

УДК 616.34-008.64.085

Лікувальна тактика при гострому перитоніті

І.Ю. ПОЛЯНСЬКИЙ

Буковинська державна медична академія

TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE PERITONITIS

I.YU. POLYANSKIY

Bucovynian State Medical Academy

На основі досліджень провідних ланок патогенезу гострого перитоніту вдосконалено всі етапи лікування таких хворих, розроблені методи попередження прогресування та розповсюдження запального процесу по очеревинній порожнині, комплексна профілактика неспроможності швів. Доведена ефективність використання розроблених методів при лікуванні 124 хворих з різними формами перитоніту.

Basing on studies of the main links of acute peritonitis pathogenesis are advanced all stages of the treatment of such patients, designed methods of the preventive progress and spreading the inflammatory process in peritoneal cavity, complex preventive on suture insufficiency. The efficiency of the use of designed methods at treatment of 124 patients with different forms of acute peritonitis was proved.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень та публікацій. Лікування хворих з гострим перитонітом є однією з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії. Низька ефективність існуючих методів зумовлена відсутністю єдиної загально визнаної лікувальної тактики, використанням різних методів оперативного втручання [7,8,10]. Підвищенню ефективності лікування хворих з гострим перитонітом перешкоджає ще й те, що багато аспектів його багатогранного патогенезу вивчені недостатньо повно [1,2,3,4,5,6], що утруднює не тільки вибір адекватного обсягу оперативного втручання, а й комплексного післяопераційного лікування [9,11].

Матеріали і методи. Об'єктом експериментальних досліджень стали 204 тварини, серед яких 158 самців та самок білих шурів та 46 безпородних собак. Умови утримування тварин відповідали необхідним вимогам. При виконанні експериментів витримувались основні вимоги Гельсінської декларації прав людини (1975) та Ванкуверської конвенції (1979, 1994) про біомедичні експерименти. Гострий перитоніт моделювали за власною методикою (А.с. № 1827682). Клінічний матеріал склали 124 хворих з різними формами гострого перитоніту віком від 16 до 75 років.

Результати досліджень та їх обговорення. Провівши клінічні та експериментальні дослідження,

ми виявили нові аспекти ініціації та прогресування запального процесу в очеревинній порожнині, шляхи розповсюдження мікроорганізмів та токсинів з очеревинної порожнини, механізми реалізації системної запальної відповіді при перитоніті. Виявлені закономірності лягли в основу розробленої лікувальної тактики при розповсюджених формах перитоніту.

Встановлений діагноз розповсюдженого перитоніту є абсолютним показанням до оперативного втручання, яке виконується в ургентному порядку за життєвими показаннями. Передопераційна підготовка повинна проводитись тільки при необхідності, в максимально стислі строки, для корекції гемодинаміки в межах, достатніх для проведення операції.

Оперативне втручання повинно бути направлене на вирішення 3-х основних завдань: ліквідації причини перитоніту, ефективної санації очеревинної порожнини та забезпечення умов для тривалого локального впливу на перебіг в ній запального процесу.

Вирішення першого завдання оперативного лікування перитоніту залежить від причини, що його викликала. Важливим є вибір адекватного обсягу оперативного втручання. З одного боку, воно повинно радикально по ліквідувати причину перитоніту, з іншого – бути мінімальним, з якомога меншою кількістю накладених швів, неспроможність яких є основним ускладненням післяопераційного періоду.

Суттєво знизити небезпеку такого ускладнення, за нашими даними, можливо при дотриманні наступних умов:

- 1) вірогідно визначити життєздатність ділянок органа, на який накладаються кишкові шви;
- 2) обґрунтовано вибирати спосіб зашивання, вид кишкового шва з врахуванням його властивостей;
- 3) забезпечити захист лінії швів від згубної дії перитонеального ексудату.

Для вірогідного визначення життєздатності тканин і органів нами розроблена методика, що ґрунтується на вимірюванні їх питомої електропровідності.

Вибраний для зашивання кишковий шов повинен бути стійким до дії пошкоджуючих факторів як з боку просвіту кишки, так і до дії перитонеального ексудату; потрібно надійно зіставляти зашиті ділянки, тривалий час утримувати їх в такому стані, забезпечуючи високі параметри фізичної герметичності. Всіма цими властивостями володіє розроблений нами безперервноузловий шов (А.с. № 1729496), який повинен стати методом вибору при перитоніті. Ми з успіхом використали його у 124 хворих з перитонітом.

