



В. І. Лупальцов,
А. І. Ягнюк,
А. В. Трофімова

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. Проведено аналіз лікування 53 хворих на гострий перитоніт віком від 60 до 79 років. У залежності від способу оперативного втручання всі хворі були розподілені на дві групи: групу порівняння – 24 пацієнти, та основну групу – 29 пацієнтів. Хворі в групі порівняння одержували стандартну профілактичну терапію. У хворих основної групи стандартну профілактичну терапію доповнювали розробленою комплексною схемою діагностичних та лікувальних заходів. В основній групі було 9 (16,9 %) гнійно-септичних ускладнень. В групі порівняння – 17 (32,1 %). Померло в найближчому післяопераційному періоді в основній групі – 3 (5,7 %), в групі порівняння – 6 (11,3 %).

Ключові слова: гострий перитоніт, похилий вік хворих, профілактика гнійно-септичних ускладнень.

Вступ

Перитоніт є одним із найбільш частих, важких і найнебезпечніших ускладнень гострих хірургічних захворювань і травматичних ушкоджень органів черевної порожнини. У мирний час гострий перитоніт є причиною 2/3 смертей при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини. Практично у 85 % хворих причиною перитоніту є різні гострі захворювання органів черевної порожнини, у 5–8 % – травми живота і в 5–10 % перитоніт виникає як ускладнення після планового оперативного втручання на органах черевної порожнини [3].

По даним закордонних та вітчизняних авторів летальність при перитоніті складає від 15 до 65 % [1, 2, 4, 5]. Такий широкий діапазон у показниках летальності при перитоніті можна обґрунтувати різним методичним підходом до аналізу клінічного та секційного матеріалу, різним рівнем лікувальних заходів та їх ефективності. В структурі хворих, які поступають до відділення екстреної хірургії, перитоніт та викликаючи його гострі запальні деструктивні захворювання органів черевної порожнини займають перше місце.

Слід підкреслити, що за останні роки збільшилось число хворих із занедбаними формами перитоніту та залишається достатньо великою питома вага хворих похилого та старечого віку, яка досягає 31 % і не має тенденції до зниження [4]. Зрозуміло, що у хворих похилого та старечого віку таке ускладнення гострої хірургічної патології, як перитоніт, супроводжується більш високим відсотком гнійно-септичних ускладнень та летальності. Обумовлено це тим, що у хворих похилого та старечого віку більше факторів ризику розвитку гнійно-септичних

ускладнень під час виконання оперативного втручання і в післяопераційному періоді, внаслідок наявності супутньої патології вітальних систем організму. Крім цього, у цієї категорії хворих знижені неспецифічні імунізаційні сили організму, обмежені адаптаційно-компенсаторні можливості організму, внаслідок чого швидко розвивається інтоксикація, яка викликає порушення водно-електролітного, вуглецевого та білкового обміну.

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих похилого та старечого віку з гострим перитонітом на підставі обґрунтування порушень гомеостазу.

Матеріали та методи досліджень

Під нашим спостереженням було 53 хворих на гострий перитоніт (ГП) віком від 60 до 79 років. Чоловіків було 17 (32,1 %) жінок – 36 (67,9 %). У дослідження включені хворі, що відповідали наступним критеріям: вік більше за 60 років, вторинний перитоніт, який розвинувся поза стаціонару або в стаціонарі та причиною якого була деструкція полого органу, гостра механічна кишкова непрохідність, травма живота.

У залежності від способу оперативного втручання всі хворі були розподілені на дві групи: групу порівняння – 24 пацієнти, та основну групу – 29 пацієнтів.

