

**ВИВОДИ**

1. Улучшение результатов лечения при остром панкреатите может быть достигнуто за счет ранней диагностики латентной печеночной энцефалопатии, стратификации больных по показателю КЧСМ и своевременной коррекции явлений латентной ПЭ.

2. Препарат L-орнитин-L-аспартат может быть рекомендован для включения в комплексную терапию ОП с первых суток начала патогенетического лечения, так как позволяет

достаточно эффективно воздействовать на регресс ССВО, цитолитического синдрома, и, следовательно, влиять на возникновение и течение ПОН.

3. Использование L-орнитин-L-аспартата в комплексе лечебных мероприятий при остром панкреатите является патогенетически обоснованным, так как позволяет быстрее купировать метаболические нарушения и проявления эндогенной интоксикации.



УДК 616.381-002-089.165-072.2:615.28

**Я.П. Фелештинський,  
О.П. Демкович,  
В.В. Сміщук,  
В.Ф. Ватаманюк**

**ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ЛАВАЖ  
У ХВОРИХ НА ЗАГАЛЬНИЙ ПЕРИТОНІТ  
З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕЛЕВОГО  
АНТИСЕПТИЧНОГО РОЗЧИНУ**

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
кафедра хірургії та проктології  
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education  
Department of Surgery and Proctology  
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Летальність при загальному перитоніті становить 14-27% (Арсент'єв О.В., 2012; Federico C.C., 2011; Tobias T.D., 2010), а за умов поліорганної недостатності при тривалих термінах захворювання у термінальній стадії летальність сягає 85-100% (Шуркалін Б.К., 2003; Ромащенко П.Н., 2013; Fortelny R.H., Hofmann A., 2014; Ananthakrishnan S., Sekercioglu N., Elias R. et al. 2014).

Основними в лікуванні загального перитоніту є ліквідація вогнища інфекції, інтраопераційна санація та дренивання черевної порожнини, перитонеальний лаваж, адекватна антибактеріальна та детоксикаційна терапія.

За останні роки серед великого арсеналу комплексних лікувальних заходів, тактичних та технічних, щодо ліквідації причини перитоніту в літературі, що обговорюється значно менше порівняно з проблемою ефективної санації черевної порожнини, яка багато в чому визначає результати лікування. Доведено, що успішний

результат лікування тяжкої форми абдомінальної інфекції – перитоніту на 15-20% залежить від ефективної антибактеріальної терапії, а останні 80-85% – від ефективної хірургічної санації черевної порожнини (Савельєв В.С. 2006).

Класичні методики перитонеального лаважу з антисептиками, що використовуються для санації черевної порожнини: водний розчин хлоргексидину 0,02%, декаметоксин 0,02%, фізіологічний розчин – є ефективними лише в перші 24 години, адже у зв'язку з процесом адгезії у черевній порожнині антисептик протікає по каналах, що формуються, а у місцях застою розчину виникає патоморфологічний субстрат для формування міжпетельних абсцесів, не відбувається адекватного зрошення всієї черевної порожнини та внутрішніх органів, що зумовлює пошук оптимальної методики перитонеального лаважу.

Мета – оптимізувати ефективність перитонеального лаважу шляхом використання гелевого антисептичного розчину.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз комплексного лікування загального перитоніту у 62 хворих віком від 23 до 76 років. Серед них чоловіків було 41, жінок 21.

Причиною загального гнійно-фібринозного перитоніту у хворих був: гангренозно-перфоративний апендицит у 12 хворих, перфоративна виразка ДПК у 25 хворих, перфорація зляжисних пухлин ободової кишки у 15 хворих, перфорація дивертикула ободової кишки у 3 хворих, защемлені грижі з некрозом петель тонкого кишківника у 7 хворих. Всім хворим виконувалась лапаротомія, ліквідація джерела інфекції, санація черевної порожнини водним розчином декаметоксину 0,02% до 2000 мл з подальшим дренажуванням черевної порожнини полівінілхлоридними дренажами з чотирьох точок: правої та лівої піддіафрагмальних ділянок, правого бокового каналу та малого тазу. Залежно від методики перитонеального лаважу хворі були розподілені на дві групи. У першій основній групі – 29 хворих, перитонеальний лаваж проводився за розробленою нами методикою з використанням гелевого антисептика (патент на корисну модель від 12.03.18 UA 123924 U). Після зашивання лапаротомної рани у верхні дренажі вводили 500 мл гелевого антисептика. Повторне введення діалізату проводили фракційно через верхні дренажі на 8, 16, 24 годину по 250-500 мл залежно від об'єму черевної порожнини, а на 32, 40, 48, 56, 64, 72 годину по 250 мл, відтік діалізату відбувався через нижні дренажі. У другій групі порівняння – 33 хворим проводився перитонеальний лаваж класичною методикою з використанням водного розчину декаметоксину 0,02%.

Хворі I та II групи у післяопераційному періоді отримували адекватну антибактеріальну,

детоксикаційну терапію, корекцію водно-електролітного та білкового обмінів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих II групи (n=33) у 2 (6%) хворих спостерігались множинні міжпетлеві абсцеси, у 2 (6%) хворих було виявлено піддіафрагмальний абсцес, у 1 (3%) хворого тазовий та підпечінковий абсцеси. У більшості випадків абсцеси були успішно пунктовані під контролем УЗД. Також у 2 (6%) хворих спостерігалась рання спайкова кишкова непрохідність - виконувалась релапаротомія, ліквідація кишкової непрохідності.

У I групі (n=29) у жодного з хворих післяопераційних ускладнень у вигляді внутрішньочеревних абсцесів та ранньої спайкової непрохідності не спостерігалось. Такий спосіб перитонеального лаважу з використанням гелевого антисептичного розчину на основі гіалуранової кислоти забезпечує оптимальне зрошення парієтальної та вісцеральної очеревини, попереджує формування зрощень, формування окремих каналів за рахунок гелевого компонента, а також максимальну дію антисептика на всій площі очеревини. За рахунок гелевої форми антисептика збільшується період виведення, що зменшує енергоємність процесу перитонеального лаважу, а за рахунок формування гелевого бар'єру, що вкриває вісцеральну та парієтальну очеревину, зменшується всмоктування токсинів з черевної порожнини.

## ПІДСУМОК

Перитонеальний лаваж з використанням гелевого антисептичного розчину (декаметоксин на основі гіалуранової кислоти) у хворих основної групи сприяє значному покращенню результатів лікування загального перитоніту порівняно з класичною методикою перитонеального лаважу.

