

## ПОЛІОРГАННА НЕДОСТАТНІСТЬ ЯК ФАКТОР ПРОГНОЗУ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ПЕРИТОНІТОМ

Матвійчук Б.О., Матвійчук О.Б., Король Я.А.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

## ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Матвийчук Б.О., Матвийчук О.Б., Король Я.А.

*Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого*

## MULTIPLE ORGAN FAILURE AS PROGNOSTIC FACTOR IN PATIENTS WITH ACUTE PERITONITIS

Matviychuk B.O., Matviychuk O.B., Korol Ya.A.

*Lviv National medical university by Danylo Halatsky*

**Резюме.** Проаналізовано результати оперативного лікування 108 хворих на гострий перитоніт, яких поділено на 2 групи за ознакою наявності (основна, n=63) чи відсутності (контрольна, n=45) поліорганної недостатності. У контрольній групі переважало (69,8%) місцеве, а саме відмежоване (87,9%) ураження очеревини. Найчастішим (74,3%) у основній групі виявилось дифузне розповсюдження перитоніту, місцеве відмежоване – лише у 19,8% випадків. Летальність в основній групі становила 48,6% (p<0,01) перевищуючи цей показник у контрольній. Згідно з протоколом розтину, у 14,1% встановлено ознаки резидуального запалення очеревини без виразного її обмеження за площею, а також істотно сповільнене формування дренажних каналів. Отримані результати відображають зв'язок поширеності перитоніту та здатності організму відмежовувати патологічний процес в очеревині в умовах поліорганної недостатності.

**Ключові слова:** гострі хірургічні захворювання черевної порожнини, гострий перитоніт, поліорганна недостатність.

**Резюме.** Проанализированы результаты оперативного лечения 108 больных на острый перитонит, разделенных на 2 группы: наличия (основная, n = 63) или отсутствия (контрольная, n = 45) полиорганной недостаточности. В контрольной группе преобладало (69,8%) местное, а именно ограниченное (87,9%) поражение брюшины. Чаще всего (74,3%) в основной группе оказалось диффузное распространение перитонита, местное ограниченное - лишь в 19,8% случаев. Летальность в основной группе составила 48,6% (p < 0,01), превышая этот показатель в контрольной. Согласно протоколов вскрытия, в 14,1% установлены признаки резидуального воспаления брюшины без выраженного ее ограничения по площади, а также существенно замедленное формирование дренажных каналов. Полученные результаты отражают связь распространенности перитонита и способности организма отделять патологический процесс в брюшине в условиях полиорганной недостаточности.

**Ключевые слова:** острые хирургические заболевания брюшной полости, острый перитонит, полиорганная недостаточность.

**Summary.** The article analyses the results of surgical treatment of 108 patients with acute peritonitis, who were divided into 2 groups: main (n=63) with and control (n=45) – without multiple organ failure. In control group, local (69,8%), peculiarly, separated peritonitis prevailed (87,9%). In main group, diffuse peritonitis occurred in majority (74,3%), while local separated peritonitis was stated only in 19,8% cases. Main group's mortality was 48,6%, being statistically significantly (p<0,01) higher than in control group. Autopsy revealed residual peritoneal inflammation without distinctive limits in 14,1% cases, as well as substantially decreased drainage canal formation. The obtained data show the connection between expansion of peritonitis and body's capability to separate the pathologic process in peritoneum in conditions of multiple organ failure.

**Key words:** acute surgical diseases of abdominal cavity, acute peritonitis, multiple organ failure.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Гострий перитоніт ускладнює перебіг гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини в 20-35% випадках, стаючи причиною летальності в 19,5-60% пацієнтів [5, 6]. Однією з основних причин несприятливого вислідку в пацієнтів із абдомінальним сепсисом визнано розвиток поліорганної недостатності (ПОН) [2, 4]. Поява такого ускладнення у хворих із гострим перитонітом є чинником зростання летальності до 49,4-100% [1, 8]. Розвиток ПОН є причиною істотного зниження загальної резистентності організму хворого [3, 9]. Невідкладне операційне втручання та наркоз розцінено, як вимушені ятрогенії, що можуть призводити до прогресування ПОН [7].