При надходженні хворих в стаціонар в обох групах, як у контрольній так і у групі спостережень, була добре виражена симптоматика ГП. Всі хворі скаржилися на сильні постійні болі в животі, була добре виражена напруга м'язів живота, позитивні симптоми подразнен-



ня очеревини та ін. Згідно величини Мангеймського індексу перитоніту (МІП) в обох групах переважали пацієнти з II ступенем тяжкості перитоніту. У більшості хворих на ГП супроводжувався явищами органної недостатності життєзабезпечуючих систем організму, що проявилось ознаками важкого абдомінального сепсису у 6 (20,7 %) хворих основної групи і 7 (29,1 %) хворих групи порівняння. Септичний шок відмічено у 3 (12,5 %) хворих основної та 3 (12,5 %) хворих групи порівняння. Згідно шкали SOFA наявність вихідної моно- або поліорганної недостатності було констатовано у всіх хворих (кількість балів вище 2 по одній або декількох системах організму).

У всіх хворих була виявлена різноманітна супутня патологія вітальних систем організму, у тому числі і поєднана. Захворювання серцево-судинної системи, аортокоронарокардіосклероз, гіпертонічна хвороба, ІХС були діагностовані у 31 хворого, хронічні неспецифічні захворювання легень — у 13, хронічний пієлонефрит — у 5, аденома передміхурової залози — у 5, ожиріння II - III ступеня — у 8, цукровий діабет — у 7, інша патологія — у 5 випадках.

Усім хворим на ГП виконувались обов'язкові стандартні лабораторно-біохімічні дослідження. Базовими методами верифікації ГП були: обзорна рентгеноскопія та рентгенографія органів черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини. За необхідності виконували пневмогастрографію, гастродуоденоскопію та лапароскопію.

Усі хворі оперовані згідно загальноприйнятих принципів лікування перитоніту з урахуванням значень МІП після стандартної передопераційної підготовки, спрямованої на корекцію волемічних порушень, білкового та електролітного дисбалансу, відновлення порушень функціонального стану основних органів і систем життєзабезпечення. В якості доступу застосовувалася серединна лапаротомія. Обсяг втручання містив усунення або екстериторізацію джерела інфекції, дренажування та санацію черевної порожнини. Обов'язкова інтубація тонкої кишки здійснювалася в залежності від конкретної клінічної ситуації двухпросвітним зондом, що дозволяло здійснювати ентеральне харчування в ранньому післяопераційному періоді. При передбаченні планової релапаротомії рану зашивали одиначними вузловими швами.

У групі порівняння застосовували напівзакритий спосіб лікування (дренування за Петровим з виконанням релапаротомії (РЛ) за вимогою). В основній — застосовували напіввідкритий спосіб лікування (продовження санацію черевної порожнини (ПСЧП) з

плановими етапними лапаросанаціями або відеолапароскопічну лапаросанацію (ВЛС) в поєднанні з безперервним перитонеальним лаважем). Промивання черевної порожнини здійснювали розчином Рінгера та новокаїна. Проведення ПСЧП припиняли при появі об'єктивних ознак купірування перитоніту.

Для вивчення в динаміці порушень гомеостазу, у всіх хворих до операції, на 1-у, 3-у, 7-у добу післяопераційного періоду та в день виписки зі стаціонару досліджували: стан водно-іонного, вуглецевого, ліпідного та білкового обміну; імунологічну реактивність організму та рівень інтоксикації.

Достовірність різниці отриманих показників оцінювали за критерієм Стьюдента.

У хворих основної групи спостережень стандартну профілактичну терапію доповнювали розробленою комплексною схемою лікувальних та профілактичних заходів, що спрямовані на попередження і ранню діагностику гнійно-септичних ускладнень, ланки якої приведені нижче:

- антибіотикотерапія, яку необхідно починати до операції паралельно з передопераційною підготовкою: фторхінолони II-III покоління в поєднанні з метронідазолом, цефалоспорины II-III-IV покоління у поєднанні з аміноглікозидами та метронідазолом або при край важкому стані хворих — карбапенеми;
- вибір найменш травматичного для хворого обсягу хірургічного втручання;
- максимально ефективна перша санація черевної порожнини;
- рання активація хворого в ліжку на першу-другу добу після операції;
- підвищення неспецифічної резистентності організму (імуномодуюча та імунозастійна терапія — Т-активін, пентаглобін, індометацин та ін.);
- проведення раннього ентерального зондового харчування починаючи з 2-3-ї доби післяопераційного періоду;
- УЗ-моніторинг стану черевної порожнини та післяопераційної рани з метою раннього виявлення ускладнень;
- використання мініінвазивної відеолапароскопії за показаннями;
- мінімальна кількість релапаротомій, які виконуються за суворими показаннями.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз проведених біохімічних досліджень хворих групи порівняння при надходженні в стаціонар виявив значні відхилення від норми, а саме: вміст K^+ та Na^+ у сироватці крові був знижений на 22,4 і 9,4 % відповідно в порівнянні з нормою, глюкоза крові перевищува-



