

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ

І.Ю. Полянський

Буковинський державний медичний університет

Кафедра хірургії та очних хвороб (зав. - проф. І.Ю. Полянський)

Реферат

Узагальнено досвід лікування 860 хворих на гострий перитоніт з використанням лікувальної тактики, яка базується на різнобічних дослідженнях патогенезу запального процесу в черевній порожнині. Показана необхідність клінічно-лабораторного та інструментального моніторингу тих патологічних процесів, які є провідними на конкретному етапі розвитку перитоніту, що дає можливість визначити лікувальну тактику. Конкретизовано завдання операційного втручання, вказано методи їх реалізації. Запропоновано створення протоколів лікування хворих на перитоніт, які включають різні варіанти його перебігу і дають змогу проводити відповідну корекцію як медикаментної терапії, так і хірургічних маніпуляцій. Використання такого підходу дало змогу значно підвищити ефективність лікування хворих на гострий перитоніт, знизити летальність до 5,93 %.

Ключові слова: *гострий перитоніт, патогенез, лікувальна тактика*

Abstract

NOVEL APPROACHES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PERITONITIS

I. Y. POLANSKY

The Bukovinian State Medical University

The results of treatment of 860 patients with acute peritonitis based on studying pathogenesis of inflammatory process in the abdominal cavity were analyzed. A necessity of clinical and laboratory and instrumental monitoring of the pathological processes that enables determination of treatment tactics of peritonitis was grounded. The tasks of operative treatment, and methods of their realization are described. Treatment protocols for the patients with peritonitis which included different actions are proposed. The application of such approach enabled to promote considerably the efficiency of treatment of patients with acute peritonitis that permitted to decrease mortality to 5.93 %.

Key words: *acute peritonitis, pathogenesis, treatment tactics*

Вступ

Підвищення ефективності лікування хворих на різні форми гострого перитоніту є однією з найактуальніших проблем хірургії [2, 4, 5]. Висока небезпека виникнення, чутливість прогностичних критеріїв, лавиноподібне наростання клінічних виявів, зумовлених патофізіологічними та патоморфологічними процесами, швидкий розвиток функціональної недостатності різних ор-

ганів і систем - все це виводить перитоніт в одну з найскладніших хірургічних проблем [1]. Парадокс у тому, що перитоніт починається як захисна запальна реакція очеревини у відповідь на ураження чи травму структур, покритих очеревиною, а розвиток його призводить до переростання захисної реакції у пошкоджуючу, таку, що лавиноподібно наростає і супроводжується функціональними та структурними порушеннями різних органів і систем, такими змінами гомеостазу, які не сумісні з життєдіяльністю організму [2].

Характерно, що при перитоніті розвиваються тільки ті процеси, які у фізіологічних умовах забезпечують сталість гомеостазу, однак, із за дискоординації їх вираженості, послідовності та об'єктів реалізації кінцевим проявом є спотворення цих реакцій, формування дисбалансу між окремими ланками, і, як наслідок - функціональні і структурні ушкодження [1].

У зв'язку з цим, підвищити ефективність лікування хворих на перитоніт можливо тільки шляхом оцінки наявності та вираженості дисбалансу між захисними і пошкоджуючими складовими цих реакцій і адекватної їх корекції.

Із запальним процесом при перитоніті слід не стільки боротись, скільки його коригувати, направляючи у потрібне, захисне русло.

Матеріал і методи

Клінічний матеріал склали 860 хворих, що знаходились на лікуванні у клініці з приводу гострого перитоніту за період від 1993 до 2007 р. У хворих у динаміці оцінювали вираженість клінічних ознак, змін лабораторних показників, результати інструментальних, мікробіологічних та морфологічних обстежень. Для поглибленого дослідження окремих ланок патогенезу перитоніту і напрацювання методів лікування проведені експерименти на безпородних собаках та щурах, на власних моделях [3]. Статистичне обчислення проводили за загальновизнаними методами.

