

УДК 616.381-002-07

Лікувальна тактика у хворих на гострий перитоніт

І.Ю. ПОЛЯНСЬКИЙ

Буковинський державний медичний університет

MEDICAL TACTICS AT THE PATIENTS WITH ACUTE PERITONITIS

I.YU. POLYANSKY

Bucovynian State Medical University

У роботі узагальнено досвід лікування 860 хворих на гострий перитоніт із використанням розробленої патогенетично обґрунтованої лікувальної тактики. Показана необхідність динамічної оцінки мікробних чинників запального процесу, створення на шляху їх розповсюдження високої концентрації антимікробних препаратів. Конкретизовано показання та викладені методики проведення програмованих санацій очеревинної порожнини, перитонеосорбції. Використання такої лікувальної тактики дало змогу значно підвищити ефективність лікування хворих на гострий перитоніт, знизити летальність до 5,93 %.

Our research work summarizes the experience of treatment of 860 patients with severe peritonitis with the using of developed pathogenetically substantiated medical tactics. The necessity of dynamic estimation of the microbial factors of inflammatory process was showed, creation on the way of their distribution of high concentration of antimicrobial preparations. The indications and the methods of leadthrough of programmable sanitation of alvus are expounded. The using of such medical tactics enabled to promote considerably the efficiency of the treatment of patients with severe peritonitis, to decrease lethality to 5,93 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Однією з найактуальніших проблем в абдомінальній хірургії є поліпшення результатів лікування хворих на гострий перитоніт [4, 5, 6]. Висока небезпека виникнення, відсутність прогностичних критеріїв, прогресуюче наростання клінічних проявів, швидкий розвиток поліорганної недостатності – все це ставить перитоніт в одну з найскладніших медичних проблем [10-12]. Незважаючи на суттєвий прогрес у розумінні перитоніту як хірургічної, так і загальнобіологічної проблеми, розробки нових підходів до діагностики та лікування таких хворих, застосування найсучасніших антибактеріальних препаратів, проблема ця залишається далекою від остаточного вирішення [10-12]. Летальність при розповсюджених формах гострого перитоніту перевищує 40-85 % [5-7]. Зумовлено це багатьма причинами, одна з яких – недостатньо різнобічне дослідження патогенезу запального процесу в очеревинній порожнині [4, 5, 9], що виключає можливість цілеспрямованої корекції механізмів ушкоджень.

Мета роботи: підвищити результати лікування хворих на гострий перитоніт шляхом дослідження провідних механізмів його розвитку і розробки на цій основі адекватної лікувальної тактики.

Матеріали і методи. За період з 1993 до 2008 року у клініці з приводу гострого перитоніту перебу-

вали на лікуванні 860 хворих. У всіх хворих у динаміці оцінювали вираження клінічних проявів, зміни лабораторних показників, результати інструментальних, мікробіологічних та морфологічних обстежень. Для поглибленого дослідження окремих ланок патогенезу перитоніту та напрацювання методів лікування проведені експерименти на безпородних собаках та щурах на власних моделях [9].

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені експериментальні дослідження свідчать, що провідними чинниками прогресування запального процесу в очеревинній порожнині, окрім параметрів резистентності, характеру реактивності, надмірної активації фібринолізу, протеолізу, процесів пероксидного окиснення, є зростання концентрації вірулентних мікроорганізмів до 10^7 - 10^8 мл/г. При цьому важливе значення мають не тільки види мікроорганізмів – ініціаторів запального процесу, їх вірулентні та патогенні властивості; нами виявлено динамічну зміну як якісних, так і кількісних параметрів мікрофлори в зоні запалення. Проведений мікробіологічний моніторинг дає підстави стверджувати, що у більшості випадків запальний процес в очеревинній порожнині ініціюється одними мікроорганізмами, підтримується дещо іншими, а закінчується перевагою найпатогенніших і вірулентних видів, які найбільш пристосовані до місцевих умов. Особливо важливою є зростаюча частота виявлен-

ня в зоні запалення та за його межами патогенних грибків, найпростіших, які майже не чутливі до сучасних антибактеріальних препаратів.