ла верхній кордон норми на 18,6 %, а загальні ліпіди та холестерин на 19,8 % і 12,9 % відповідно. В той же час у цих хворих було зафіксовано зниження загальних Т-лімфоцитів [CD3⁺] на 34,0 %, активних Т-лімфоцитів [CD25⁺] на 52,1 %, В-лімфоцитів [CD21⁺] на 59,8 % у порівнянні з нормою. В цей строк спостереження в основній групі хворих були виявлені аналогічні за направленістю та величиною розбіжностей відхилення досліджуваних параметрів у порівнянні з нормою.

На першу добу післяопераційного періоду помітного покращення загального стану хворих в обох групах не відмічалось, а спостерігалась направленість та величина розбіжностей у порівнянні з нормою досліджуваних параметрів, які були до операції. Крім того, дещо підвищувався рівень глюкози крові, пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК).

На третю добу післяопераційного періоду загальний стан хворих на ГП помітно поліпшувався. Майже у всіх хворих відновлювалась діяльність ШКТ. Больовий синдром був практично відсутній. Аналіз біохімічних показників у хворих групи порівняння показав, що на третю добу післяопераційного періоду намітилась тенденція до нормалізації рівня загальних ліпідів, які на 8 % були вище норми (до операції — на 19,8 % перевищували норму), В-лімфоцитів, які на 17,2 % були менше норми (на першу добу післяопераційного періоду було зафіксовано зниження на 40,2 % у порівнянні з нормою). Зменшився рівень ПСММ і ЦІК, які перевищували норму в 1,7 разу (при порівнянні з попереднім строком дослідження — в 2,5 і 1,9 разів відповідно). У протеїнограмах сироватки крові помітних змін не помічено. Явно знижувалась ендогенна інтоксикація (ПСММ в 1,7 разу перевищували нормальні показники, тоді як в попередній термін дослідження — в 2,5 разу). ВУ цей строк дослідження в основній групі хворих також були виявлені аналогічні за направленістю та величиною розбіжностей зміни досліджуваних параметрів у порівнянні з нормою.

Сьома доба післяопераційного періоду у хворих обох груп характеризувалась стійкою тенденцією до поліпшення загального стану. Знижалась тахікардія, стабілізувався в межах норми АТ, повністю відновлювалась діяльність ШКТ. Знижувався лейкоцитоз, зменшувалась кількість виділень по дренажах. У хворих основної групи просліджувалась чітка тенденція до

нормалізації параметрів, які характеризують імунологічну реактивність організму.

До моменту клінічного видужання та виписки із стаціонару (14,2±1,7 діб) у хворих групи порівняння більшість досліджуваних параметрів досягли меж норми. Так, вміст Na⁺ у сироватці крові, глюкози крові, загальних ліпідів, холестерину, В-лімфоцитів, ПСММ та ЦІК досягали меж норми. Вміст K⁺ в сироватці крові був лише на 4,1 % нижчий норми. Рівень Т-лімфоцитів [CD3⁺] і активних Т-лімфоцитів [CD25⁺] на 17,1 і 12,2 % відповідно, не досягали норми. У протеїнограмах зменшувались, але зберігались зниження вмісту альбумінів і А/Г коефіцієнта та неоднорідного збільшення глобулінових фракцій.

У хворих основної групи до моменту клінічного одужання та виписки із стаціонару ((12,2±1,8) діб) тільки в протеїнограмах було виявлено відхилення від меж норми. Так, вміст альбумінів був нижче норми на 11,2 %, та зберігалась диспротеїнемія (неоднорідне збільшення глобулінових фракцій). Вміст загального білка та γ-глобулінів досягали меж норми.

