

УДК 616.381-002-031.81-089.819.3

*М.Г. Гончар, Я.М. Кучірка*

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТЕРМІНАЛЬНОЇ ФАЗИ ЗАГАЛЬНОГО ПЕРИТОНІТУ

*Івано-Франківський національний медичний університет*

У 20 хворих з 40 оперативне втручання закінчували інтубацією тонкої кишки і програмованою лапаротомією блискавкою для санації черевної порожнини, кишок і ентєрального харчування. Післяопераційна летальність склала 20% на відміну від решти хворих цієї групи, де летальність 70%.

**Ключові слова:** перитоніт, лікування, інтєстнальне дрєнування, програмована лапаротомія

В структурі хірургічної патології органів черевної порожнини перитоніт належить до найбільш тяжких ускладнєнь запальних процесів і характеризується розвитком ендогенної інтоксикації (ЕІ) та поліорганної недостатності (ПОН), що супроводжується летальністю в 25-30% [1-4].

Причиною розвитку ендотоксикозу є порушення евакуаторної, секреторної та всмоктувальної функцій тонкої кишки, внаслідок її парезу. Відсутність перистальтики супроводжується значним збільшенням мікрофлори, яка інтенсивно розмножується і активно функціонує [5-7]. В здоровому організмі мікрофлора, яка міститься в кишках, знаходиться в постійній рівновазі з макроорганізмом. Порушення цієї рівноваги, зокрема, сприяє їхньому росту і розмноженню [3, 8]. Процеси бродіння, які виникають при цьому, приводять до посиленого газоутворення, збільшення діаметру кишки і стоншення її стінки. Останнє створює сприятливі умови для інтенсивного розвитку в кишках анаеробної неспоруючої мікрофлори, яка швидко розповсюджується по кишках. Це сприяє інвазії мікроорганізмів у кишкову стінку, а звідти і в черевну порожнину. Частина мікробів гине з виділенням ендотоксину, який посилює парез кишок з порушенням мікроциркуляції та розладу нервової регуляції [5].

Отже, по мірі розвитку перитоніту в черевній порожнині протягом короткого часу нарастає вміст високоактивних токсичних речовин різних видів: мікробні ендотоксини, продукти запальної реакції, кишкові яди. Резорбція токсичних речовин очеревиною в реактивній фазі перитоніту обмежена через наявність компенсаторних, захисних, механізмів. З

часом ефективність захисних механізмів кишок значно зменшується і наступає токсична фаза перитоніту. Особливо збільшується поступлення токсинів у лімфатичну систему як стінки кишки, так і всього організму, що приводить до вторинного імунодефіциту і розвитку термінальної фази перитоніту, аж до ПОН [9, 10].

Кожний досвідчений хірург, оперуючи хворого з загальним перитонітом, підсвідомо уявляє весь цей патологічний процес, який виник до операції і буде продовжуватися ще тривалий час і після її виконання. У зв'язку з цим, навіть бездоганно виконана операція з дотриманням усіх постулатів хірургії (видалення вогнища інфекції, санація і дрєнування черевної порожнини), аж ніяк не може гарантувати життя пацієнту.

На наш погляд, хірург повинен завжди залишати за собою можливість активного, агресивного втручання в післяопераційному періоді у хворих з перитонітом, а, особливо, при гнійно-септичних його ускладненнях. Загальна схема медикаментозного лікування залишається як базисна з дотриманням прийнятих протоколів. При цьому потрібно дотримуватися одного з основних правил, а саме: при загальному перитоніті обов'язовою маніпуляцією є інтубація тонкої кишки (ми надаємо перевагу назо-інтєстнальному шляху введення зонда). Інтубація тонкої кишки вирішує декілька задач, зокрема: відсмоктування газів і вмісту з порожнини кишки, багатого мікроорганізмами, їх токсинами та продуктами життєдіяльності, гниття, розпаду; санація порожнини кишки; з лікувальною метою введення в кишки антибіотиків, антигрибкових препаратів, антисептиків; застосування раннього ен-

терального харчування. Практично цю процедуру ми виконуємо наступним чином: після відсмоктування вмісту кишки проводимо забір матеріалу для встановлення виду мікроорганізму та його чутливість до антибіотиків. В інтубаційну трубку вводимо 500 мл настою ромашки з антибіотиком широкого спектру дії і перекриваємо зонд. Через добу в зонд, за допомогою ін'єктомата, вводимо харчову суміш (лужну мінеральну воду, настій шипшини, дитячу суміш, Берламін). Цю процедуру ми повторюємо 5-6 разів на добу, до відновлення перистальтики (3-4 доби). Видаляємо інтубаційний зонд на 4-5 добу.

