

А.Н. Бадасян, О.С. Олифирова

**ПРОФИЛАКТИКА ИЗБЫТОЧНОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ФОНЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия», г. Благовещенск

Несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования в настоящее время, спаечная болезнь и ее осложнения в виде ОСКН остаются актуальной проблемой в хирургии.

**Целью** исследования явилось изучения эффективности использования в послеоперационном периоде после лапаротомии у пациентов предрасположенных к спайкообразованию отечественного препарата мексидола, при внутривенном применении.

**Задачей** данного этапа исследования явилось провести сравнительную оценку антиадгезивной эффективности мексидола в профилактике спайкообразования у больных в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Клинический материал основан на проспективном рандомизированном исследовании 40 больных, получавших лечение в хирургических отделениях 2-го корпуса ГАУЗ АО БГКБ с 2009–2015 гг. Всем больным оперативное вмешательство проводилось в плановом порядке и включало в качестве одного из этапов лапаротомию.

Проведен анализ результатов лечения между пациентами 1-й группы (n = 20), получавших в послеоперационном периоде 5% мексидол 10 мг/кг, контрольной 2-й группой (n = 20). Всем пациентам проводилось герниопластика послеоперационных, вентральных грыж. Группа 1 – контрольная (n = 20). Больным проводилась герниопластика по поводу послеоперационной вентральной грыжи. В послеоперационном периоде специальной профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости не проводилось. Группа 2 (n = 20) включала пациентов, которым осуществлялась герниопластика по поводу послеоперационной вентральной грыжи, а в послеоперационном периоде с целью профилактики избыточного спайкообразования в брюшной полости в течение 7 дней послеоперационного периода вводили внутривенно 5% мексидол 10 мг/кг.

**Полученные результаты.** В послеоперационном периоде все больные получали анальгетики, проводились ежедневные перевязки. Раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. Все больные были выписаны на 9–11 сутки из стационара в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение. У больных во всех группах, в брюшной полости при герниолапаротомии отмечались внутрибрюшинные спаечные сращения.

Для оценки спайкообразования в брюшной полости в раннем послеоперационном периоде были

использованы метод определения оксипролина в суточной моче, УЗИ с оценкой подвижности петель тонкой кишки относительно париетальной брюшины и оценка качества жизни в послеоперационном периоде с помощью опросника SF 36. При изучении показателей экскреции оксипролина в моче у больных между 1-й и 2-й групп получена статистически достоверная разница в динамике их изменения.

В послеоперационном периоде во всех исследуемых группах пациентов отмечалось повышение уровня белковосвязанного (БСО) и свободного оксипролина (СО) в динамике, по сравнению с показателями дооперационного периода, однако в контрольной группе пациентов уровень БСО и СО достоверно превышали ( $p < 0,000001$ ) аналогичные показатели 2-й группы. Данное явление, по нашему мнению, отражает активность протекающих в организме коллагенопластических процессов, и свидетельствуют об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у больных контрольной группы. Ультразвуковое картирование брюшной полости проводилась 13 пациентам основной группы, и 13 пациентам контрольной группы на 7 сутки после операции.

В контрольной группе у 4-х пациентов дистанция между датчиком и полым органом составила более 10 мм, что косвенно указывало на отсутствие висцеро-париетальных сращений. У остальных 9 пациентов, ограничение подвижности петель кишечника составляло от 3,2 до 9 мм, расцениваемое нами как положительный ультразвуковой признак подвижных висцеро-париетальных спаек.

В основной группе только у 5-х пациентов ограничение подвижности петель кишечника колебалось от 7,3 до 9,6 мм, указывающее на наличие подвижных висцеро-париетальных спаек, в остальных случаях данная дистанция превышало 10 мм. Полученные данные УЗИ свидетельствовали об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у контрольной группы пациентов.

При оценке данных опросника SF 36 в послеоперационном периоде у пациентов 1-й группы происходило значительное улучшения физического состояния и психологического компонента здоровья через 3 и 9 месяцев после операции по сравнению с пациентами 2-й группы ( $p < 0,05$ ), что по нашему мнению обусловлено профилактикой спайкообразования включающееся применением в послеоперационном периоде мексидола данной группе.

**Выводы.** Таким образом, профилактическое применение 5% мексидола, при его внутривенном введении (10 мг/кг) после герниолапаротомии приводило к уменьшению спайкообразования в брюшной полости

и улучшению качества жизни в послеоперационном периоде в сравнительном аспекте с пациентами контрольной группы.

