

# АЛГОРИТМИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ

*Полянський І. Ю., Гринчук Ф. В., Андрієць В. В., Москалюк В. І., Мороз В. А.  
Буковинський державний медичний університет*

В роботі узагальнено досвід лікування 880 хворих на гострий перитоніт, у яких використана розроблена патогенетично обґрунтований алгоритм лікувальної тактики. Показана необхідність динамічної оцінки мікробних чинників запального процесу, створення на шляху їх розповсюдження високої концентрації антимікробних препаратів. Конкретизовано покази 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 6,97%.

**Ключові слова.** Перитоніт, транслокація мікроорганізмів, антибактеріальна терапія, програмована санація очеревинної порожнини.

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий перитоніт є найактуальнішою проблемою в абдомінальній хірургії [4, 5, 6]. Розповсюдженість перитоніту, прогресуюче наростання клінічних проявів, розвиток поліорганної недостатності зумовлює необхідність різнобічного вивчення його патогенезу. Не дивлячись на суттєвий прогрес у діагностиці та лікуванні таких хворих, застосування найсучасніших антибактеріальних препаратів, летальність при розповсюджених формах гострого перитоніту перевищує 40–85% [5–7, 10–12]. Зумовлено це багатьма причинами, одна з яких – недостатньо глибока оцінка провідних ланок патогенезу запального процесу в очеревинній порожнині [4, 5, 9], що знижує ефективність методів їх корекції та попередження прогресування.

## Мета дослідження

Підвищити результати лікування хворих на гострий перитоніт шляхом дослідження провідних механізмів його розвитку і розробки на цій основі алгоритмів лікувальної тактики.

### Результати досліджень та їх обговорення

Узагальнено результати лікування 880 хворих з гострим перитонітом. Хворим у динаміці оцінювали вираженість клінічних проявів, змін лабораторних показників, результати інструментальних, мікробіологічних та морфологічних обстежень.

Проведені експериментальні дослідження на власних моделях перитоніту [9] свідчать, що провідними чинниками прогресування запального процесу в очеревинній порожнині є зниження неспецифічної резистентності, зміна характеру реактивності, надмірна активація процесів пероксидного окиснення на тлі виснаження систем

антиоксидантного захисту, дисбаланс у загортальній, протизгортальній та фібринолітичній системах, неконтрольоване наростання протеолізу, зростання концентрації вірулентних мікроорганізмів до етіологічно значимих величин ( $10^7$ – $10^8$  /мл /г). При цьому важливе значення має виявлена нами динамічна зміна якісних і кількісних параметрів мікрофлори в зоні запалення. Проведений мікробіологічний моніторинг свідчить, що запальний процес в очеревинній порожнині ініціюється одними мікроорганізмами, підтримуються іншими, а закінчується перевагою найбільш патогенних і вірулентних штамів, серед яких переважають анаероби, а також патогенні грибки та найпростіші, які майже не чутливі до сучасних антибактеріальних препаратів.

При дослідженні шляхів транслокації виявлені структурні, видові та часові відмінності розповсюдження мікроорганізмів і токсинів через системи нижньої порожнистої, ворітної вен та лімфи, досліджені функціональні і структурні зміни у органах – бар'єра, які є об'єктом дистанційного впливу чинників запалення. Виявлено, що прорив цих бар'єрів призводить до генералізації процесу, неспроможності різних органів і систем, у першу чергу, детоксикаційних, що проявляється такими змінами гомеостазу, які не сумісні з життєдіяльністю організму.

У зв'язку, нами розроблені методи створення високої концентрації антимікробних препаратів у шляхах розповсюдження мікроорганізмів та токсинів. Окрім введення препаратів у систему верхньої порожнистої вени, використовуємо розроблені методики введення препаратів у систему ворітної вени, а також виведення токсинів з крові ворітної вени шляхом порталльної сорбції [8]. Ефективним є ендолімфатичне введення препаратів не тільки у пристіночну, а й у вісцеральну

ланки лімфатичної системи, що можливо при використанні розробленої методики [11]. Із-за динамічної зміни мікробного чинника запального процесу, неможливості одномоментного досягнення повної абактеріальності очеревинної порожнини вважаємо обґрунтованим використання повторних санацій очеревинної порожнини. Показами до плануємих повторних розкриття очеревинної порожнини (програмованих лапароскопій) є розлитий та загальний перитоніт III Б і IV ст. важкості перебігу [6]. Терміни виконання лапароскопії повинні визначатись особливостями запального процесу в очеревинній порожнині, характером мікрофлори, ексудату, некробіотичних змін в тканинах та ін., однак не повинні перевищувати 48 год.

