

й так далі. Розподіл перитонітів тільки за якою-небудь однією ознакою не може бути прийнятий, оскільки не визначає всієї складності процесу й тактики хірурга під час операції. Розподіл за патологоанатомічним критерієм на адгезивні, серозно-фібринозні, гнійні й т.д. є не що інше, як розподіл перитонітів за характером ексудату й тому не може мати істотного практичного значення, так само як і розподіл перитонітів за бактеріальною ознакою, тому що в більшості хворих спостерігається змішана флора. Неможна також погодитися зі спробами виділення жовчного перитоніту як особливого різновиду цього захворювання, тому що з позицій такого «локалізму» було б виправдане виділення шлункового, кишкового, сечового перитоніту тощо. У той же час комплекс неспецифічних реакцій організму й очеревини на будь-який вплив подразника (шлунковий або кишковий уміст, жовч, сеча або гній) може бути приблизно однотипним, а отже не може сприяти вибору адекватної хірургічної тактики. У той же час перитоніт — динамічний процес, тому правильно характеризувати його у хворого в даний конкретний момент при одночасній оцінці фази захворювання й ступені поширеності патологічного процесу.

Дані літератури й багаторічні власні розробки, засновані на значному досвіді надання хірургічної допомоги хворим з різними формами перитоніту, дозволили доповнити й використувувати у своїй практичній діяльності наступну класифікацію [1].

Етіологічна класифікація перитоніту включає первинну, вторинну й третинну його форми.

За характером ексудату виділяємо: 1) серозний; 2) серозно-фібринозний; 3) фібринозно-гнійний; 4) гнійний.

За поширенням запального процесу виділяємо наступні форми перитоніту. Місцевий перитоніт, де процес локалізується в межах однієї анатомічної області й поблизу джерела запалення. Він може бути: 1) відмежованим, тобто повністю відмежовуватися спайками від черевної порожнини (інфільтрат, абсцес) і 2) необмеженим, коли процес локалізується тільки в одній з ділянок очеревини й може надалі прогресувати. Розповсюджений перитоніт — патологічний процес займає більше 2-х анатомічних областей.

З клінічним перебігом розділяємо:

- Перитоніт без ознак абдомінального сепсису.

- Перитоніт з ознаками абдомінального сепсису (наявність джерела інфекції й 2 або більше клінічних ознак системної запальної реакції).

- Перитоніт з ознаками важкого абдомінального сепсису (порушення тканинної перфузії з розвитком різного ступеня виразності полісистемної дисфункції).

- Перитоніт з ознаками септичного шоку.

За виразністю ентеральної недостатності:

- I стадія — компенсація, або звичайний післяопераційний парез;

- II стадія — декомпенсація, або стадія істинної функціональної непрохідності кишечника;

- III стадія — термінальна, або параліч травного каналу.

Хірургічне лікування гнійного перитоніту. На сьогодні-

нішній день доцільність і необхідність проведення передопераційної підготовки при розповсюдженому гнійному перитоніті доведена й не є предметом дискусій.

Хід хірургічної операції при розповсюдженому гнійному перитоніті складається з послідовного виконання наступних етапів втручання: одержання вільного доступу до всіх відділів черевної порожнини; усунення джерела інфекції; спорожнювання й промивання просвіту тонкої кишки й шлунка та декомпресія травного тракту; раціональне дренирування черевної порожнини; закриття лапаротомної рани, а саме — вибір «закритого», «напіввідкритого» або «відкритого» методів лікування в кожного конкретного хворого.

Багато в чому результат лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт залежить від післяопераційного лікування. Загалом, терапія розповсюдженого гнійного перитоніту залежить від цілеспрямованої профілактики й лікування MODS та повинна включати наступні заходи: відновлення адекватного судинного об'єму; поступове відновлення об'єму рідини з урахуванням її секторального розподілу; відновлення адекватного діурезу; стабілізація гемодинаміки із забезпеченням достатнього перфузійного тиску, а при необхідності — інотропна підтримка та ШВЛ; контроль і корекція системи гемостазу; корекція гіперметаболізму шляхом проведення парентерального й раннього ентерального харчування; антибактеріальна терапія та ін. [1, 2].

Література

1. Бойко В.В. Распространенный гнойный перитонит / Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Сивожелезов А.В. - Х.: Прапор. - 2008. - 280 с.

