

Диагноз: перитонит, язвенно-некротический энтероколит с перфорацией стенки кишки. В течение 2 ч проведена предоперационная подготовка. 25.10.84 выполнены трансректальная лапаротомия справа, аппендэктомия, дренирование брюшной полости. В брюшной полости обнаружен гнойный выпот с примесью каловых масс до 200 мл (при бактериологическом посеве на микрофлору выделена синегнойная палочка, чувствительная к карбенициллину и гентамицину). Брюшина тусклая, утолщенная, с фибринозным налетом на петлях кишечника, селезенке, печени. Большой сальник серо-зеленого цвета, утолщен. Дугласово пространство заполнено изолированным сформированным абсцессом с густым гнойным содержимым до 30 мл. Выявлен деструктивный аппендицит. Червеобразный отросток длиной 3 см, стенка грязно-зеленого цвета, с перфоративным отверстием у основания.

Аппендэктомия выполнена лигатурным способом с дополнительной перитонизацией культи Z-образным швом. Брюшная полость промыта 1,5 л теплого раствора фурациллина. Полость малого таза дренирована через отдельный разрез в левой подвздошной области.

При гистологическом исследовании червеобразного отростка отмечена выраженная лимфоцитарная инфильтрация стенки, местами с участками некроза всех слоев. Лимфоидный аппарат резко атрофичен, серозная оболочка покрыта фибрином и лейкоцитами. Диагноз: флегмонозно-гангренозный перфоративный аппендицит. При бакпосеве мазка из носоглотки выделена синегнойная палочка, чувствительная к карбенициллину и гентамицину.

Послеоперационный период протекал тяжело, с глубокими нарушениями кислотно-щелочного состояния и водно-солевого обмена. На фоне выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности 28.10.84 г. ребенок умер.

Патологоанатомический диагноз: гангренозно-перфоративный аппендицит. Диффузный гнойно-фибринозный перитонит. Двусторонняя мелкоочаговая пневмония. Отек легких, мозга и мягких мозговых оболочек. Дистрофия внутренних органов.

УДК 616.381—002—085.38.015.2

Ф. Н. Казанцев, Р. С. Сагитов (Казань). Использование метода гемосорбции в реанимационном отделении

У 33 больных в комплексном лечении нами была применена гемосорбция (табл.). Мужчин было 20, женщины — 13, средний возраст больных — 46 лет. Всего проведен 61 сеанс гемосорбции с использованием активированного угля СКТ-6А. При подготовке сорбционных колонок к работе уголь тщательно промывали 0,9% раствором хлорида натрия с последующим аутопокрытием сорбента белками крови больного.

Перед сеансом гемосорбции больным внутривенно вводили гепарин в дозе 300—350 ед. на 1 кг массы тела. Длительность сеанса составляла 30—90 мин. Оптимальную скорость перфузии, равную 100—150 мл/мин, регулировали роликовым насосом нашей модификации (рац. предложение № 306 от 22.05.1984 г., выданное Казанским ГИДУВом). У 5 больных подключение аппарата для гемосорбции осуществлено путем артериовенозного шунтирования, у остальных — катетеризацией системы верхней и нижней полых вен. Магистралями служили стандартные одноразовые системы для внутривенных переливаний.

Гемосорбцию применяли ограниченно и лишь у особо тяжелых больных, у которых обычные методы интенсивной терапии не могли улучшить, неблагоприятный или даже безнадежный прогноз.

Противопоказаниями к использованию гемосорбции являлись гиповолемия любого генеза, нестабильная гемодинамика и артериальная гипотензия (систолическое АД ниже 12 кПа), геморрагический синдром.

Эффективность гемосорбции оценивали по динамике клинического состояния больного и данным лабораторных исследований. Кроме того, определяли токсичность плазмы крови с помощью биологической пробы на парамециях.

Анализ клинического материала показал, что сеансы гемосорбции сопровождались заметным улучшением состояния больных: уменьшались явления интоксикации и интоксикационных психозов, снижалась токсичность плазмы крови по тесту на парамециях, улучшались показатели метаболизма. При исследовании плазмы на токсичность у 20 здоровых доноров установлено, что время выживания парамеций составля-

Состав больных и результаты примененной гемосорбции

Клинический диагноз	Число больных	Количество сеансов	Умерло
Перитонит разлитой гнойный	10	23	3
Пельвиоперитонит. Сепсис	3	4	—
Панкреонекроз. Перитонит ферментативный	4	8	1
Перитонит диффузный	2	2	—
Непроходимость кишечника острая	2	2	—
Желтуха механическая	3	6	—
Цирроз печени	2	9	—
Острые отравления фосфорорганическими инсектицидами	5	5	1
Алкогольный делирий	2	2	—
Всего	33	61	5

ет $24,6 \pm 2,4$ мин. Между продолжительностью жизни парамеций в плазме крови и клиническими проявлениями токсичности выявлена тесная зависимость: признаки интоксикации выражены тем больше, чем короче время жизни парамеций в плазме крови. Мы считали кровь токсичной при продолжительности жизни парамеций менее 18 минут и очень токсичной — при времени жизни менее 9 минут. У большинства обследованных нами больных, особенно при тяжелых проявлениях интоксикации, жизнь парамеций длилась 3—4 минуты.

