

ны, в то время как среди долгожителей (старше 90 лет) — женщины. Основной причиной травмы послужила старческая астения, определяющая двигательную функцию и мышечную силу. Среди пациентов пожилого и старческого возраста преобладала сочетанная травма. Общая летальность в первые трое суток составила 18,29%, в то же время наибольшее число пациентов пожилого и старческого возраста (32%) погибло с ЧМТ.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

ВЛАСОВ А.П., МАЛАНИЧЕВ М.Ю., ПОГОСЯН Д.А.,

БОЛУШЕВ П.А., ГАНИНА М.В., ЧЕГИН С.В.

МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск

var.61@yandex.ru

Актуальность. Перитонит остается одним из тяжелых осложнений различных urgentных болезней живота, о чем, в первую очередь, свидетельствует высокая летальность, причиной которой является прогрессирующая эндогенная интоксикация, приводящая к органной недостаточности. Известно, что в патогенезе эндотоксикоза важнейшую роль играет не только воспалительный очаг, но и кишечник, физиологический функциональный статус которого нарушается вследствие паралитической непроходимости. В этой связи перед хирургией стоит задача объективной оценки его состояния с целью прогнозирования энтеральной недостаточности, чему и посвящена настоящая работа.

Материал и методы. В эксперименте на модели острого калового перитонита (n=17) различной степени тяжести изучали морфофункциональное состояние кишечника с акцентом на изучение его «вклада» в интоксикационный процесс и патогенетические механизмы нарушения барьерной его функции с установлением ее ведущих факторов. В клинике больным острым перитонитом (n=23), развившимся на фоне острого аппендицита или прободной язвы двенадцатиперстной кишки, проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Изучались показатели, характеризующие эндотоксикоз и перекисное окисление липидов, фосфолипазную активность плазмы крови.

Результаты. Экспериментально установлено, что при изучении уровня токсических продуктов в крови, оттекающей от кишечника, при остром распространенном серозном перитоните отмечено существенное их увеличение: токсических продуктов гидрофильной природы в течение первых трех суток после операции более чем на 16 %, гидрофобной природы — более чем на 14 %. Установлено, что при этой тяжести перитонита моторная функция кишечника восстанавливалась не позднее двух суток. В раннем послеоперационном периоде при моделированном остром распространенном гнойно-фибринозном перитоните барьерная функция кишечника страдала в большей степени. Уровень гидрофильных токсических

продуктов в плазме крови, оттекающей от кишечника, возрастал более чем на 20%, гидрофобных — более чем на 19%. Моторная функция кишечника восстанавливалась не ранее чем через двое суток после операции. Биохимическими исследованиями показано, что энтеральная недостаточность при остром перитоните сопряжена с активизацией процесса перекисного окисления липидов и фосфолипаз на фоне угнетения антиоксидантного энзимного потенциала. Причем изменения указанных показателей гомеостаза были более выражены при тяжелом перитоните. На основе оценки в динамике показателей эндогенной интоксикации и моторики кишечника разработаны способы оценки и прогнозирования энтеральной недостаточности (заявки на патент). Указанные способы позволяют объективно оценить характер энтеральной недостаточности и прогнозировать ее характер в раннем послеоперационном периоде, что является основой для определения стратегии и тактики в лечении больных тяжелым перитонитом.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГНОЙНО- ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КИШКИ

ГРИНЦОВ А.Г., АНТОНЮК С.М., АХРАМЕЕВ В.Б.,

АНДРИЕНКО И.Б., ЛУЦЕНКО Ю.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк
depot86@inbox.ru

Как известно, ГДПК относятся к такой патологии, которая может в короткий срок существенным образом изменить состояние гомеостаза больного в виде нарушения белкового, водно-солевого и других видов обмена веществ. Это, главным образом, касается деструктивных процессов проксимальных отделов тонкой кишки (ТК), особенно обструктивного характера.

Практикующееся введение выделившегося через дефект кишки химуса в чистом виде, или в смеси с питательными веществами в отводящую петлю (ОП) кишки, несущей свищ, к сожалению, не может помочь в решении проблемы, поэтому ГДПК проксимального отдела ТК обструктивного характера требуют неотложного хирургического вмешательства. Сложность такого рода оперативных вмешательств объясняется наличием свежесформированного инфильтративно-адгезивного процесса, иногда в условиях еще незавершившегося перитонита, когда петли ТК представлены плотным конгломератом, попытка разделения которого может привести к повреждению органа.

Целью настоящего сообщения является обоснование разработанных оригинальных диагностических приемов и операций, направленных на оптимизацию решения обструктивной проблемы.

Материал и методы. В работе обобщены результаты лечения 36 больных с ГДПК, возникшими после различных операций на кишечнике, которые потребовали неотложных оперативных вмешательств. Мужчин было 27,