2. Савельев В. С. Сепсис в начале XXI века: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. / Савельев В. С., Федоров В. Д., Воробьев А. И. и др. - Метод. рекомендации. - Москва. - 2004. - 130 с.

Криворучко И.А., Бойко В.В., Сивожелезов А.В.

Распространенный гнойный перитонит

Резюме. В статье рассмотрены некоторые современные вопросы этиологии, патогенеза, классификации и хирургического лечения распространенного гнойного перитонита. Представлены новые данные и освещены некоторые спорные вопросы, которые остаются и в настоящее время при комплексном лечении этой тяжелой категории больных.

Ключевые слова: *распространенный гнойный перитонит, этиология, патогенез.*

Криворучко И.А., Бойко В.В., Сивожелезов А.В.

Diffuse Purulent Peritonitis

Summary: In article some modern questions of an etiology, pathogenesis, classification and surgical treatment of a diffuse purulent peritonitis are considered. New data are presented and some debatable questions, which remain are considered now at complex treatment of this heavy category of patients.

Key words: *diffuse purulent peritonitis, etiology, pathogenesis, classification, treatment.*

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 617.55:616.94]-07 -08

Криворучко І.А., Повеліченко М.С., Іванова Ю.В.

Діагностика та лікування хворих на абдомінальний сепсис

Харківський національний медичний університет МОЗ України,

Резюме. Аналізуються результати хірургічного лікування 209 хворих на абдомінальний сепсис. Обґрунтована доцільність використання сучасної класифікації септичних синдромів. Комплексне хірургічне лікування, яке включає адекватну санацію патологічного осередку, раціональну антимікробну терапію, респіраторну, метаболічну

підтримку, покращує результати лікування.

Ключові слова: *абдомінальний сепсис, діагностика, лікування.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Найбільш важливою і складною проблемою сучасної хірургії є

лікування хворих на тяжкі абдомінальні інфекції. В епідеміологічному дослідженні EPIC II, яке включало більше 14 000 пацієнтів з 76 країн світу, частота абдомінальної хірургічної інфекції зайняла 2-е місце після інфекцій респіраторної системи [3]. За сучасними даними, сепсис є основною причиною смерті у ВРІТ некоронарного профілю та займає 11-е місце серед всіх причин смертності серед населення [1, 3]. Враховуючи загальні закономірності розвитку системної запальної реакції (SIRS), до цієї категорії патологічних процесів відносяться три типи інфекцій, об'єднаних загальним терміном «абдомінальний сепсис» (АС): розповсюджений гнійний перитоніт, який виникає внаслідок деструкції органу і/або його перфорації, запущеної гострої непрохідності кишечника; післяопераційний перитоніт, внаслідок формування та прориву гнійника у вільну черевну порожнину, неспроможність швів анастомозів; гнійно-некротичний панкреатит внаслідок інфікування некротів підшлункової залози і/або заочеревинної клітковини [1, 2].

Новий погляд на патогенез сепсису, у тому числі і абдомінального (АС), привів до появи інших діагностичних критеріїв, а найбільшу підтримку в цьому відношенні отримала класифікація R. Bone та співавт. (1992), яка заснована на простоті діагностичних критеріїв і клінічних ознаках SIRS, сепсису, важкого сепсису та септичного шоку [1].

Матеріал і методи дослідження

Дослідження проведені у 209 хворих віком від 26 до 79 років на АС, оперованих з 2000 по 2011 рр. (співвідношення чоловіки/жінки 1,43:1). У всіх хворих відзначені наступні особливості перебігу основного захворювання: наявність не менше 2 клініко-лабораторних ознак SIRS, осередку інфекту та ентєральної недостатності [1].

Оцінку фізичного стану і стану хронічного здоров'я проводили за допомогою інтегральної системи APACHE II до та після операції, визначення ризику розвитку MODS за шкалою J. C. Marshall et al. (1995), а моніторинг внутрішньочеревного тиску проводився за методикою I. L. Kron et al. (1984) [1].

Сучасний підхід до хірургічного втручання у всіх хворих включав дві основні складові: контроль джерела інфекції (source control) та контроль функції ураженого органу і системних захисних механізмів (damage control).

Результати дослідження та їх обговорення

Перитонеальний АС було встановлено у 149 (71,3%), панкреатогенний – у 31 (14,8%) та інтєстинальний – у 29 (13,8%) хворих. Тяжкість хворих за шкалою APACHE II складала від 12 до 36 балів ($17,9 \pm 8,6$), а MODS виявлена у 67 (32,1%) хворих.

