

УДК:82;364-003.30;366-069;616

Д.А. Абдуллоев, Д.Э. Маджитов, М.К. Билолов, Ш.Ш. Сайфудинов

**ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ
В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Билолов Мухаммад Кандилович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992 93 459 09 09

Цель исследования.** Изучить основные причины развития послеоперационной пневмонии в абдоминальной хирургии и разработать методы её профилактики и лечения.*Материал и методы исследования.** Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 310 больных с послеоперационной пневмонией, разделенных на 2 группы: 1 - контрольная - 120 (38,7%) больных, которым применялись традиционные методы лечения; 2 – основная - 190 (61,3%) пациентов, у которых для диагностики и лечения применены современные подходы.****Результаты исследований и их обсуждение.** Комплексное рентгенологическое исследование проведено 132 больным, из них в 78% наблюдений отмечалась бронхопневмония, в 22% случаев - картина хронического бронхита. Наиболее тяжелое течение пневмонии наблюдали у 42 больных с тяжелой степенью тяжести; ВБД при этом было более 20 мм.рт.ст. У 32 больных со средней степенью тяжести ВБД было до 12 мм.рт.ст., насыщение кислорода составило $92 \pm 2,2\%$.**Факторами риска развития послеоперационной пневмонии являлись продолжительность операции, длительность ИВЛ (n=23) и наличие госпитальной инфекции.**Для профилактики развития послеоперационной пневмонии применен разработанный метод антеградной интубации тонкого кишечника (n=11), который осуществляется через аппендикостому. В послеоперационном периоде проводили ингаляцию офлоксацином два раза в сутки в дополнение к системе антибактериальной терапии.****Заключение.** Ранняя диагностика и профилактика послеоперационной пневмонии при неотложной абдоминальной патологии в значительной степени улучшают непосредственные результаты лечения больных данной категории.****Ключевые слова:** неотложная абдоминальная патология, послеоперационная пневмония, профилактика.**D.A. Abdulloev, D.E. Majitov, M.K. Bilolov, Sh.Sh. Sayfudinov***PREVENTIVE MAINTENANCE OF POSTOPERATIVE PNEUMONIA
IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY**

Department of general surgery №2 Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino,

Bilolov Mukhammad Kandilovich - the candidate of medical science, assistant of general surgery department №2 Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino, тел.: +992 93 459 09 09

Aim.** To study the main causes of postoperative pneumonia in abdominal surgery and to develop methods of prevention and treatment.*Materials and methods.** The results of complex diagnostics and surgical treatment of 310 patients with postoperative pneumonia were analyzed in this study. All patients were divided into 2 groups. The control group included 120 (38.7%) patients, which were treated by traditional methods. The main group included 190 (61.3%) patients that underwent modern approaches of diagnosis and treatment.****Results and discussion.** 132 patients underwent comprehensive X-ray examination where bronchopneumonia was observed in 78% of cases and chronic bronchitis in 22% of cases. The most severe course of pneumonia was observed in 42 patients with the intraabdominal pressure of more than 20 mmHg. In 32 patients with an average severity of the condition, the intraabdominal pressure was 12 mmHg with the oxygen saturation of $92 \pm 2.2\%$. In addition, duration of the surgery, duration of the mechanical ventilation (n=23), and the presence of hospital infection were counted as predisposing risk factors for postoperative pneumonia. To prevent the development of postoperative pneumonia, antegrade intubation method of the small intestine (n=11)*

which is performed by appendicostomy was developed. In the postoperative period, ofloxacin was inhaled twice a day in addition to the antibiotic therapy.

Conclusion. Thus, early diagnosis and prevention of postoperative pneumonia of urgent abdominal pathology are greatly improving the immediate results of these patients treatment.

Keywords: urgent abdominal pathology, postoperative pneumonia, prevention.

Актуальность. Рост частоты послеоперационной пневмонии обусловлен увеличением количества сложных и травматических операций на органах брюшной полости [1, 2, 6].

Частота развития пневмонии в послеоперационном периоде у больных, которым произведена операция на органах брюшной полости, колеблется в широких пределах - от 10% до 80 % [1, 2] в зависимости от тяжести операции и длительности искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Летальность при данной патологии составляет 14,7-16,3% [3, 7].