Результати й обговорення

Аналіз причин виникнення гострого перитоніту,

їх зв'язок з характером перебігу захворювання свідчить про відмінності у становленні запального процесу в черевній порожнині при перфорації порожнистого органа та переході запалення з нього. Стрімкий початок при перфорації зумовлений потраплянням пошкоджуючих агентів у незмінену черевну порожнину, що призводить до активації переважно нейро-гуморальних механізмів захисних реакцій. У розповсюдженні запального процесу з первинно ураженого порожнистого органу провідну роль відіграють зниження місцевої резистентності, зростання концентрації мікроорганізмів до етіологічно значимих величин, активація і розповсюдження тканинних та гуморальних медіаторів запалення. Водночас, ці відмінності вдається виявити тільки впродовж короткого терміну, який відповідає реактивній стадії перитоніту. У подальшому ці відмінності нівелюються запуском однотипних процесів, спрямованих на реалізацію програми системної запальної відповіді.

За умови певного співвідношення між пошкоджуючими та захисними факторами можливе відмежування та знешкодження патогенних чинників, що клінічно проявляється розвитком інфільтрату, у який втягнені прилегли та відносно мобільні анатомічні структури.

При переважанні факторів пошкодження, що частіше зумовлено властивостями мікроорганізмів, гіперергічною реакцією факторів неспецифічної резистентності та імунітету, надмірною, однобічною активацією різних систем запальний процес поширюється в черевній порожнині, охоплюючи розміщені в ній структури. При цьому активуються практично всі системи, що мають відношення до захисту та відновлення. Тому перитоніт з самого початку виникнення носить системний характер з формуванням системної запальної відповіді. Наявність синдрому системної запальної відповіді (SIRS) виявляється дещо пізніше, при клінічній маніфестації патогенетичних механізмів запалення. Характерно, що така маніфестація і її вияви залежать не тільки від активації прозапальних чинників, а й від вираженості реакції протизапальних факторів, які активуються паралельно. Саме порушення співвідношення між прозапальними та протизапальними факторами лежать в основі деструктивних процесів при перитоніті, у виникнен-

ні величезної кількості токсичних чинників, які проявляють місцеву та дистанційну дію, порушують функції різних органів і систем, що зумовлює розвиток поліорганної недостатності. Для попередження дистанційного впливу токсинів та мікроорганізмів важливого значення набуває об'єктивна оцінка шляхів їх розповсюдження з черевної порожнини. Ми виявили структурні, видові та часові відмінності розповсюдження токсинів і мікроорганізмів через системи нижньої порожнистої, ворітної вен та лімфи, дослідили функціональні і структурні зміни у органах-бар'єрах, які є першим об'єктом дистанційного впливу чинників запалення. Прорив цих бар'єрів призводить до генералізації процесу, активації систем детоксикації, компенсаційно-приспосувальних механізмів, спрямованих на збереження гомеостазу. Порушення співвідношення між агресивними пошкоджуючими чинниками і потенційними можливостями факторів захисту і компенсації, лавиноподібне наростання перших та виснаження других зумовлюють неспроможність цих систем, такі зміни гомеостазу, що не сумісні з життєдіяльністю організму.

Експериментальне відтворення моделі перитоніту без цілеспрямованого впливу на його механізми засвідчило, що програма запалення має напрямок до неспинного розвитку, який зумовлений автокаталітичними механізмами, причому майже кожному із цих механізмів властиві кілька напрямків, не властивих початковій програмі запалення. Вони формують "згубні кола", які є додатковими стимуляторами вже активованих факторів пошкодження, ініціюють нові патогенетичні механізми, не властиві початковим етапам розвитку запального процесу в черевній порожнині. Характерно, що ці процеси різняться як у часі, так й у вираженості, що зумовлює не тільки наявність певних фаз чи етапів розвитку перитоніту, а й індивідуальні відмінності його перебігу. Будь-який з цих механізмів на певному етапі може стати провідним, визначальним у вираженості порушень гомеостазу.

У зв'язку з цим, для реальної оцінки характеру патологічного процесу при перитоніті важливого значення надаємо клінічно-лабораторному та інструментальному моніторингу тих процесів, які є провідними на конкретному етапі розвитку перитоніту. Такий моніторинг дає змо-

гу не тільки оцінити стан хворого, а й визначати лікувальну тактику, яка повинна бути спрямована на вплив і корекцію провідних механізмів пошкоджень та захисту.