Закритий метод лікування був застосований у 151 (72,2%) хворого на АС, програмована релапаротомія – у 58 (27,8%), у тому числі лапаротомія – у 26 хворих.

Основними аргументами щодо методу лікування з використанням санаційних релапаротомій «за програмою» у 32 хворих, були: інфікований панкреонекроз з неможливістю видалення усіх осередків інфікованих тканин, внаслідок відсутності демаркації зони запалення; перфорація товстої кишки, яку не можливо надійно ушити чи вивести за межі черевної порожнини; нестійка гемодинаміка – мінімізації первинних втручань; тампонада черевної порожнини у зв'язку із кровотечею тощо. Аргументами щодо використання лапаротомії у 26 хворих були: інфікований панкреонекроз з розвитком синдрому абдомінального компартменту (ACS); велике натягнення черевної стінки, внаслідок набряку чи ушкодження фасцій, що могли привести до розвитку ACS; ретроперитонеальна перфорація порожнистого органу та необхідність контролю надійності осередку інфекції; поганий стан фасцій після множинних лапаротомій. Як правило, для термінового закриття черевної порожнини використали техніку «vogota bag» (20 хворих) та технологію з використанням вакуумного пристрою власної модифікації (6 хворих). Незважаючи на те, що чітких рекомендацій по використанню лапаротомії в лікуванні хворих на АС в теперішній час немає, ряд авторів запропонували методики з використанням пристроїв для тимчасового закриття черевної порожнини, в цілях забезпечення простого і менш травматичного утримання

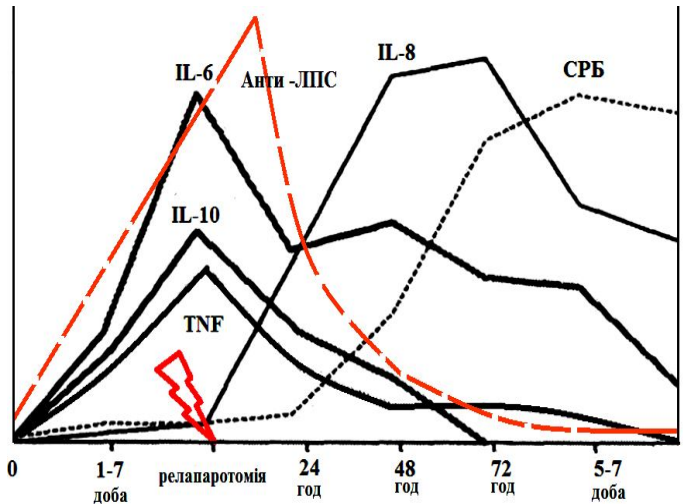


Рис. 2. Ефект «second hit» при релапаротомії

внутрішніх органів, забезпечення умов для зменшення втрат рідини та білку в умовах наявності «катаболічного дренажу» [1].

Слід відзначити, що основними складовими, які суттєво впливають на результат лікування хворих на АС при виконанні програмованих санацій черевної порожнини (принцип damage control), є на ступні: 1) вихідна тяжкість хворого («the first hit»); 2) біологічна конституція пацієнта (вік, маса тіла, супутні захворювання); 3) число необхідних реоперацій, їх тривалість та травматичність («the second hit»).

Серед переваг «напіввідкритого» та «відкритого» способів лікування хворих на АС (повноцінна санація та можливість адекватного дренивання черевної порожнини, своєчасна діагностика та корекція інтраабдомінальних ускладнень, є інші суттєві недоліки такого лікувального підходу: ці операції є так званим другим «ударом» («the second hit») для хворого, що часто призводить до прогресування MODS (рис. 1); при цьому завжди є повторна травма черевної стінки та внутрішніх органів, тривала катетеризація судин, травного та сечового трактів з великою імовірністю приєднання нозокоміальної інфекції, високий ризик виникнення арозивної кровотечі, кишкових нориць та дефекту черевної стінки [1, 3, 4]. Як свідчать наші дані, між кількістю реексплорацій черевної порожнини та частотою розвитку ускладнень після релапаротомії є велика позитивна залежність ($r=0,94$) [1].