**Мета дослідження:** дослідити зв'язок між ступенем поширеності перитоніту та наявністю ПОН.

### Матеріали і методи

Проаналізовано результати операційного лікування 108 хворих на гострий перитоніт за період 2010-2011 рр. Причиною перитоніту були: гострий деструкційний апендицит (56,2%), перфораційна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки (19,3%), перфораційний рак товстої кишки (14,7%), защемлення грижі з некрозом кишки (6,1%), перфораційний дивертикуліт товстої кишки (2,2%) та травма живота з ушкодженням тонкої кишки (1,4%). Анамнез захворювання у 58,9%

випадків перевищував 48 год. У 67,9% хворих стверджено супутно патологію, серед якої домінувала серцево-судинна. Частка чоловіків склала 57,1%. Вік хворих знаходився в межах 52-90 років (середній 71,6±20,9). Перитонеальний ексудат був гнійним у 51,3% випадків, гнійно-фібринозним – у 20,5%, гнійно-каловим – 18,8%, жовчним – 7,7% та геморагічним – 1,7%. Антибактерійна терапія (АБТ) тривала в межах 6-20 діб (в середньому – 10,9±6,8). У 61,2% випадках використано комбінацію фторхінолона III-IV покоління з нітроїмідазолом, 22,1% – карбапенемами та 16,7% – цефалоспорином IV покоління з нітроїмідазолом. Ескалаційною АБТ була у 38,2% випадків. Профілактику венозних тромбозів та емболій виконували згідно діючих протоколів. Середній ліжкодень становив 18,7±5,2. Загальна летальність склала 20,3%.

Хворих поділено на 2 групи за ознакою наявності (основна, n=63) чи відсутності (контрольна, n=45) ознак ПОН, які були співмірними за віком, статтю, характером хірургічної та супутньої патології.

### Результати та їх обговорення

У контрольній групі переважало (69,8%) місцеве, а саме відмежоване (87,9%) ураження очеревини. Релапаротомії не було. Померли 3,2% оперованих, у більшості з приводу інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового крово-

обігу.

У нозологічній структурі основної групи домінувала гостра непрохідність кишок (47,1%) на ґрунті защемлення грижі та занедбані онкопатології товстої кишки. Найчастішим (74,3%) у цій групі виявилось дифузне розповсюдження перитоніту. У випадку місцевого поширення, відмежованим перитоніт виявився лише у 19,8% випадків. Увагу привернула також і пізня (>48 год) госпіталізація у 59,1% хворих. У часі передопераційного обстеження ПОН II та III стадій виявлено в 84,8% хворих. Провідними в структурі прогресуючої ПОН були серцево-судинна та печінково-ниркова. Потреба у доповнючій санації черевної порожнини та триваючі явища перитоніту визначили необхідність у релапаротомії в 23,1% випадках. Летальність у основній групі становила 48,6%, статистично сигніфікантно ( $p < 0,01$ ), перевищуючи цей показник у контрольній.

За результатами автопсій, ПОН визнано причиною смерті в 92,8% випадків. Згідно з протоколом розтину у 14,1% встановлено ознаки резидуального запалення очеревини без виразного її обмеження за площею, а також істотно сповільнене формування дренажних каналів.

Отримані результати відображають зв'язок поширеності перитоніту та здатності організму відмежовувати патологічний процес у очеревині в умовах ПОН. Істотні порушення гомеостазу, які супроводжують тяжкий абдомінальний сепсис, імовірно пригнічують фібриноутворення, погіршуючи прогноз лікування перитоніту в цілому.

#### Висновки

1. Поліорганна недостатність є тяжким ускладненням вторинного перитоніту.
2. Наявність поліорганної недостатності на момент операційного втручання корелює з дифузним поширенням перитоніту.
3. Корекція порушень гомеостазу є запорукою попередження декомпенсації поліорганної недостатності та несприятливого прогнозу лікування перитоніту.

