,3% против 34,4% фактической ($p<0,05$), а в третьей группе прогнозируемая летальность составляет 59,1%, а фактическая составила 37,5% ($p<0,01$).

Таким образом, в первой и второй анализируемых по МПИ группах больных статистически достоверных различий по прогнозируемой и фактической летальности нами не отмечено ($P>0,05$). В третьей, наиболее тяжелой группе пациентов, фактическая летальность оказалась статистически достоверно ($p<0,01$) меньше прогнозируемой. Снижению летальности как в III группе пациентов, так

и общей летальности в терминальной стадии перитонита способствовала применяемая нами тактика использования всего арсенала имеющихся средств (плановые санации брюшной полости, экстракорпоральные методы детоксикации, иммуностимуляция, применение антибиотиков резерва и т.д.) у этой потенциально наиболее тяжелой группы больных.

Еще одним объективным показателем, которому в настоящее время не уделяется должного внимания, является ЧМТ в экссудате из брюшной полости. Методика определения ЧМТ является простой, легко выполнимой, не требует значительных материальных затрат и осуществляется в течение 18-24 часов.

Определение ЧМТ позволяет в динамике оценить эффективность проводимых санаций брюшной полости и снижение её бактериальной обсемененности. Известно, что имеются 4 степени контаминации брюшной полости: I степень - число микробных тел составляет 105-6, II степень - 106-7, III степень - 107-8 и IV степень - при наличии микробной обсемененности свыше 109 в 1,0 мл экссудата из брюшной полости. Клинически значимым

Таблица 1

Данные об объеме оперативных вмешательств в зависимости от этиологии в терминальной стадии перитонита

Способы оперативных вмешательств	Число Операций
Тромбоз мезентериальных сосудов (n=6) Резекция тонкой кишки с наложением концевой илеостомы Резекция тонкой кишки с наложением У-образного анастомоза (операция Майдля)	4 (6,5%) 2 (3,2%)
Острая кишечная непроходимость (n=8) Резекция тонкой кишки с наложением концевой илеостомы Резекция тонкой кишки с наложением У-образного анастомоза (операция Майдля)	6 (9,8%) 2 (3,2%)
Ушивание перфоративных гастродуоденальных язв Резекция тонкой кишки с наложением илеостомы при перфорации брюшнотифозных язв и язв при болезни Крона	3 (4,9%) 2 (3,2%)
Аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости	17 (27,8%)
Перитониты гинекологической этиологии (n=3) Аднекэктомия Ампутация матки	2 (3,2%) 1 (1,6%)
Послеоперационный перитонит (n=22) Санация и дренирование брюшной полости Наложение концевой сигмостомы Резекция тонкой кишки с наложением концевой илеостомы Ушивание культи 12-перстной кишки с санацией и дренированием брюшной полости	15 (24,5%) 1 (1,6%) 4 (6,5%) 2 (3,2%)

порогом ЧМТ является показатель равный 105. Повышение этого показателя свидетельствует о нарастании бактериальной обсемененности и увеличении вероятности гнойных осложнений со стороны брюшной полости.

Сохранение высокого уровня микробной контаминации в совокупности с другими

объективными данными и общим состоянием пациентов являлось основанием для постановки показаний к повторной санации брюшной полости. Данные о динамике изменения ЧМТ в экссудате из брюшной полости в терминальной стадии перитонита приведены в таблице 3.

Таблица 2
Мангеймский перитонеальный индекс

Фактор риска	Оценка тяжести (баллы)
Возраст старше 50 лет	5
Женский пол	5
Наличие органной недостаточности	7
Наличие злокачественной опухоли	4
Продолжительность перитонита более 24 ч	4
Толстая кишка как источник перитонита	4
Перитонит диффузный	6
Экссудат:	
– прозрачный	0
– мутно-гнойный	6
– калово-гнилостный	12

Анализ исследования ЧМТ показывает, что в день оперативного вмешательства у всех пациентов этот показатель приближался к критическому. Уже после 1 плановой релапаротомии у 15 больных уровень ЧМТ был на уровне I - II стадии. Последующие плановые санации брюшной полости позволили у всех оперированных снизить этот показатель до уровня ниже критического.