Ускладнення при лікуванні цих хворих виникли у 76 (36,4%), загальна смертність склала 22% (46 хворих). Основні ускладнення при реопераціях: післяопераційна поліорганна недостатність, кишкові нориці, кровотечі, бокова ретракція лапаротомної рани із утворенням великого дефекту та ін.

Таким чином, наш досвід свідчить, що більшості хворим показаний «закритий» метод хірургічного лікування, а планові релапаротомії та лапаротомії потрібні лише частині цієї категорії хворих: 1) хворим на АС та MODS, коли джерело інфекції в них не було адекватно усунуто під час першої операції; 2) хворим, у яких ушивання лапаротомної рани може привести до розвитку ACS; 3) хворим на тяжкі комбіновані травми та масивну внутрішньочеревну кровотечу, для зупинки якої потрібна тут тампонада.

Література

1. Бойко В.В. Распространенный гнойный перитонит / Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Сивожелезов А.В. – Х.: Прапор. – 2008. – 280 с.
2. Гельфанд Е.Б. Абдоминальный сепсис. / Гельфанд Е.Б., Филимонов М.И., Бурневич С.З. – Русский медицинский журнал. – 1998. – № 11. – С. 697 – 706.
3. Криворучко І. А. Комплексне лікування хворих на абдомінальний сепсис із застосуванням релапаротомії. / Криворучко І.А., Бойко В.В., Іванова Ю.В., Повеліченко М.С. – Харк. хір. школа. – 2012. – № 1. – С. 15-18.

4. Савельев В. С. Сепсис в начале XXI века: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. / Савельев В. С., Федоров В. Д., Воробьев А. И. и др. – Метод. рекомендации. — Москва. — 2004. — 130 с.

Криворучко И.А., Повеличенко М.С., Иванова Ю.В.

Диагностика и лечение больных с абдоминальным сепсисом

Резюме. Анализируются результаты хирургического лечения 209 больных с абдоминальным сепсисом. Обоснована целесообразность использования современной классификации септических синдромов. Комплексное хирургическое лечение, которое включает адекватную санацию патологического очага, рациональную антимикробную терапию, респираторную, метаболическую поддержку, улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, диагностика, лечение.

Krivoruchko I.A., Ivanova Y.V., Povelichenko M.S.

Diagnostic and Complex Treatment of Patients with Abdominal Sepsis

Summary: On the base of experience of the surgical treatment of 209 patients with abdominal sepsis the authors have grounded advisability of use the modern classification of septic syndromes because criteria laying in the base of their determination allow to evaluate the severity of patient's condition prognostic orientations and dynamics of pathological process. The complex surgical treatment including adequate sanitation of pathological focus, rational antimicrobial therapy, respiratory, circulatory and metabolic support allow to improve essentially the results of the treatment of the difficult category of patients.

Key words: abdominal sepsis, diagnostic, treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.381-002-08:616.94

Кришенич В.П., Лященко П.В.

Сорбційно-трансмембранний діаліз у лікуванні хірургічних хворих на перитоніт

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Резюме. Застосування трансмембранного діалізу з використанням сорбенту «Сілік» в добовій дозі 12 гр у комплексному лікуванні хірургічних хворих на перитоніт забезпечує більш раннє зменшення клінічних проявів сепсису.

Ключові слова: перитоніт, абдоминальний сепсис.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Перитоніт в абдоминальній хірургії на сьогоднішній день є актуальною проблемою та характеризується високою кількістю хворих та високою летальністю від 19% до 70% [1,5]. Абдоминальний сепсис та синдром поліорганної недостатності (СПОН) є головними причинами летальних випадків при перитоніті, ступінь тяжкості яких безпосередньо залежать від тяжкості ендотоксикозу [2]. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає в бік поліпшення результатів лікування хворих з перитонітом, що має важливе значення в профілактиці і лікуванні СПОН [3,4].

Мета дослідження. Поліпшити результати комплексного лікування хірургічних хворих з перитонітом.

Матеріал і методи дослідження

Клінічна частина роботи основана на аналізі результатів обсте-

ження і хірургічного лікування 23 хворого з перитонітом. Всі хворі були госпіталізовані в хірургічний стаціонар КЗ «Дніпропетровської КОШМД Державної обласної ради» в екстреному порядку. Залежно від особливостей лікувальної тактики в післяопераційному періоді, всі хворі з перитонітом були розподілені на дві групи: Основна група (ОГ) – 11 хворих з перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили трансмембранний діаліз.