Многие авторы рассматривают послеоперационную пневмонию как одну из главных причин летальных исходов при операциях на органах брюшной полости [2, 3].

Высокая частота и летальность послеоперационной пневмонии обусловлены недостаточной изученностью вопросов этиопатогенеза раннего периода данного осложнения. Своевременная диагностика этого опасного осложнения несколько затруднена вследствие стёртости клинической картины на фоне основного заболевания и предшествующего перенесенного оперативного вмешательства [4, 5, 8].

Дискутабельными остаются вопросы прогнозирования и профилактики послеоперационной пневмонии. Необходимо отметить, что практические хирурги не всегда в дооперационном периоде оценивают опасность возникновения этого осложнения и поэтому не проводят вовремя целенаправленную профилактику [4, 6].

Известно, что лечебные мероприятия являются более эффективными при их проведении в ранние сроки заболевания. В связи с этим большой интерес представляет выявление ранних клинических признаков заболевания и ранняя лабораторная диагностика. Вместе с тем, на совре-

менном этапе до сих пор отсутствует полноценная информация об алгоритме диагностики послеоперационной пневмонии в зависимости от характера оперативного вмешательства [5]. Также отсутствуют сведения об эффективности применения профилактических мероприятий в пред- и послеоперационном периодах для предупреждения послеоперационной пневмонии.

В связи с этим изучение причин возникновения, особенностей клинической картины, определение лечебно-диагностических программ являются актуальными проблемами абдоминальной хирургии.

Цель исследования. Изучить основные причины развития послеоперационной пневмонии в абдоминальной хирургии и разработать методы её профилактики и лечения.

Материал и методы исследований. В основу клинического исследования включен анализ результатов комплексной диагностики и хирургического лечения 310 больных с послеоперационной пневмонией, находившихся на лечении в ГКБ СМП города Душанбе за период 2010-2015 гг.

Все больные были распределены на две группы. В первую, контрольную, группу включены 120 (38,7%) пациентов, которым применялись традиционные методы лечения за период 2005-2010 гг. Во вторую, основную, группу вошли 190 (61,3%) пациентов, находившихся в период 2011-2015 гг., диагностика и лечение которых проведены по современным подходам.

При распределении больных по полу и возрасту нами установлено, что наиболее часто послеоперационная пневмония после экстренных абдоминальных операций встречается у больных пожилого и старческого возрастов (62,1%), у которых имелись сопутствующие заболевания со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем, отягощающих тяжесть течения основного заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Характер сопутствующих заболеваний

Название заболевания	Количество	%
ИБС. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга	63	20,3
Гипертоническая болезнь	27	8,7
Хроническая патология	16	5,1
Вирусный гепатит В и С	8	2,5
Сахарный диабет	11	3,5
Аденома предстательной железы	7	2,2

Как видно из представленной таблицы, у 132 больных имелись сопутствующие заболевания. Необходимо отметить, что у 54 пациентов с послеоперационной пневмонией имели место 2 и более сопутствующих патологии, что отрицательно влияло на течение послеоперационного периода и развитие осложнений.

Для диагностики послеоперационной пневмонии всем больным в послеоперационном

периоде проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая: рентгенографию легких, УЗИ, электрокардиографию.

Результаты исследований и их обсуждение. Тяжесть состояния больных с послеоперационной пневмонией оценена согласно шкале АРАСНЕ II (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по шкале АРАСНЕ –II

Тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ –II	Количество больных	%
0-10	56	30,4
11-25	42	22,8
15-20	22	12
Более 20	64	34,8
Всего	184	100

Согласно представленной таблице, больше всего больных с послеоперационной пневмонией было при тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II с суммой баллов от 11 до 20. Сумма баллов до 20 отмечалась у 120 (65,2%) больных, а у 64 (34,8%) - более 20 баллов.

Следует также отметить, что 64% пациентов с послеоперационным парезом проводили исследование показателей внутрибрюшного давления (ВБД). В мочевом пузыре измерение выполняли от 2 до 4 раз в зависимости от тяжести состояния больных и динамики роста ВБД.

Общезвестно, что наиболее доступным и эффективным методом диагностики послеоперационной пневмонии является рентгенологическое исследование. Комплекс рентгенологических исследований проведен 132 больным. У 78% пациентов имела место бронхопневмония, у 22% - картина хронического бронхита.