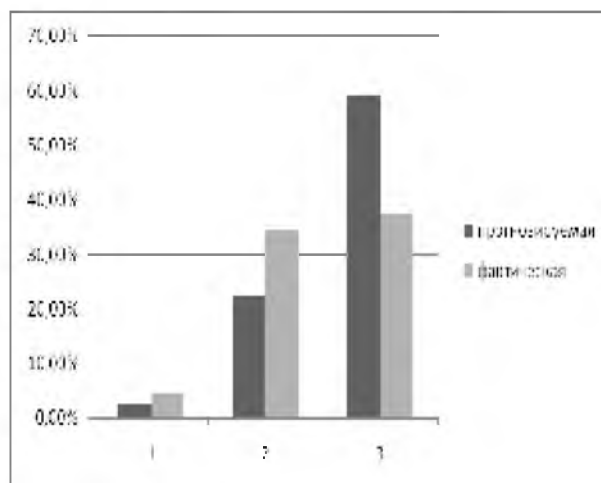
Проводя корреляцию числа плановых санаций с тяжестью состояния больных по МПИ, мы отметили, что в первой группе больных по МПИ оказались достаточными 1-2 плановые релапаротомии. Из 29 больных второй группы по МПИ 21 пациенту выполнено по 3 санационных релапаротомии, и у всех больных третьей группы - по 4 и более оперативных вмешательств ($p < 0,05$).

Как правило, релапаротомия №1 осуществлялась на 2 день после операции. С целью

Таблица 3
Динамика изменения ЧМТ в ходе плановых санаций брюшной полости

Число микробных тел	I степень 10^{5-6}	II степень 10^{6-7}	III степень 10^{7-8}	IV степень 10^9
День операции	-	-	14	47
Плановая релапаротомия №1	4	11	33	13
Плановая релапаротомия №2	6	15	31	-
Плановая релапаротомия №3	3	7	14	-
Плановая релапаротомия №4	3	4	3	-

Прогнозируемая и фактическая летальность у больных в терминальной стадии перитонита по МПИ



оптимизации показаний к повторным санациям брюшной полости мы модифицировали шкалу "MODS-II" и интегрировали в неё показатели ЧМТ и ВБД. В послеоперационном периоде пациенты получили антибактериальную терапию: цефалоспорины III - IV-х поколений в сочетании с препаратами группы нитроимидазола. В третьей группе по МПИ назначались антибиотики резерва - препараты карбапенемового ряда. Наряду с инфузионно-корректирующей терапией, проводились сеансы обменного плазмафереза, внутрисосудистого лазерного облучения крови, ультрафиолетовое облучение крови, коррекция сопутствующей патологии.

Полученные результаты свидетельствуют, что у 6 (9,8%) больных оказалось достаточным выполнение 1 релапаротомии, у 27 (44,2%) пациентов выполнено по 2 повторных вмешательства, у 21 (34,4%) произведено по 3 санационных релапаротомии и у 7 (11,4%) больных произведено 4 и более этапных оперативных вмешательства. Промежутки между этапными оперативными вмешательствами составляли от 1 до 3 суток.

В послеоперационном периоде умерло 14 (26,9%) больных. Трое больных и их родственники от дальнейшего этапного лечения категорически отказались, что послужило причиной прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности, приведшее к гибели больных. Этим пациентам было выполнено по две релапаротомии. У остальных умерших причинами летального исхода были: тромбоэмболия легочной артерии у 3 (21,4%) больных, из которых 2 перенесли по 2 операции, а 1 пациент перенес 3 плановые релапаротомии. Полиорганная недостаточность отмечена у 5 (35,7%) больных, из них 3 перенесли по

1 санационному вмешательству, а 2 (14,2%) перенесли по 2 операции. Острая сердечно-сосудистая недостаточность послужила причиной летального исхода у 3 (21,4%) больных, которые перенесли по 2 санационных вмешательства.

