

Лечение больного абдоминальным сепсисом с применением назоинтестинальной интубации интрапортальными инфузиями

Д.В.МАРЕЕВ, В.Н.ЧЕРНОВ

Treatment of abdominal sepsis patients using nasointestinal intubation with intraportal infusion

D.V.MAREEV, V.N.CHERNOV

Ростовский государственный медицинский университет

В настоящее время обязательной составной частью лечебных мероприятий, направленных на борьбу с эндотоксикозом у больных с абдоминальным сепсисом считаем комплексную программу реабилитации печени, как одной из главных детоксицирующих систем организма [5; 3; 4]. Основу этой программы составляют методы трансумбиликальной инфузионной терапии и гемооксигенации портальной системы печени, так как своевременная концепция развития макрофагальной печеночной недостаточности при абдоминальном сепсисе рассматривает в качестве ведущих патогенетических факторов гипоксию, нарушение внутрипеченочного кровообращения и эндотоксикоз [1, 2].

Клинический случай

Больная М, 1986 года рождения, (медицинская карта стационарного больного № 903), находилась на лечении в хирургическом отделении № 1 МЛПУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону со 2 по 20 июля 2011 г. с диагнозом: острый, гангренозноперфоративный аппендицит, переаппендикулярный инфильтрат с абсцедированием, разлитой фибринозно-гнойный перитонит, множественные межпетельные абсцессы тонкой кишки, абсцесс Дугласова пространства, эндотоксический шок II степени. Госпитализирована в порядке скорой помощи 02.07.2011 г. в 9 час 40 мин, с жалобами на боль внизу живота, тошноту, рвоту с застойным отделяемым, подъем температуры до 39°C. Заболела 01.07.2011 г., начало с подъема температуры до 38,5°C, затем тошнота. 24.06.2011 г. были роды в срок, новорожденный без патологии. 01.07.2011 г. вызывалась бригада скорой помощи, состояние расценено как цистит, введен спазмалгон внутримышечно, рекомендовано обратиться к урологу. Однако, 02.07.2011 г. около 05 час 00 мин боли в животе усилились, тошнота, рвота, однократный жидкий стул, температура 38,5°C.

При поступлении состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, мокрые. Дыхание в легких везикулярное. Температура тела – 38,8°C, ректально – 39,7°C, частота дыхательных движений (ЧДД) – 27 в

мин., артериальное давление (АД) – 80/40 мм рт. ст., пульс – 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительно наполнения. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот несколько вздут, при пальпации резко болезненный во всех отделах, особенно в гипогастриальной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Аускультативно ослабленная перистальтика.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки и брюшной полости без явной патологии.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 133 г/л; цветной показатель – 0,94; свёртываемость 2'00-3'30; гематокрит – 40%; лейкоциты – $11,3 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 14, юные – 1.

Состояние больной по шкале SAPS было расценено как тяжелое – 13 баллов.

Оценка степени тяжести эндотоксикоза определялась по принятой на кафедре общей хирургии методике. При поступлении у больной частота сердечных сокращений (ЧСС) – 120 в мин, ЧДД – 27 в мин, парез кишечника, ЛИИ составило 7,1 усл. ед.; мочевины сыворотки крови – 7,7 ммоль/л. Совокупность вышеуказанных данных свидетельствует о наличии у больной эндотоксикоза II степени тяжести.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных выставлен предварительный диагноз: дооперационный перитонит. Острый аппендицит? Пельвеоперитонит? Осложнение: эндотоксический шок II степени. Больная госпитализирована в анестезионно-реанимационное отделение № 1, где ей установлен подключичный катетер, ЦВД + 4 см; перидуральный катетер, назогастральный зонд, по которому получено застойное отделяемое. Проведена предоперационная подготовка в объеме 2300 мл инфузии.

В 13 час. 25 мин. 02.07.2011 г. больная оперирована, выполнена диагностическая лапароскопия, при которой в брюшной полости до 1200 мл мутного гноя, фибрин, кишечник раздут; в проекции купола слепой кишки инфильтрат, червеобразный отросток 12,0×1,8 см, утолщен, напряжен, покрыт фибрином, у основания самоампутация. Выполнена лапаротомия, взят материал на бактериологическое исследование,

дренированы три межпетельных абсцесса, Дугласово пространство; аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка одиночными узловыми швами, брюшная полость отмыта десятью литрами асептического раствора, НИИК, блокада корня брыжейки тонкой кишки раствором новокаина 0,25% – 50 мл.