В процесі виконання запрограмованої лапароскопії застосовуємо розроблений метод перитонеосорбції [3], в основі якого є розміщення у всіх відділах очеревинної порожнини контейнерів з сорбентом, яким попередньо надали антибактеріальні властивості. Контейнери замінюють при черговій лапароскопії. Як свідчать проведені дослідження, 1 г сорбенту може утримувати 8–12 мм ексудату, а концентрація мікроорганізмів в сорбенті через 24–48 год перевищує таку в ексудаті. Цитологічні та гістологічні дослідження тканин свідчать, що використання перитонеосорбції сприяє прискоренню зворотного розвитку проявів запалення в очеревинній порожнині.

У 227 хворих кількість лапароскопій в середньому склала  $3,93 \pm 0,21$ , коливаючись від 1 до 17. Нагноєння післяопераційної рани спостерігалось у 7,4% хворих, а правильне зашивання операційної рани після закінчення лапароскопій майже виключає ризик евентерації.

Комплекс медикаментозних засобів при пе-

ритоніті 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 визначати індивідуальний об'єм лікувальних заходів, проводити їх корекцію. Важливо, що неадекватна корекція будь-якого з провідних патогенетичних механізмів може стати причиною незадовільного результату лікування.

Використання такого алгоритму лікувальної тактики у хворих на гострий перитоніт дало змогу значно підвищити ефективність лікування, знизити летальність до 6,97%.

### Висновки

1. Алгоритм лікувальної тактика при гострому перитоніті повинен визначатись клініко-лабораторним та інструментальним моніторингом, який дозволяє виявити та коригувати провідні механізми пошкоджень та захисту.

2. Для створення високої концентрації антимікробних препаратів на шляхах транслокації мікроорганізмів ефективним є їх введення у систему порожнистої та порталльної вен, а також у парієнтальну та вісцеральну ланки лімфатичної системи.

3. Повторні розкриття очеревинної порожнини (програмована лапароскопія) є ефективним методом лікування хворих розповсюдженими формами гострого перитоніту.

4. Застосування в процесі лапароскопії перитонеосорбції призводить до зменшення місцевих ознак запалення, проявів ендотоксикозу, прискорює зворотній розвиток запального процесу в очеревинній порожнині.

### Література

1. Деклараційний патент на винахід 50931 UA, МКІ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб тимчасового закриття 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. Деклараційний патент на винахід 51921 UA, МКІ 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. Деклараційний патент на винахід 52878 UA, МКІ А61В17/00, А61М27/00. Пристрій для антибактеріального та дектоксикаційного 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. Й. Струкова, В. Й. Петрова, В. С. Паукова. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
8. Патент 4762 А UA, МКІ А61В17/00, А61М27/00. Спосіб тривалого ендопортального 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, МКІ 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., Мільков Б. О. Нові технології в лікуванні гострого перитоніту // Матеріали ХХІ 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.Laegeforen. – 2006. – Vol.126, № 12. –P. 1602–1604.

## АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Полянский И. Ю., Гринчук Ф. В., Андриец В. В., Максимюк В. В., Москалюк В. И., Мороз В. А.  
Буковинский государственный медицинский университет*

Обобщен опыт лечения 880 больных с острым перитонитом, у которых использован разработанный патогенетически обоснованный алгоритм лечебной тактики. Доказана необходимость динамической оценки микробных инициаторов воспаления, создания на путях их распространения высокой концентрации антимикробных препаратов. Конкретизированы показания и описаны методики проведения программированных санаций брюшной полости, перитонеосорбции. Использование такой лечебной тактики позволило повысить эффективность лечения больных с острым перитонитом, снизить летальность до 6,97%.

**Ключевые слова.** Перитонит, транслокация микроорганизмов, антибактериальная терапия, программированная санация брюшной полости.

## ALGORITHMS THERAPEUTIC TACTICS IN ACUTE PERITONITIS

*Polianskiy I., Grintshuk F., Andriets W., Maximuk W., Moskalyuk W., Moroz W.  
Bukovinian State Medical University*

Our research work is a generalized experience of the treatment of 860 patients with sharp peritonitis with the using of pathogenetic medical tactic. 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 tactic enabled to promote considerably efficiency of the treatment of patients with sharp peritonitis, to decrease lethality to 6,97%.

**Keywords.** Peritonitis, translocation of microorganisms, antibacterial therapy programmable sanitation of alvus.