В основній групі було 9 (16,9 %) гнійно-септичних ускладнень, в групі порівняння — 17 (32,1 %), тобто майже в 2 рази більше. Померло в найближчому післяопераційному періоді 9 осіб (в основній групі — 3 (5,7 %), у групі порівняння — 6 (11,3 %)) у яких вихідне значення показника МІП було більшим за 30 балів. Причинами смерті були прогресуючий перитоніт і поліорганна недостатність — 2 хворих в основній групі й 4 — у групі порівняння, ще в трьох випадках причиною смерті був інфаркт міокарда та тромбоемболія легеневої артерії.

Покращенню результатів лікування хворих на ГП старечого та похилого віку в основній групі сприяло застосування запропонованого нами комплексу лікувальних та профілактичних заходів, які спрямовані на попередження та ранню діагностику гнійно-септичних ускладнень.

Висновки

Впровадження зазначеної комплексної схеми лікувальних заходів, при правильному визначенні хірургічної тактики, спрямованих на корекцію порушень гомеостазу хворих похилого та старечого віку на гострий перитоніт сприяє більш швидкій регресії запального процесу, зниженню інтоксикації та зменшенню вторинного імунодефіциту та післяопераційних ускладнень.



ЛІТЕРАТУРА

1. Годлевський А. І. Ефективність закритих та відкритих методів повторних санацій черевної порожнини у хворих з загальним гнійним перитонітом / А. І. Годлевський, С. І. Саволюк, І. М. Вовчук // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – Т. 18, № 1, ч. 2. – С. 275-277.
2. Гостищев В. К. Перитонит / В. К. Гостищев, В. П. Сажин, А. Л. Авдовенко. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
3. Кондратенко П. Г. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / П. Г. Кондратенко, В. И. Русин. – Донецк : Издатель Заславский А. Ю., 2013. – 720 с.
4. Савельев В. С. Перитонит / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов. – М. : Литтерра, 2006. – 205 с.
5. Fujita T. Surgical approaches to peritonitis / T. Fujita // Br. J. Surg. – 2008. – Vol. 95, №2. – P. 259-260.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

*В. И. Лупальцов, А. И. Ягнюк,
А. В. Трофимова*

Резюме. Проведен анализ лечения 53 больных острым перитонитом в возрасте от 60 до 79 лет. В зависимости от способа оперативного вмешательства все больные были разделены на две группы: группу сравнения — 24 пациента, и основную группу — 29 пациентов. Больные в группе сравнения получали стандартную профилактическую терапию. У больных основной группы стандартную профилактическую терапию дополняли разработанной комплексной схемой диагностических и лечебных мероприятий. В основной группе было 9 (16,9 %) гнойно-септических осложнений. В группе сравнения — 17 (32,1 %). Умерло в ближайшем послеоперационном периоде в основной группе — 3 (5,7 %), в группе сравнения — 6 (11,3 %).

Ключевые слова: *острый перитонит, пожилой возраст больных, профилактика гнойно-септических осложнений.*

TREATMENT OF ELDERLY
AND SENILE PATIENTS
WITH ACUTE PERITONITIS
AT MODERN STAGE.

*V. I. Lupaltsov, A. I. Yagnyuk,
A. V. Trofimova*

Summary. The analysis of the treatment of 53 patients with acute peritonitis in age from 60 to 79 years was performed. Depending on the method of surgery, all patients were divided into two groups: the comparison group — 24 patients, and the main group — 29 patients. Patients in the control group received standard preventive therapy. To patients of the main group the standard preventive therapy was completed with complex scheme of developed diagnostic and therapeutic measures. In the main group was 9 (16.9 %) of septic complications. In the comparison group — 17 (32,1 %). Died in the immediate postoperative period in the study group — 3 (5.7 %) in the comparison group — 6 (11.3 %).

Key words: *acute peritonitis, elderly patients, prevention of septic complications.*