Выполнено канюлирование пупочной вены, дренирование брюшной полости, наложены протекторные швы.

На дальнейшее лечение больная переведена в анестезионно-реанимационное отделение № I.

03-05.07.2011 г. Состояние больной расценивалось как тяжёлое, обусловленное патологическим процессом, ранним послеоперационным периодом, развившимся синдромом эндогенной интоксикации, энтеральными нарушениями, геморрагическим синдромом.

При осмотре: больная в сознании, вялая. Кожные покровы бледные. Температура тела – 37,8°C, АД – 120/80 мм рт. ст., пульс – 100 уд/мин, ЧДД – 24 в мин. Дыхание самостоятельное, при аускультации везикулярное с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот болезненный в области послеоперационной раны, несколько вздут, кишечные шумы не выслушиваются, газы не отходят, стула не было. При выполнении фракционного лаважа по назоинтестинальному зонду темно-зеленое кишечное отделяемое. Моча выделяется по катетеру, светлая. По дренажам из брюшной полости незначительное серозно-геморрагическое отделяемое. Повязка слегка промокла серозно-геморрагическим отделяемым, швы состоятельные. Выполнена перевязка. Суточный диурез адекватный введенной жидкости во время инфузионной терапии.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 100 г/л; цветной показатель – 0,9; гематокрит – 40,2%; лейкоциты – $15,2 \times 10^9/л$; СОЭ – 24 мм/ч; ЛИИ – 7,8 усл. ед. Биохимия крови: МСМ – 1,5 усл. ед.; калий – 4,5 ммоль/л; натрий – 136 ммоль/л; общий билирубин – 20,6 мкмоль/л; прямой билирубин – 9,4 мкмоль/л; АлАТ – 0,56 ммоль/л, АсАТ – 1,9 ммоль/л; общий белок – 62,8 г/л; мочевины – 8,2 ммоль/л; креатинин – 0,32 ммоль/л; МГ сыворотки крови более 1024. Общий анализ мочи: удельный вес – 1024, белок – 0,086 0/00, реакция мочи кислая, единичные лейкоциты.

Очевидным стало развитие абдоминального сепсиса.

Учитывая тяжелое состояние больной и высокий риск развития послеоперационных осложнений, а также возможный неблагоприятный прогноз, больной продолжена интенсивная терапия, внутрикишечный лаваж, энтеросорбция. В комплексную терапию параллельно с парентеральным питанием включало энтеральное зондовое питание с использованием глутамин дипептида («Дипептивен» (Dipeptiven®) 20% раствор на 500 мл «Вамина» 3 раза в сутки).

Продолжена интенсивная внутрипортальная инфузионная терапия, антибиотикотерапия, энтеральная детоксикация (назоинтестинальная интубация кишечника, кишечный лаваж глюкозо-солевыми растворами, энтеросорбция, интестинальное введение лекарственных и питательных смесей), иммунотерапия ронколейкином, общеукрепляющая терапия и др.

07.07.2011 г. Состояние больной значительно улучшилось, клинически оценивалось как средней тяжести. Жалобы на умеренную болезненность в послеоперационной ране, умеренную слабость. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. ЧСС – 82 уд/мин, ЧДД – 18 в мин, АД – 110/70 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. Язык влажный, умеренно обложен белым налётом. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Кишечные шумы ослабленные. Газы отходят после стимуляции кишечника. Состояние послеоперационной раны удовлетворительное. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет. Дренажи удалены, поставлены резиновые выпускники. По назоинтестинальному зонду отделяемого нет, зонд удалён.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 1,18 г/л; цветной показатель – 0,89; гематокрит – 38,2%; лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$; СОЭ – 33 мм/ч; ЛИИ – 3,5 усл. ед. Биохимия крови: МСМ – 0,5 усл. ед.; калий – 3,6 ммоль/л; натрий – 140 ммоль/л; общий билирубин – 14,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 7,4 мкмоль/л; АлАТ – 0,26 ммоль/л, АсАТ – 0,4 ммоль/л; общий белок – 72,1 г/л; мочевины – 6,2 ммоль/л; креатинин – 0,21 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1016, белок – 0,03 0/00, реакция мочи кислая, лейкоциты 3-5 в поле зрения, неизменённые, слизь в небольшом количестве.