Другим елементом активної тактики ведення хворих з загальним перитонітом у токсичній або термінальній фазах є прогнозована лапаротомія. На завершенні операції в лапаротомну рану вшивали стерильну блискавку. Санацію черевної порожнини проводили через 10-12 годин під перидуральною анестезією (якщо дозволяв А/Т) або під в/в анальгезією (омнопон з кетаміном). Черевну порожнину мили теплим розчином антисептиків (декасан, мірамистин). При потребі вшивали перфораційні отвори кишок, перевіряли правильність стояння дренажів або їх заміну, ретельно видаляли фібринні плівки та гнійні маси. Це проводили 1 раз на добу, а тривалість – за показниками розвитку гнійно-септичного ускладнення в черевній порожнині.

В цьому плані керувалися не тільки загальним станом хворого, загальними та біохімічними показниками крові, а також рекомендаціями [11]. Суть їх зводиться до наступного: при гнійно-септичних ускладненнях перитоніту функція нирок змінюється у 61,7% випадків. Порушуються парціальні показники функції нирок: параметри кислоти фосфатази (менше 85 мл/хв.), резорбції води (менше 99%), кліренс натрію (менше 0,90 мл/хв.) та інші. Ю.А. Кліменко (2010) [12], провівши клініко-експериментальне дослідження тварин з загальним перитонітом прийшов до висновку, що на фоні гіпоксії, в результаті дисбалансу між оксидантною і антиоксидантною системами, накопичується значна кількість продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Так, кількість малонового альдегіду (МА) та дієнових кон'югатів (ДК) збільшується майже в 2 рази ( $7,32 \pm 0,12$  н/моль/л та  $3,12 \pm 0,06$  ум.од. відповідно). Вони виклика-

ють інактивацію ферментів тканинного дихання, посилюючи розпад білків з вивільненням гістаміну, серотоніну, низькомолекулярних пептидів, що формують загальний статус ендогенної інтоксикації (ЕІ), викликаючи порушення функції паренхіматозних органів, особливо печінки. У зв'язку з цим, автор рекомендує у хворих на загальний перитоніт визначати активність органоспецифічних ферментів, як маркерів стану гепатоцитів для встановлення порушення функції печінки на ранніх етапах розвитку ендотоксикозу.

Таким чином, маючи на озброєнні показники функції печінки і нирок при ознаках ЕІ можна проводити адекватну медикаментозну корекцію загального перитоніту, активну санацію кишок і це є показом до проведення і тривалості прогнозованої лапаротомії з метою санації черевної порожнини.

За останні 3 роки в нашій клініці на лікуванні знаходились 176 хворих з загальним перитонітом різної етіології. З них: 72 – в реактивній фазі хвороби; 64 – в токсичній і 40 – в термінальній. У 20 пацієнтів з термінальною фазою перитоніту була проведена інтубація тонкої кишки і прогнозована лапаротомія. Померло 4 (20%) хворих від поліорганної недостатності. З 20 пацієнтів, яким не проводились інтестинальне дренивання та прогнозована лапаротомія, через наявність тяжкої супутньої патології, померло 14, що склало 70%. Звичайно, кількість спостережень, для об'єктивного висновку, недостатня, але можна уже констатувати про позитивний вплив інтестинального дренивання та прогнозованої лапаротомії на перебіг та результат лікування хворих з загальним перитонітом.

### **З а к л ю ч е н н я**

1. Загальний перитоніт у токсичній і термінальній фазах супроводжується ознаками ЕІ внаслідок порушення евакуаторної, секреторної та всмоктувальної функцій кишок.