У этих больных показатели ВБД составили от 20 до 25 мм рт.ст. и более, что способствовало смещению диафрагмы вверх и, естественно, увеличению давления в плевральной полости и нарушению функции легких.

Результаты исследования показали, что наиболее тяжелое течение пневмонии наблюдали у 42 больных с тяжелой степенью тяжести - ВБД более 20 мм рт.ст., у 32 больных со средней степенью тяжести ВБД до 12 мм рт.ст., насыщение кислорода составило $92 \pm 2,2\%$. Длительное сохранение повышенного ВБД в послеоперационном периоде также способствовало развитию послеоперационной пневмонии у 12 больных на 3-4 сутки послеоперационного периода, на 5-6 сутки - у 16 пациентов.

Повышение показателей уровня ВБД отрицательно влияло на газотранспортную функцию легких. В результате уровень PO_2 у пациентов с послеоперационной пневмонией на 3-4 сутки находился в пределах $82 \pm 0,4$ мм рт.ст.

Необходимо отметить, что из 20 пациентов с послеоперационной пневмонией в 12 наблюдениях опе-

ративное вмешательство производили по поводу перитонита различной этиологии (аппендицит, перфорация язвы, острая кишечная непроходимость). Операцию заканчивали интубацией тонкого кишечника зондом Эббота-Миллера в течение 4-5 суток, который, естественно, оказывал дополнительное отрицательное влияние на респираторную функцию легких.

Кроме этого, предрасполагающими факторами риска развития послеоперационной пневмонии, на наш взгляд, являются продолжительность операции, длительность ИВЛ ($n=23$) и наличие госпитальной инфекции.

Таким образом, клинические данные в полной мере подтверждают обоснованность прогнозирования риска развития послеоперационной пневмонии (табл. 3).

В результате проведенного исследования нами было определено 8 прогностических факторов риска развития послеоперационной пневмонии после абдоминальных операций.

Для профилактики развития послеоперационной пневмонии, особенно у лиц пожилого и старческого возрастов, после неотложных абдоминальных операций в клинике разработан метод антеградной интубации тонкого кишечника. Предложенная методика использована у 11 больных с ОКН ($n=4$), перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, осложнившейся распространенным перитонитом ($n=7$).

Интубация тонкой кишки и желудка осуществлялась через аппендикостому, при этом слепая кишка фиксируется к передней брюшной стенке полукишечным швом и с трубкой выводится на переднюю брюшную стенку, дистальный конец зонда выводят наружу, а проксимальный конец зонда оставляют в полости желудка. Преимуществом разработанных способов декомпрессии пищеварительного тракта является профилактика трахеобронхита и пневмонии.

Прогностические критерии риска развития послеоперационной пневмонии в абдоминальной хирургии

Критерии риска развития ПП	Характеристика критериев
1. Возраст, лет	<60 лет
2. Сопутствующие заболевания органов дыхания	Есть
3. Длительность ИВЛ	Более 3ч
4. Продолжительность операций	Более 3ч
5. Койко-день в реанимации	Более 10 дней
6. Послеоперационное ВБД	Более 15мм.рт.ст
7. Операционный доступ	подреберный
8. Назоинтестинальная интубация	Более 5 суток

Для снижения выраженности воспалительных изменений в легких и профилактики трахеобронхита, пневмонии и улучшения результатов интенсивного лечения больных с патологией органов дыхательной системы, находившихся на ИВЛ, в послеоперационном периоде проводили ингаляцию офлоксацином два раза в сутки в дополнение к системе антибактериальной терапии.

Заключение. Таким образом, комплексное исследование прогнозирования, ранняя диагностика и профилактика послеоперационной пневмонии при неотложной абдоминальной патологии снижает частоту осложнений, сокращает реанимационные койко-дни и уменьшает послеоперационную летальность.