Анализ летальных исходов в зависимости от этиологии заболевания показал, что превалирует удельный вес послеоперационных перитонитов на почве несостоятельности швов анастомоза - 7 (50%) пациентов. Далее следуют острая кишечная непроходимость - 2 (14,2%), тромбоз мезентериальных сосудов с развитием некроза и перитонита - 2 (14,2%), перфорация гастродуоденальных язв и острых язв тонкой кишки - 3 (21,4%) больных.

Наши данные показывают, что "критическим периодом" в послеоперационном периоде являются первые 5-6 суток, в течение которых осуществляются релапаротомии № 1 и 2. Из 14 умерших у 13 (92,8%) летальный исход наступил в течение указанного времени. В последующем состоянии пациентов относительно стабилизировалось, что позволило выполнять этапные санации брюшной полости на более благоприятном фоне.

Выводы

Таким образом, применение шкалы МПИ позволяет прогнозировать госпитальную летальность у больных в терминальной стадии перитонита и сконцентрировать весь спектр лечебно-диагностических мероприятий в 3 группе пациентов с прогнозируемой летальностью почти 60%. Это позволило снизить вероятность летального исхода в этой группе пациентов до 37,5%, и общую летальность до 22,4%. По данным Савельева М.И., Филимонова Б.Р. (2010), летальность от послеоперационного перитонита составляет от 45% до 92%.

Анализируемые показатели МПИ, ЧМТ, ВБД доступны, имеется возможность их быстрого определения в большинстве лечебных учреждений, а полученные результаты показывают клиническую значимость. Также необходимо отметить, что параллельно значению МПИ увеличивается кратность этапных санаций брюшной полости. Проводя корреляцию числа плановых санаций с тяжестью состояния больных по МПИ, мы отметили, что в первой группе больных по МПИ оказались достаточными 1-2 плановые релапаротомии, из 29 больных второй группы по МПИ 21 (72,4%) пациенту выполнено по 3 санационных релапаротомии, у 4 больных в III группе выполнено по 4 и более оперативных вмешательства.

У большинства пациентов в третьей группе по МПИ число микробных тел в экссудате было свыше 10⁶-7, что свидетельствует о высокой вирулентности микроорганизмов и резистентности к проводимой антибактериальной терапии. Также мы модифицировали шкалу "MODS-II" и интегрировали в нее показатели ЧМТ и внутрибрюшного давления, что позволяет объективизировать показания к плановым санациям брюшной полости в терминальной стадии перитонита. Исследования в данном направлении продолжаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов И.В. Лечение распространенного перитонита /И.В. Вострокнутов, И.В. Кука // Материалы III съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока. - Томск, 2009.- С. 18-19.
2. Глабай В.П. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости. / В.П. Глабай, А.И. Шаров, А.А. Абрамов // Медицинский академический журнал.- 2003.- Т.3., №2. - Прил. 3.- С. 28-29.
3. Послеоперационные осложнения у больных с перитонитом / Б.К. Шуркалин [и др.] // Хирургия.-2003.- С. 4 - 7.
4. Распространенный гнойный перитонит / В.В. Бойко [и др.] // Харьков: Прапор, 2008.- 97 с.
5. Савельев В.С. Перитонит. Практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова; под ред. В.С.Савельева.- М.: Литер., 2006.- С. 99-121.
6. Соболев В.Е. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений / В.Е. Савельев // Вестн хир.- 2007.- №3.- С. 110 - 113.
7. Ханевич М.Д. Перитонит - инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия. / М.Д. Ханевич, Е.А.Селиванов, П.М. Староконь.- Москва, 2004.- С. 83-90
8. Blot S. Critical issues in the clinical management of complicated intra-abdominal infections. / S. Blot, J.J. De Waele // J. Drugs. - 2005. - N.65.- P.1611-1620.
9. Justinger C. Antibiotic coating of abdominal closure sutures and wound infection. / C. Justinger // J. Surgery. - 2009. - N145. - P.330-334.
10. Laterre P.F. Antimicrobial therapy for intra-abdominal infections: guidelines from the Infectious Disease Advisory Board (IDAB). /P.F. Laterre // J. Acta. Chir. Belg. - 2006. - N106. - P. 2-21.
11. Management of secondary peritonitis: our experience. / A. Cavallaro [et. al] // J. Ann.