Для закрепления дезинтоксикационного эффекта гемосорбцию повторяли через 24 или 48 ч. Каждому больному было проведено от 1 до 6 сеансов. Гемосорбцию прекращали при токсичности плазмы по времени выживания парамеций более 15 мин и при отсутствии выраженных проявлений экзогенной, эндогенной или бактериальной интоксикации. Этот способ детоксикации применяли в комплексе с общепринятыми методами интенсивной терапии.

Наиболее заметное и быстрое действие гемосорбция оказывала при лечении экзогенных отравлений. Из 5 больных умер лишь один, поступивший в поздние сроки отравления.

При острой хирургической патологии органов брюшной полости гемосорбция была включена в комплекс интенсивной терапии 23 больных и имела выраженный клинический эффект; полное выздоровление наступило у 19. Отсутствие эффекта у 4 больных, как показала аутопсия, было обусловлено прогрессирующим перитонитом на фоне несостоятельности швов межкишечных анастомозов.

В процессе изучения биохимического состава крови нами было установлено, что используемые сорбенты наиболее активно поглощают билирубин, креатинин, холестерин, трансаминазы. Сорбция билирубина в значительной мере определялась его исходной концентрацией (в среднем 26%). В процессе гемосорбции наблюдалась и потеря форменных элементов крови (тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов). По нашим данным, сорбционная детоксикация в течение 60 мин приводит к снижению содержания тромбоцитов на 24%, лейкоцитов — на 30%, эритроцитов — на 8%. Однако эти изменения не ухудшают состояние больных, положительный же эффект гемосорбции превышает ее нежелательные последствия.

Следовательно, гемосорбция в комплексной терапии больных с экзогенными, эндогенными или бактериальными интоксикациями является высокоэффективным методом детоксикации, расширяющим возможности лечения больных в реанимационных отделениях.

УДК 618.5—089.888.61—06:616.381—002—08—039.73—089.8

А. И. Наговицина, З. С. Корняева, З. Я. Соболева, Ф. Н. Ившин, В. Н. Бороздина (Устинов). Особенности клинического течения и комплексной терапии перитонита после кесарева сечения

Мы наблюдали за 23 женщинами, у которых после кесарева сечения развился перитонит. Средний возраст больных составлял 28,9 года. Первородящих было 7, повторнородящих — 16. Из анамнеза удалось установить наличие эндогенных очагов инфекции у всех больных. Так, грипп, ангина, ОРЗ были отмечены у 20 женщин, пневмония — у 3; хронический пиелонефрит был у 5, воспалительный процесс придатков матки — у 6, ревматизм с недостаточностью митрального клапана — у одной, болезнь Боткина — у 1. Настоящей беременности предшествовали аборт у 19 женщин, из них у 11 — искусственные, у 3 — криминальные, у 5 — самопроизвольные аборты в сроки от 10 до 25 нед беременности на фоне хронического пиелонефрита и воспалительных заболеваний придатков матки.

При бактериоскопическом исследовании содержимого влагалища у 16 беременных была обнаружена смешанная флора с преобладанием кокков; у 7 — в сочетании с трихомонадами. Все беременные санированы и получили соответствующее лечение.

Показания к кесареву сечению были следующими: клинически узкий таз (у 11), сочетание его с поздним токсикозом (у 4), ревматизмом в неактивной фазе и недостаточностью митрального клапана (у 4), угрожающей внутриутробной гипоксией плода (у 3), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (у 6), на фоне бытовой травмы (у 2) и длительно текущего токсикоза беременности (у 4); неправильное положение плода в сочетании с предлежанием плаценты (у 2); несостоятельность рубца на матке (у 3); тазовое предлежание в сочетании с дискоординированной родовой деятельностью (у 1).

Кесарево сечение в основном было произведено в экстренном порядке, только у 4 женщин — в плановом.

В специализированный стационар 21 из 23 больных поступила до 4 сут после кесарева сечения и лишь 2 родильницы были доставлены на 5—6-е сутки.

С первых дней заболевания доминировали явления тяжелой интоксикации: общая слабость, одышка, апатия, адинамия. Боли в животе различной локализации наблюдались у 21 больной, рвота, задержка газов — у 14, тошнота, икота — у 5.

Лечение всех больных было комплексным, интенсивная патогенетическая консервативная терапия сочеталась с оперативным вмешательством, которое заключалось в