ЛИТЕРАТУРА (п. 8 см. в REFERENCES)

1. Апатова О.В. Возможности рентгенографии органов грудной полости в дифференциальной диагностике послеоперационных пневмоний // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013.- Т.3, №2. - С.26-29.
2. Любошевский П.А. и др. Значение эпидуральной анестезии и аналгезии в профилактике послеоперационной респираторной дисфункции и осложнений // Вестник Российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России. 2012. - Т.2, №12. - С.10-14.
3. Любошевский П.А., Забусов А.В., Тимошенко А.Л. Роль регионарной анестезии в профилактике послеоперационной респираторной дисфункции // Анестезиология и реаниматология. — 2011. — № 6. — С. 34-38.
4. Мурадов А.М., Мурадов А.А., Амонова Ш.А., Рахимов Н.Г., Хамидов Дж.Б. Сравнительный анализ функций легких по регуляции реологии у больных с различной патологией при критических состояниях. // Здравсохранение Таджикистана.- 2015.- №4.- С.42-52.
5. Полвонов Ш.Б., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. Профилактика и лечение послеоперационных пневмоний у больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник Педагогического университета.- 2015. - № 2-1 (63). - С. 91-96.
6. Правосудова Н.А., Мельников В.Л. Структура послеоперационных осложнений в отделении тора-

кальной онкологии // Интеграция наук. - 2016. - №2 (2). - С.31-32.

7. Эккерт Н.В., Бондарев В.А. Оценка информированности пациентов многопрофильного стационара о проблеме внутрибольничных инфекций // В мире научных открытий.- 2015.- № 12 (72).- С. 579-591.

REFERENCES

1. Apatova O. V. Vozmozhnosti rentgenografii organov grudnoy polosti v differentsialnoy diagnostike posleoperatsionnykh pnevmoniy [Possibilities of radiography of thoracic cavity in differential diagnosis of postoperative pneumonia]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy - Bulletin of medical Internet conferences*, 2013, Vol. 3, No. 2, pp. 26-29.
2. Lyuboshevskiy P. A. Znachenie epiduralnoy anestezii i analgezii v profilaktike posleoperatsionnoy respiratornoy disfunktsii i oslozhneniy [The importance of epidural anesthesia and analgesia in the prevention of postoperative respiratory dysfunction and complications]. *Vestnik Rossiyskogo nauchnogo tsentra rentgenoradiologii Minzdrava Rossii - Herald of the Russian scientific center of radiology of the Ministry of health of Russia*, 2012, Vol. 2, No. 12, pp.10-14.
3. Lyuboshevskiy P. A., Zabusov A. V., Timoshenko A. L. Rol regionarnoy anestezii v profilaktike posleoperatsionnoy respiratornoy disfunktsii [The role of regional anesthesia in the prevention of postoperative respiratory dysfunction]. *Anesteziologiya i reanimatologiya - Anesthesiology and intensive care*, 2011, No. 6, pp. 34-38.
4. Muradov A. M., Muradov A. A., Amonova Sh. A., Rakhimov N. G., Khamidov Dzh. B. Sravnitelnyy analiz funktsiy legkikh po regulatsii reologii u bolnykh s razlichnoy patologiei pri kriticheskikh sostoyaniyakh [Comparative analysis of lung function in regulating rheology in patients with various pathologies in critical conditions]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 4, pp. 42-52.
5. Polvonov Sh. B., Kurbonov K. M., Nazirboev K. R. Profilaktika i lechenie posleoperatsionnykh pnevmoniy u bolnykh s ostroy kishechnoy neprohodimostyu [Prevention and treatment of postoperative pneumonia in patients with acute intestinal obstruction]. *Vestnik Pedagogicheskogo universiteta – Herald of Pedagogical University*, 2015, No. 2-1 (63), pp. 91-96.
6. Pravosudova N. A., Melnikov V. L. Struktura posleoperatsionnykh oslozhneniy v otdelenii torakalnoy

onkologii [Structure of postoperative complications in the department of thoracic oncology]. *Integratsiya nauk – Integration of science*, 2016, No. 2 (2), pp. 31-32.

7. Ekkert N. V., Bondarev V. A. Otsenka informirovannosti patsientov mnogoprofilnogo statsionara o probleme vnutribolnichnykh infektsiy [Assessment of patients awareness about the problem of nosocomial infections in a multidisciplinary hospital]. *V mire nauchnykh otkrytiy – In the world of scientific discoveries*, 2015, No. 12 (72), pp. 579-591.

8. Dulce M., Taxonera C., Giner M. Update on pathogenesis and clinical management of acute pancreatitis. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 2012, Vol. 3, No. 3, pp. 60-70.