- Ital. Chir. - 2008. - N.79.- P. 255-260.
12. Mazuski J.E. Intra-abdominal infections. / J.E. Mazuski, J.S. Solomkin // J. Surg. Clin. North. Am. - 2009. - N 89. - P.421-437.
13. Shein M., Marshall J. Eds. Source control. A Guide to Management of Surgical Infection. -Springer Berlin, Heidelberg.- New York, 2002.- 467 p.
14. Wichmaun M.W. Intensive Care / M.W. Wichmaun, D. Luthorn, И.И. // J. Med. 2000. -N1. - P.167-172.

Акилов Х.Д., Кахаров М.А., Сидиков А.У.

Плановая релапаротомия в лечении терминальной стадии общего перитонита

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 61 пациента, поступивших в клинику в терминальной стадии перитонита. Наряду с комплексом современных лечебно-диагностических мероприятий, авторами изучена прогностическая значимость МПИ и ее корреляция с числом плановых санации брюшной полости и ЧМТ. Это позволило выявить наиболее тяжелый контингент больных, снизить общую летальность до 22,9%. Изучена динамика изменения ЧМТ в ходе плановых санаций брюшной полости, что позволило оптимизировать тактику лечения этой категории пациентов. Исследования в данном направлении продолжаются. Акилов Х.Д., Кахаров М.А., Сидиков А.У.

Релапаротомия нахшави дар табобати мархилаи терминалии перитонити фарогир

Натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 61 беморони ба беморхона воридшуда дар мархилаи терминалии перитонити фарогир дар қор таҳлил карда шуд. Дар баробари ҷорабиниҳои маҷмуии замонавии муолиҷавӣ - таъхисӣ аз ҷониби муаллиф моҳияти пешгуи зарурии Индекси перитонити мангейми омӯхта шудааст ва мувофиқати он бо миқдори тозакунии нахшавии ковокии шикам ва адади ҷисмҳои микробӣ оварда шудааст. Ин имкон медиҳад, ки беморони вазнин дарёфт карда шуда ғавтнокиро то 22, 9% кам мекунад. Тағйирёбии адади ҷисмҳои микробӣ дар ҷараёни санатсияи нахшавии ковокии шикам омӯхта шуд ва он ба мо имконияти беҳбуди дар тактикаи табобати ҳамин гуна беморонро пайдо кунонд. Татқиқот дар ҳамин равиҷ давом дорад.

Akilov H.D., Kaharov M. A., Sidikov A. U.

Planned the reiaparotomiya in treatment of the terminal stage of the general peritonitis

We analyzed the results of surgical treatment of 61 patients admitted to hospital in the terminal stage of peritonitis. Along with a complex of modern medical diagnostic measures the authors studied the prognostic significance of MPI, which allowed surgeons to concentrate on the most difficult group of patients. The dynamics of change in the number of microbial cells during the planned renovation of the abdomen that will optimize the treatment policy for these patients. Research in this direction is continuing.

Ахмедов А.А., Бобоходжаева М.О., Касымова М.К., Назирова М.А., Хусаинова А.А.

ТЕНДЕНЦИИ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ТИППМК
Городской центр репродуктивного здоровья г. Душанбе

Ключевые слова: рождение, рождаемость, коэффициенты рождаемости, типы рождаемости, смертность, естественный прирост, воспроизводство.

Актуальность

Прогресс в области устойчивого развития определяется рядом факторов, существенно влияющих на показатели демографического развития, в том числе динамика рождаемости, смертности и естественного прироста.

Демографическое развитие, его состояние играют решающую роль в эффективном решении экономических, социальных, экологических, этнических, политических и других проблем.