Великого значення надаємо об'єктивній оцінці шляхів транслокації мікроорганізмів і токсинів з очеревинної порожнини. Нами виявлені структурні, видові та часові відмінності розповсюдження мікроорганізмів і токсинів через системи нижньої порожнистої, ворітної вен та лімфи, досліджені функціональні і структурні зміни в органах-бар'єрах, які є першим об'єктом дистанційного впливу чинників запалення. Прорив цих бар'єрів призводить до генералізації процесу, активації систем детоксикації, компенсаторно-приспосувальних механізмів, спрямованих на збереження гомеостазу. Порушення співвідношення між агресивними пошкоджувальними чинниками та потенційними можливостями факторів захисту і компенсації зумовлює неспроможність цих систем, призводить до порушень гомеостазу, які не сумісні з життєдіяльністю організму.

У зв'язку з цим стає очевидною доцільність цілеспрямованого впливу на шляхи розповсюдження мікроорганізмів та токсинів. Окрім введення антимікробних препаратів у систему верхньої порожнистої вени, вважаємо за необхідне створити високу концентрацію препаратів у системі ворітної вени, для чого використовуємо розроблену методику [8], а також елімінувати з крові ворітної вени токсини шляхом портальної сорбції. Ефективним є ендолімфатичне введення препаратів, однак при цьому слід створювати високу їх концентрацію не тільки у пристінковій, а й у вісцеральній ланці лімфатичної системи, що можливо при використанні розробленої методики [11]. Постійна зміна мікробного чинника запального процесу, розповсюдження його по очеревині, неможливість одномоментного досягнення повної абактеріальності очеревинної порожнини через відсутність засобів високоєфективного антимікробного, протигрибкового впливу зумовлює необхідність використання повторних санаций очеревинної порожнини. Показаннями до планованого повторного розкриття очеревинної порожнини (програмованих лапароперцій) вважаємо розлитий та загальний перитоніт III Б і IV ст. тяжкості перебігу [6]. Строки виконання лапароперції повинні визначатись особливостями запального процесу в очеревинній порожнині, характером мікрофлори, ексудату, некробіотичних змін в тканинах та ін., однак не повинні перевищувати 48 год.

У процесі виконання запрограмованої лапароперції застосовуємо розроблений метод перитонеосорбції [3], в основі якого є розміщення у всіх відділах очеревинної порожнини контейнерів із сорбентом, яким попередньо надали антибактеріаль-

них властивостей. Контейнери замінюють при черговій лапароперції. Як свідчать проведені дослідження, концентрація мікроорганізмів в сорбенті через 24-48 год перевищує таку в ексудаті, а цитологічні та гістологічні дослідження тканин є доказом прискорення оборотного розвитку проявів запалення в очеревинній порожнині.

З 206 хворих кількість лапароперцій в середньому склала $(3,93 \pm 0,21)$, коливаючись від 1 до 17. Нагноєння післяопераційної рани спостерігалось у 6,7% хворих, евентерації після зашивання операційної рани не виявлено у жодному випадку.

Комплекс медикаментозних засобів при перитоніті направляємо на корекцію тих патогенетичних механізмів, які є провідними у конкретний період розвитку перитоніту. Для цього доцільно проводити клініко-лабораторний та інструментальний моніторинг їх проявів, що дає змогу індивідуалізувати об'єм лікувальних заходів, проводити їх корекцію у процесі лікування. Слід зауважити, що неадекватна корекція будь-якого з патогенетичних механізмів може стати причиною незадовільного результату лікування.

Використання такої лікувальної тактики у хворих на гострий перитоніт дало змогу значно підвищити ефективність лікування, знизити летальність до 5,93%.

Висновки. 1. Лікувальна тактика при гострому перитоніті повинна бути спрямована на корекцію провідних механізмів пошкоджень та захисту, які визначаються клініко-лабораторним та інструментальним моніторингом.