Група клінічного порівняння (ГКП) – 12 хворих з перитонітом, у комплексному лікуванні, яких трансмембранний діаліз не застосовували. Хворі обох груп порівнянні за статтю, віком, супутніми захворюваннями, характером основного патологічного процесу.

У хворих на перитоніт використовували критерії синдрому системної запальної реакції (ССЗР, SIRS). Виділяючи залежно від ступеня вираженості синдрому, поняття «сепсис» (SIRS 2-4), «важкий сепсис» (BC) та «септичний шок» (CШ).

Оцінку показників проводили при госпіталізації, а також в першу і на 3-ю, 5-ю, 10-ю добу після операції. Після виконання основного етапу операції і ліквідації вогнища запалення всім хворим виконували санацію і дренування черевної порожнини, інтубацію тонкої кишки за допомогою тубажного зонда.

Черевна порожнина всіх хворих ОГ на закінчення операції додатково дренивалась пристроями з трубчастой напівпроникної мембрани з віскозної целюлози. У діалізатор вводили сорбент «Сілік» в кількості 6 гр, розведений стерильним фізіологічним розчином до 4,8% суспензії. Заміну діалізату проводили кожні 12 годин, що зумовлено сорбційною здатністю препарату. На добу використовували 12 гр сорбенту. В післяопераційному періоді діаліз проводили постійно, припиняли при появі об'єктивних ознак ліквідації перитоніту.

Результати дослідження та їх обговорення

Для оцінки фази перебігу процесу у хворих з перитонітом на різних етапах комплексного лікування використовували критерії ССЗР (SIRS) (табл. 1).

Результати аналізу критеріїв ССЗР свідчать про те, що у більшості хворих ГКП захворювання супроводжувалося тяжкими формами сепсису з ознаками СПОН початково і на фоні хірургічного лікування. Окрім того, явища системного запалення і СПОН у більшості з них прогресували або зберігалися в перші 3 доби після операції.

У таблиці 2 представлена характеристика хворих ОГ за критеріями ССЗР.

У хворих ОГ відмічено більш раннє зменшення клінічних проявів сепсису: вже на 3 добу у ОГ було істотно менше хворих з BC і CШ, а на 5 добу – відзначено значно більше хворих, у 1,5 рази, без ознак сепсису або з мінімальними його проявами

Таблиця 1. Стан хворих ГКП за критеріями ССЗР (SIRS) в динаміці

Критерій	Терміни після операції (доба)				
	Початково (n=12)	1 (n=12)	3 (n=11)	5 (n=10)	10 (n=9)
	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)
SIRS 0-1	0	0	0	1 (10,0±9,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 2	1 (8,3±7,9)	0	0	1 (10,0±9,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 3	2 (16,6±10,7)	1 (8,3±7,9)	1 (9,0±8,6)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)
SIRS 4	4 (33,3±13,6)	4 (33,3±13,6)	3 (27,2±13,4)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)
BC ¹	2 (16,6±10,7)	3 (25,0±12,5)	4 (36,3±14,5)	2 (20,0±12,6)	2 (22,2±13,8)
CШ ²	3 (25,0±12,5)	4 (33,3±13,6)	3 (27,2±13,4)	2 (20,0±12,6)	1 (11,1±10,4)

Примітки: 1 – важкий сепсис, 2 – септичний шок

Таблиця 2. Стан хворих ОГ за критеріями ССЗР (SIRS) в динаміці

Критерій	Термін після операції (доба)				
	Початково (n=11)	1 (n=11)	3 (n=11)	5 (n=10)	10 (n=9)
	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)
SIRS 0-1	0	0	2 (18,1±11,6)	3 (30,0±14,4)	4 (44,4±16,5)
SIRS 2	1 (9,0±8,6)	0	2 (18,1±11,6)	3 (30,0±14,4)	2 (22,2±13,8)
SIRS 3	2 (18,1±11,6)	1 (9,0±8,6)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
SIRS 4	3 (27,2±13,4)	5 (45,4±15,0)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
BC	2 (18,1±11,6)	2 (18,1±11,6)	2 (18,1±11,6)	1 (10,0±9,4)	1 (11,1±10,4)
CШ	3 (27,2±13,4)	3 (27,2±13,4)	1 (9,0±8,6)	1 (10,0±9,4)	0