2. Визначення активності органоспецифічних ферментів, як маркерів стану гепатоцитів та парціальних показників функції нирок дає можливість прогнозувати перебіг загального перитоніту і адекватно, своєчасно проводити лікувальну корекцію.

3. Закінчуючи оперативне втручання при загальному перитоніті хірург повинен залишити за собою можливість активного втручання в перебіг післяопераційного періоду.

4. З метою активного впливу на гнійно-септичні ускладнення та ЕІ методом вибору повинні бути: інтубація тонкої кишки для проведення її санації та ентерального харчування; прогнозована лапаротомія для санації черевної порожнини, одним із способів якої є вшивання блискавки в лапаротомну рану.

#### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ФАЗЫ ОСТРОГО ОБЩЕГО ПЕРИТОНИТА

*М.Г. Гончар, Я.М. Кучирка*

У 20 больных из 40 оперативное вмешательство заканчивали интубацией тонкой кишки и программированной лапаротомией молнией для санации брюшной полости, кишечника и энтерального питания. Послеоперационная летальность составила 20% в отличии от остальных больных этой группы, где летальность 70%.

**Ключевые слова:** перитонит, лечение, интестинальное дренирование, программированная лапаротомия.

#### CONTEMPORARY METHODS FOR TREATMENT OF THE TERMINAL PHASE OF ACUTE COMMON PERITONITIS

*M. Gonchar, J. Kuchirka*

Intestinal intubation and programmed thunder-assisted laparotomy were used in 20 out of 40 patients in the end of their surgical treatment. These methods were applied for cleaning of peritoneum and internal nutrition. This resulted in post-surgical lethality of 20% of the patients as compared to the rest of the patients, where lethality was 70%.

**Key words:** peritonitis, treatment, intestinal drainage, programmed laparotomy.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Ю. Диагностика та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиту, ускладненому перитонітом / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, Н.Д. Волошинкова // Клін.хірургія. – 2004. – № 4-5. – С. 53-54.
2. Бондарев В.И. Выбор хирургической тактики при остром разлитом перитоните / В.И. Бондарев, Р.В. Бондарев // Хірургія України. – 2005. – № 1 (13). – С. 96-99.
3. Бондарев Р.В. Особенности антибактериальной терапии в комплексном лечении больных с острым разлитым перитонитом / Р.В. Бондарев // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 1. – С. 98-100.
4. Бенедикт В.В. Гострый поширений перитоніт. Деякі аспекти прогнозування перебігу і лікування / В.В. Бенедикт // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 84-88.
5. Чернов В.Н. Классификация и принципы лечения острого гнойного перитонита / В.Н. Чернов, Б.М. Белик // Хірургія. – 1999. – № 4. – С. 52-56.
6. Чернов В.Н. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните / В.Н. Чернов, Б.М. Белик, Х.Ш. Пшуков // Хірургія. – 2004. – № 3. – С. 47-50.
7. Гринев М.В. Септический шок / М.В. Гринев, С.Ф. Багненко, Д.М. Кулибаба // Вестник хірургії. – 2004. – Т. 163, № 2. – С. 12-14.
8. Дикий О.Г. Лікування та попередження спайкової хвороби із застосуванням методу лапароскопічного динамічного адгезіолізу / О. Г. Дикий // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 2. – С. 93-96.
9. Гістофізіологія печінки / Є.М. Нейко, О.І. Дельцова, А.Д. Захараш, С.Б. Геращенко – Івано-Франківськ: ІФДМА, 2004. – 160 с.
10. Рилов А.І. Особливості клініко-діагностичного перебігу абдомінального сепсису / А.І. Рилов, М.С. Кравець // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 4. – С. 98-100.
11. Сташишин А.Р. Прогнозування ниркової дисфункції як критерію ранньої діагностики гнійно-септичних ускладнень у хворих на гостру непрохідність кишківника / А.Р. Сташишин // Львівський медичний часопис (АМЛ). – 2009. – Т. 15, № 1. – С. 41-44.
12. Кліменко Ю.А. Ранні маркери печінкової дисфункції та її корекція у хворих гострим поширеним перитонітом / Ю.А. Кліменко // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 2. – С. 28-33.

Стаття надійшла 25.02.2011