Нами в експерименті досліджені деякі механізми розвитку неспроможності лінії швів при перитоніті. Встановлено, що біологічна герметизація лінії швів досягається шляхом відкладення фібрину у ділянці з'єднання стінок і подальшої його організації з утворенням сполучної тканини. Разом з тим, при перитоніті в запальний процес втягується, в першу чергу, серозна оболонка. Лізис протеолітичними ферментами фібрину, який герметизує лінію швів, призводить до порушення основної ланки репаративної регенерації з'єднаних стінок органа, а дія на лінію швів мікроорганізмів, біологічно активних речовин призводить до розвитку запального процесу, дегенеративно-деструктивних змін в прилеглих ділянках, порушення репаративних процесів. В зв'язку з цим, нами запропоновано (Патент РФ № 2027407) спосіб захисту кишкових швів при перитоніті, в основі якого лежить покриття їх твердою мозковою оболонкою плодів (ПТМО), консервованою таким чином, щоб не лише зберегти їх структуру, механічну міцність, але й надати їм необхідних антимікробних властивостей. Як свідчать результати експериментальних досліджень та клінічних спостережень, консервовані ембріональні тканини не тільки попереджують порушення біологічної герметичності лінії швів, а й прискорюють регенерацію. Із 74 хворих, у яких використана така методика закріплення лінії швів, неспроможність не виявлена в жодному випадку.

Другим завданням оперативного лікування перитоніту є санація очеревинної порожнини. Від її ефективності багато в чому залежить перебіг післяопераційного періоду. Порівняльна оцінка різних методів санації очеревинної порожнини при перитоніті свідчить, що найефективнішим способом є багаторазове промивання очеревинної порожнини оксигенованими розчинами поверхневоактивних антисептиків з наступним ультрафіолетовим опроміненням, яке дозволяє знизити мікробну забрудненість очеревини на 85-87%. Досягти абактеріальності очеревинної порожнини, ліквідації в ній запального процесу існуючими на сьогодні методами одномоментної санації практично неможливо.

В зв'язку з цим, важливим в процесі лікування перитоніту є забезпечення можливості тривалого локального впливу на перебіг запального процесу в очеревинній порожнині. Для цього при розповсюджених формах перитоніту ми використовуємо запрограмовані лапароскопії – повторні розкриття очеревинної порожнини для її санації, контролю за перебігом запального процесу, спроможністю накладених швів. Виноуємо її за розробленим способом (Патент України № 50932 А). Повторні розкриття поєднуємо з розробленими способами локальної (Патент України № 52878) та тотальної перитонеосорбції (Патент України № 50921), які дають змогу не тільки попередити дію патогенних агентів на очеревину, а й зменшити їх всмоктування та розповсюдження по організму, знижуючи прояви ендотоксикозу.

Розроблений комплекс післяопераційних заходів, який направлений на корекцію провідних механізмів прогресування запального процесу в очеревинній порожнині.

Проведені дослідження свідчать, що така лікувальна тактика є ефективною у хворих з розповсюдженими формами гострого перитоніту і дозволила знизити летальність з 16,7 до 5,8%.

Висновки. 1. Лікувальна тактика, направлена на ліквідацію провідних механізмів розвитку запального процесу в очеревинній порожнині, попередження виникнення різних ускладнень, дозволяє значно покращити результати лікування з розповсюдженими формами перитоніту

2. Для профілактики неспроможності швів і анастомозів в умовах перитоніту ефективними є розроблені методи визначення життєздатності тканин, закріплення лінії швів консервованими ембріональними тканинами, використання запрограмованих повторних розкриттів очеревинної порожнини.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3. Перспективними є поглиблені дослідження механізмів транслокації мікроорганізмів і токсинів при різних формах перитоніту і розробка методів

цілеспрямованого інтра- та післяопераційного впливу на шляхи їх генералізації

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева Н.В. Стан оксидантної та захисної глутатіонової системи крові хворих в різні періоди мозкового інсульту // 1998.– Т.2, № 2. – С. 80-84.
2. Габриелян Н.И., Дмитриев А.А., Кулаков Г.П. и др. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях // Клини. мед.– 1991.– Т.59, № 10.– С. 38-42.
3. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1969. – 611с.
4. Дубинина Е.Е. Антиоксидантная система плазмы крови // Укр. биохим. журн.– 1992.– Т.64, № 2. –С. 3-15.
5. Запорожец А.А. Механизм возникновения и профилактика перитонита после операций на желудочно-кишечном тракте: Автореф. дис... докт. мед. наук. – Минск, 1984. – 38 с.
6. Мешишен І.Ф. Метод визначення окислювальної модифікації білків плазми (сироватки) крові // Буковинський медичний вісник.– 1998.– Т.2, № 1.– С.156-158.
7. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990.– 560с.
8. Неотложная абдоминальная хирургия / Под.ред А.А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2000. – 496 с.
9. Острый разлитой перитонит / Под ред. А.Й. Струкова, В.Й. Петрова, В.С. Паукова. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
10. Caron R., Gorla C., Florianello F. Il riassorbibile nella sutura della parete abdominale // Minerva Chir.– 1988. – V. 43, № 19. – P.1605-1607.
11. Kressner U., Antonsson J., Ejerblad S., Gerdin B., Pahlman L. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis- an alternative to Hartman procedure in emergency surgery of the left colon // Eur. J. Surg.– 1994.– V. 160, № 5.– P. 287-292.