#### Перспективи подальших розробок

Пошук кількісних кореляцій між ступенем розповсюдження перитоніту та параметрами компенсованості поліорганної недостатності.

#### Література

1. Гамзаев С. М. Гипотермическая санация кишечника у больных с распространённым перитонитом / С. М. Гамзаев // Клінічна хірургія. — 2009. — №2. — С.25—27.
2. Обоснование хирургической тактики путем изучения основных факторов, влияющих на исход лечения при распространённом перитоните / К. В. Костюченко, Н. Е. Руднев, М. П. Ерышалов [и др.] // Фундаментальные исследования. - 2008. - №6. - С.82-83.
3. Патогенетическая целесообразность проведения эфферентной терапии для коррекции нарушений иммунитета и фагоцитоза при перитоните / О. А. Беляева, М. Ф. Скуратовский, Н. П. Пеньковская [та ін.] // Хірургія України. — 2004. — №3(11). — С.73—77.
4. Перитонит: практическое руководство. В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М. И. Филимонова – Москва : Литтерра, 2006 – 208 с.
5. Перитоніт — одвічна проблема невідкладної хірургії / Монографія / за ред. В.П. Польового, В.В. Бойко, Р.І. Сидорчука. — Чернівці : Медуніверситет. — 2012. — 376 с.
6. Распространённый гнойный перитонит. Бойко В. В., Криворучко И. А., Тесленко С. Н. [и др.] – Харків : Прапор, 2008 – 280 с.
7. Соколов Ю. А. Анализ частоты и структуры расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов при распространённом перитоните / Ю. А. Соколов, С. А. Алексеев // Материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь „Актуальные вопросы хирургии”, Витебск, 11—12.11.2010. — С.179—180.
8. Evaluation of Mannheim peritonitis index and multiple organ failure score in patients with peritonitis / A. Y. Notash, J. Salimi, H. Rahimian [et al.] // Ind. J. Gastroenterol. — 2005. — vol.24. — P.197—200.
9. Winter V. Sepsis and multiple organ dysfunctions: pathophysiology and the topical concepts of treatment / V. Winter, E. Czeslick, A. Sablotzki // Анестезиология и реаниматология. — 2007. — №5. — С.66—72.

Одержано 15.10.2012 року.

УДК 616.12-008.331.1-02+616.133

## П'ЯТИРІЧНА ДИНАМІКА ТОВЩИНИ ІНТИМА-МЕДІА СОННИХ АРТЕРІЙ І НОВИХ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Мищенко Л.А., Свищенко Є.П., Яринкіна О.А.

*Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»*

## ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И НОВЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мищенко Л.А., Свищенко Е.П., Яринкина Е.А.

*Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеска»*

## FIVE-YERS DYNAMICS OF THICKNESS OF INTIMA-MEDIA OF CAROTID ARTERIES AND NEW FACTORS OF CARDIO-VASCULAR RISK IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Mishchenko L.A., Svyshchenko Ye.P., Yarynkina O.A.

*National Scientific Centre "Institute of Cardiology Named after Academician M.D. Atrazhesko"*

**Резюме.** У проспективне 5-річне спостереження включено 84 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), яким проведено добове моніторування АТ, доплерографічне дослідження сонних артерій і визначення вмісту в крові креатиніну, глюкози, інсуліну, СРБ, сечової кислоти і показників ліпідного спектру, а також дослідження екскреції альбуміну в добовій сечі. Результати дослідження свідчать про те, що прогресування потовщення інтима-медіа сонних артерій асоціюється з незадовільним контролем АТ, зі збільшенням вмісту в крові загального ХС за рахунок атерогеного ХС ЛПНП, сечової кислоти і екскреції альбуміну з сечою протягом спостереження, тоді як заповільнення прогресування потовщення інтима-медіа – з вираженою позитивною динамікою АТ і стабільністю показників, що характеризують системне запалення,