**Д.А. Абдуллоев, Д.Э. Маджитов,
М.К. Билолов, Ш.Ш. Сайфудинов**

ПЕШГИРИИ ИЛТИХОБИ ПАСАЗЧАРРОХИИ ШУШ ЗИМНИ ЧАРРОХИИ ТАЪХИРНОПАЗИРИ АБДОМИНАЛИ

Кафедра чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Билолов Муҳаммад Қандилович – н.и.т., ассистенти кафедраи чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; тел.: +992 93 459 09 09

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сабабҳои асосии инкишофи илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш дар чарроҳии абдоминалӣ ва таҳия намудани усулҳои пешгириву муолиҷаи он.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлил намудани натиҷаи ташҳиси комплексӣ ва муолиҷаи чарроҳии 310 бемори гирифтори илтиҳоби пасазамалиётҳои

шуш, ки ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар гурӯҳи I – санҷишӣ 120 (38,7%) бемор шомил буд, ки дар мавриди онҳо усулҳои анъанавии муолиҷа ба қор бурда шуд; дар гурӯҳи II – асосӣ бошад, 190 (61,3%) бемор шомил буд ва таҳхису муолиҷаи гурӯҳи мазкур бо усулҳои муосир анҷом дода шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар мавриди 132 бемор муоинаи комплексии рентгенологӣ истифода шуд ва зимнан дар 78%-и беморон бронхопневмония, дар 22%-и беморон бошад, манзараи бронхити музмин ба мушоҳида расид. Дар 42 бемори гирифтори дараҷаи вазнин ҷараёни нисбатан вазнини илтиҳоби шуш мушоҳида шуд; зимнан ВБД зиёда аз 20мм.сут.сим буд. ВБД, дар 32 бемори дараҷаи вазниниаш миёна, 12мм.сут.сим ва сершавӣ аз оксиген бошад, $92 \pm 2,2\%$ -ро таъкил меод.

Омилҳои хатар, дар афзоиши илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш, давомнокии амалиёт, муодомати ҲСШ ($n=23$) ва мавҷуд будани сирояти беморхонагӣ ба ҳисоб мерафт.

Барои пешгирии афзоиши илтиҳоби пасамалиётҳои шуш, усули таҳиягардидаи интубатсияи интегрии рӯдаи борик ($n=11$) ба қор бурда шуд, ки таваҷҷути аппендикостома амалӣ карда мешуд. Дар марҳилаи пасазчарроҳӣ дар як шабонарӯз ду маротиба илова бар системаи муолиҷаи зиддибактериявӣ ингалятсия ба амал оварда мешавад.

Хулоса. Таҳхис ва пешгирии барвақтии илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш, зимни патологияи таъхирнопазирӣ абдоминалӣ, ба дараҷаи муайян натиҷаи мустақими муолиҷаи беморони категорияи мазкурро беҳтар мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: патологияи таъхирнопазирӣ абдоминалӣ, илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш, пешгирӣ.

УДК 616.36-006;616.36-008.64

З.А. Азизов, Н.М. Даминова, К.М. Курбонов

СКРЫТАЯ ПЕЧЁНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”

Азизов Зубайдулло Абдуллоевич – научный сотрудник ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”, г. Душанбе, ул. Камонгарон – 3; e-mail: azizov-med76@mail.ru; тел.: 2-39-89-49; +992 918-68-73-17

Цель исследования. Ранняя диагностика, прогнозирование и профилактика печеночной недостаточности при хирургическом лечении объёмных образований печени.

Материал и методы исследований. Под наблюдением находилось 64 больных с объёмными образованиями печени. Мужчин было 52 (81,2%), женщин - 12 (18,8%) в возрасте от 26 до 74 лет.

Для ранней диагностики депрессии гепатоцитов при объёмных образованиях печени (ООП) в ткани с помощью гистохимических методик определяли содержание коферментов никотинамидадениндинуклеотида (НАД), никотинамидадениндинуклеотидфосфата (НАДФ) и фермента ксантиноксидазы (КО), а также малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) по методике Ю.В. Сухопара (1987).

С целью профилактики и лечения скрытой печеночной недостаточности больным основной группы в послеоперационном периоде назначали антигипоксическую и антиоксидантную терапию реамбе-рином в течение 5-6 суток до и после операции, а также препараты, улучшающие метаболизм печени (Гепасол А).