**Сведения об авторах:**

Бадасян А.Н. (автор-корреспондент), e-mail: arm\_bad@mail.ru

© Коллектив авторов, 2017 г.

DOI: 10.5281/zenodo.824241

УДК 616.381-002-031.81-089-616.9

С.А. Белов, А.С. Шаповалов, Н.А. Пименов, М.Г. Бобырева, В.В. Суднищиков

**ПЕРФОРАТИВНЫЙ ПЕРИТОНИТ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер», г. Владивосток

**Актуальность.** Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией приводит к увеличению числа случаев туберкулеза множественных локализаций. Абдоминальный туберкулез составляет около 25% среди прочих специфических поражений у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Наиболее грозным осложнением абдоминального туберкулеза является перфорация язв кишечника.

**Цель исследования** – изучить результаты хирургического лечения абдоминального туберкулеза при перфорации язв кишечника у больных с ВИЧ-инфекции в стадии 4В.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ 41 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер» в 2000–2016 гг., с ВИЧ-инфекцией в стадии 4В осложненной перфоративным перитонитом.

Все пациенты поступали в тяжелом состоянии и оперированы в экстренном порядке. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на три группы. В I группе (18 пациентов) производили резекцию кишки с наложением анастомоза. Во II группе (14 пациентов) производили резекцию кишки с наложением энтеростомы. В III группе (9 пациентов) производили ушивание перфораций кишечника.

**Результаты и обсуждение.** Проведенное исследование свидетельствовало, что у всех пациентов туберкулез носил генерализованный характер, с вовлечением легких, лимфатических узлов и кишечника. В трех случаях наблюдалось поражение позвоночника, в двух – головного мозга. Во время операции преобладало язвенное поражение подвздошной и слепой кишки с множественными перфорациями – 32 (78%) случая. Единичные перфорации (до 3-х) наблюдались у 9 (22%) пациентов. Во всех случаях выявлено обширное поражение мезентериальных лимфатических узлов и распространенный перитонит. У 19 (46,3%) больных установлен серозный перитонит, 18 (43,9%) – фибринозно-гнойный, 4 (9,8%) – каловый.

В отделяемом экссудате из брюшной полости у 26,8%

пациентов, методом люминесцентной микроскопии, выявлены кислотоустойчивые микобактерии. В лабораторных показателях преобладали анемия, лимфоцитопения, снижение уровня общего белка и альбумина, уремия, отсутствие лейкоцитоза. Уровень CD4-клеток не превышал 100 в 1 мкл. В I группе исследования перфорация новых туберкулезных язв кишечника отмечена у 2 (11,1%) больных, несостоятельность анастомоза наблюдалось – 3 (16,7%), нарастающая полиорганная недостаточность – 3 (16,7%). Во II группе у 1 (7,1%) пациента выявлены новые перфорации кишки и прогрессирование перитонита, нарастающая полиорганная недостаточность – 3 (21,4%). В III группе исследования перфорация новых туберкулезных язв кишечника отмечена у 2 (22,2%) больных, несостоятельность швов и прогрессирование перитонита наблюдалось – 3 (33,3%) пациентов, нарастающая полиорганная недостаточность – 1 (11,1%).

Данные нашего исследования свидетельствуют, что осложнения в первой группе развилось у 8 (44,4%) больных, во второй – 4 (28,6%), в третьей – 6 (66,7%). Статистическая обработка материалов исследования установила, что разница развития осложнений во второй группе наблюдения достоверно отличалась от третьей ( $p < 0,05$ ), что связано с отсутствием эффективной реакции клеточного и гуморального звена иммунитета у пациентов. Неблагоприятный исход заболевания наблюдался в первой группе в 10 (55,6%) случаях, во второй – 6 (42,9%), в третьей – 7 (77,8%). Изучение влияния различных способов хирургического лечения на исход заболевания установило статистически значимую разницу второй группы наблюдения от третьей ( $p < 0,05$ ), что объясняется сохранением источника перфоративного перитонита.

Таким образом, ушивание перфоративных туберкулезных язв в условиях глубокого иммунодефицита повышает вероятность развития осложнений, прогрессирования перитонита и неблагоприятного исхода. Применение резекции кишечника с наложением энтеростомы у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции снижает количество осложнений и летальность.