2. Антибактеріальна терапія при перитоніті повинна враховувати не тільки характеристики мікроорганізмів, а й шляхи їх транслокації, для чого слід створювати високу концентрацію препаратів у системах порожнистих та портальної вен, а також у парієтальній та вісцеральній ланках лімфатичної системи.

3. Повторні розкриття очеревинної порожнини (програмована лапароперція) є ефективним методом лікування хворих на розповсюджені форми гострого перитоніту.

4. Застосування в процесі лапароперції перитонеосорбції сприяє зменшенню проявів ендотоксикозу, місцевих ознак запалення, прискорює оборотний розвиток запального процесу в очеревинній порожнині.

Перспективи подальших досліджень. Перспективними є поглиблені дослідження патогенезу запального процесу в очеревинній порожнині, визначення ролі кінінової, фібринолітичної, протеолітич-

ної систем, процесів пероксидного окислення та клінічні дослідження ефективності різних методів

ЛІТЕРАТУРА

1. Декларативний патент на винахід 50931 UA, МКИ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб тимчасового закривання операційної рани для виконання програмованих санацій очеревинної порожнини при розповсюджених формах гострого перитоніту / Полянський І.Ю., Максим'юк В.В., Андрієць В.В., Гринчук Ф.В. – Заявка 2001075281. Заявл. 24.07.2001. Опубл. 15.11.2002. Бюл. № 11. – 2 с.
2. Декларативний патент на винахід 51921 UA, МКИ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб санації очеревинної порожнини при розповсюджених формах гострого гнійного перитоніту / Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В., Максим'юк В.В. Заявка 2001096540. Заявл. 25.09.2001. Опубл. 16.12.2002. Бюл. № 12. – 2 с.
3. Декларативний патент на винахід 52878 UA, МКИ А61В17/00, А61М27/00. Пристрій для антибактеріального та декотоскаційного лікування гнійно-деструктивних процесів в очеревинній порожнині. / Полянський І.Ю., Максим'юк В.В. Заявка 2001075281. Заявл. 11.06.2001. Опубл. 15.01.2003. Бюл. № 1. – 2 с.
4. Дзюбановський І.Я., Мігенько Б.О. Динаміка активності антиоксидантної системи у хворих на гострий поширений перитоніт // Клінічна та експериментальна патологія. – 2007. – Т. VI, № 3. – С. 38-40.
5. Ерюхин І.А., Шляпников С.А. Хирургический сепсис (дискуссионные аспекты проблемы) // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 44-46.
6. Мильков Б.О., Шамрей Г.П., Дейбук Г.Д. и др. Классификация гнойных форм перитонита // Клиническая хирургия. – 1991. – № 4. – С. 57-60.
7. Острый разлитой перитонит / Под ред. А.И. Струкова, В.И. Петрова, В.С. Паукова. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
8. Патент 4762 А UA, МКИ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб тривалого ендортального введення медикаментозних засобів / Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В., Гринчук А.М. Заявка 2004031766. Заявл. 11.03.2004. Опубл. 15.02.2005. Бюл. № 2. – 2 с.
9. Патент 4766 А UA, МКИ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб моделювання гострого перитоніту / Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В. Заявка 2004031769. Заявл. 11.03.2004. Опубл. 15.02.2005. Бюл. № 2. – 2 с.
10. Полянський І.Ю. Гострий перитоніт – проблеми та перспективи // Бук. мед. вісник. – 2002. – Т. 6, № 1-2. – С. 16-21.
11. Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В., Мильков Б.О. Нові технології в лікуванні гострого перитоніту // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя: Запоріжжя, 2005. – С. 512-514.
12. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Богницкая Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 58-62.
13. Bjerkeset T., Havik S., Aune K.E., Rosseland A. Acute abdominal pain as cause of hospitalization // Tidsskr. Nor. Lægeforen. – 2006. – Vol. 126, № 12. – P. 1602-1604.