Посев содержимого из брюшной полости № 549/276 от 02.07.2011 г. – выделена E. coli, чувствительная к цефалотину, диоксициллину, фуразолидону, ципрофлоксацину.

11-12.07.2011 г. Состояние больной прогрессивно улучшалось, расценивалось как близкое к удовлетворительному. Жалобы на умеренную слабость. Положение больной в постели активное, появился аппетит. Кожные покровы и слизистые обычной окраски чистые, влажные. Температура тела – 36,7°C, ЧДД – 19 в мин, ЧСС – 78 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, слегка болезненный в области послеоперационной раны. Газы отходят, был самостоятельный стул. Послеоперационная рана в удовлетворительном состоянии. Сняты швы через один, наложена асептическая повязка. Из дренажных ран удалены резиновые выпускники, туалет, асептическая повязка.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 120 г/л; цветной показатель – 0,9; гематокрит – 37,2%; лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$; СОЭ – 28 мм/ч; ЛИИ – 1,8 усл. ед. Биохимия крови: МСМ – 0,35 усл.

ед; калий – 3,5 ммоль/л; натрий – 142 ммоль/л; общий билирубин – 13,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,4 мкмоль/л; АлАТ – 0,22 ммоль/л, АсАТ – 0,3 ммоль/л; общий белок – 68,6 г/л; мочевина – 5,8 ммоль/л; креатинин – 0,12 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1018, белок – 0,03 0/00, реакция мочи кислая, лейкоциты 4-6 в поле зрения; эритроциты 1-2 в поле зрения, неизмененные, слизь в небольшом количестве.

В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана из стационара на 18-е сутки после операции (20.07.2011 г.) в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с рекомендацией периодически наблюдаться у лечащего врача хирургического стационара.

Список литературы

1. *Белик Б.М., Мареев Д.В.* Вопросы патогенеза и общие принципы лечения больных с распространенными формами абдоминальной хирургической инфекции. Актуальные вопросы хирургии : сб. науч.-практ. работ, посвящ. 90-летию кафедры общей хирургии. Ростов н/Д, 2006; 155-167.
2. *Завада Н. В. Гаин Ю. М., Алексеев С.А.* Хирургический сепсис. Минск, 2002; 214.
3. *Чернов В. Н., Маслов А.И., Мареев Д.В.* Лечение больных с абдоминальным сепсисом. 1 съезд хирургов Южного федер. округа : материалы съезда. Ростов н/Д, 2007; 59.
4. *Чернов В. Н., Маслов А.И., Мареев Д.В.* Лечение абдоминального сепсиса. Материалы 5 Всерос. науч. конф. общих хирургов, объедин. с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведом. науч. совета по хирургии. М.; Ростов н/Д, 2008; 136-138.
5. *Bone R.C.* Sepsis and septic shock. Freshening course of the lectures 9th European Congress of Anaesthesiologi, Jerusalem, Jsrail, 1994; 125-139.

Поступила 29.08.2011 г.

Заключение

Приведенный клинический пример подтверждает более высокую эффективность предлагаемого комплекса лечебных мероприятий абдоминального сепсиса по сравнению со стандартными. Выполнение всего комплекса этиологически обоснованной энтеральной терапии (интестинальный лаваж, декомпрессия ЖКТ с итерационным капельным введением солевого энтерального раствора, нормализация микрофлоры кишечника, восстановление барьерной функции слизистой кишечника, энтеральное питание) ведёт к восстановлению морфофункционального состояния желудочно-кишечного тракта в более короткие сроки, способствует снижению числа гнойно-септических осложнений в 1,5-2 раза.

Информация об авторах

1. Мареев Денис Владимирович – к.м.н., врач-хирург высшей категории по оказанию экстренной помощи хирургического отделения №2 городской больницы №1 им. Н.А.Семашко; г. Ростов-на-Дону; e-mail: Satiri_NV@ro61.fss.ru
2. Чернов Виктор Николаевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии Ростовского государственного медицинского университета, заслуженный деятель науки Российской Федерации, вице-президент Ассоциации общих хирургов Российской Федерации.