Операційне лікування є тільки одним із складових лікувальної тактики. Завдання операційного втручання полягають у ліквідації причини перитоніту, ефективній санації черевної порожнини та створенні можливості локального впливу і контролю за перебігом запального процесу, життєздатності органів і структур черевної порожнини.

Кожне з цих завдань вирішується індивідуально, у залежності від причини, характеру патологічного процесу і стандартизації.

Обсяг операції з ліквідації причини перитоніту повинен бути мінімально достатнім. Актуальною проблемою при цьому є небезпека розвитку неспроможності накладених швів, без яких виконати це завдання досить проблематично. В зв'язку з цим, обов'язковим вважаємо використання методів закріплення та захисту лінії швів, для чого розробили кілька методів, які базуються на дослідженнях патогенезу неспроможності швів.

Найпроблемнішим є завдання ефективної санації черевної порожнини. Проведені дослідження дають підставу стверджувати, що однометною інтраопераційною санацією досягнути абактерійності черевної порожнини існуючими методами неможливо - переважно видаляються ті мікроорганізми і токсини, що знаходяться в перитонеальному ексудаті, однак у нашаруваннях фібрину, у товщі тканин залишаються мікроорганізми та біологічно активні чинники в досить високій концентрації, які у подальшому зумовлюють продовження і розвиток запально-деструктивних змін. У зв'язку з цим обґрунтованим є використання програмованих повторних санацій, які проводимо у різні терміни, в залежності від характеру запалення в черевній порожнині.

Для забезпечення локального впливу на токсини та мікроорганізми у проміжку між повторними санаціями використовуємо перитонеосорбцію - розміщення в черевній порожнині контейнерів зі сорбентом, якому надані антимікробні властивості. Стендові, експериментальні та клінічні дослідження свідчать, що з допомогою сорбентів вдається значно зменшити місцеву дію токсинів та мікроорганізмів на структури черев-

ної порожнини, їх всмоктування та генералізацію, знизити вираженість ендотоксикозу, прискорити зворотній розвиток запального процесу.

Комплекс медикаментних засобів при перитоніті направляємо на корекцію тих патогенних механізмів, які є провідними у конкретний період розвитку перитоніту. Слід підкреслити, що будь-який з них при неадекватній корекції може стати причиною незадовільного результату лікування.

У зв'язку з цим, вважаємо за доцільне створювати не стандарти, а протоколи лікування хворих на перитоніт, які включають різні варіанти його перебігу і дають змогу проводити відповідну корекцію як медикаментної терапії, так і хірургічних маніпуляцій.

Використання такого підходу до лікування хворих на гострий перитоніт дало змогу значно підвищити ефективність лікування, знизити летальність до 5,93 %.

Висновки

1. Для об'єктивної оцінки характеру патологічного процесу при перитоніті інформаційним є клінічно-лабораторний та інструментальний моніторинг цих патологічних процесів, які є провідними на конкретному етапі розвитку перитоніту.
2. Лікувальна тактика при гострому перитоніті повинна бути спрямована на цілеспрямований вплив і корекцію провідних механізмів пошкоджень та захисту. Для цього доцільно створювати протоколи лікування хворих, які включають різні варіанти перебігу перитоніту і дають змогу проводити відповідну корекцію як медикаментної терапії, так і хірургічних маніпуляцій.

Література

1. Дзюбановський ІЯ, Мігенько БО. Динаміка активності антиоксидантної системи у хворих на гострий поширений перитоніт. Клін експеримент патолог 2007; 6(3):38-40.
2. Ерюхин ІА, Шляпников СА. Хирургический сепсис (дискуссионные аспекты проблемы). Хирург 2000; 3: 44-46.
3. Полянський ІЮ. Гострий перитоніт - проблеми та перспективи. Бук мед вісн 2002; 6(1-2): 16-21.
4. Федоров ВД, Гостищев ВК, Ермолов АС, Богницкая ТН. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных. Хирург 2000; 4: 58-62.
5. Bjerkeset T, Havik S, Aune KE, Rosseland A. Acute abdominal pain as cause of hospitalization. Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126(12): 1602-1604.