

© В. В. БЕНЕДИКТ

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Особливості хірургічної тактики у хворих на гострий поширений перитоніт в умовах супутньої патології

V. V. BENEDYKT

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE DIFFUSE PERITONITIS UNDER COMORBIDITIES

Лікування гострого поширеного перитоніту залишається однією зі складних і актуальних проблем ургентної хірургії. Комплексно обстежено 131 пацієнта на гострий поширений перитоніт і проведено ретроспективний аналіз 42 медичних карт стаціонарного хворого померлих. Звертається увага на збільшення випадків поєднання гострого поширеного перитоніту з захворюваннями інших органів та систем. Метою роботи є поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на гострий перитоніт із наявною терапевтичною патологією шляхом визначення факторів ризику і впровадження методів, спрямованих на попередження ускладнень супутніх захворювань. У комплекс обстеження пацієнтів входило визначення Мангеймського індексу перитоніту, лейкоцитарного індексу інтоксикації, інтраабдомінального тиску, дослідження серцево-судинної системи, органів дихання та інших органів і систем. Звертається увага на наявність супутньої патології в 95,24 % померлих пацієнтів, на високий індекс поліморбідності в цій групі. Визначаються причини летальних наслідків і фактори, які несприятливо впливають на перебіг основної хірургічної патології. Під час операції і після неї пропонується анестезіологічно-хірургічна тактика, яка дозволяє покращити якість життя пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді й отримати добрі безпосередні результати.

Treatment of sharp widespread peritonitis remains one of thorny and actual problems of urgent surgery. 131 patients were complex inspected on acute widespread peritonitis and the retrospective analysis of the dead was conducted of 42 medical maps in patient. Attention is paid to the increase of cases of combination of sharp widespread peritonitis with the diseases of other organs and systems. The aim of the work is an improvement of results of surgical treatment of patients with acute peritonitis with present therapeutic pathology by determination of risk and introduction of methods of the complications of concomitant diseases sent to warning factors. Complex inspection of patients included the determination of Mangains of index of peritonitis, leukocyte index of intoxication, intra abdominal pressure, research of the cardiovascular system, organs of breathing and other organs and systems. Attention is paid to the presence of concomitant pathology in 95,24 % of patients, on the high index in a group with concomitant pathology. Reasons of lethal consequences and factors that unfavourably influence on motion of basic surgical pathology are determined. During an operation and after it, is proposed anaesthetic-surgical tactics that allows to improve quality of life of patients in an early postoperative period and to get good direct results.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема екстреної діагностики і лікування гострого поширеного перитоніту (ГПП) залишається актуальною і до кінця не вирішеною [3, 5]. Важливість цієї проблеми зумовлена збільшенням кількості хворих на ГПП в поєднанні із захворюваннями інших органів та систем. У таких випадках клінічний перебіг гострої хірургічної патології може маскуватися симптомами супутньої хвороби або її ускладненнями. Це призводить до того, що навіть у досвідчених хірургів

виникають труднощі як у діагностичному плані, так і у визначенні тактики лікування. Очевидно, що поліморбідність сучасних пацієнтів зумовлена не тільки умовами життя, екологічними негараздами, а й більшими діагностичними можливостями.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих на ГПП шляхом визначення факторів ризику виникнення ускладнень зі сторони захворювань інших органів та систем і впровадження в клінічну практику методів для їх попередження.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження та хірургічне лікування 131 хворого на ГПП і ретроспективно проаналізовано 42 медичні карти стаціонарного хворого з летальним наслідком. Клінічне обстеження пацієнтів поряд із загальноприйнятими методами включало визначення Мангеймського індексу перитоніту, лейкоцитарного індексу інтоксикації [4], дослідження серцево-судинної системи, легеневої та інших органів і систем, а також проводили вивчення інтраабдомінального тиску. Останній показник ми досліджували непрямим методом згідно з рекомендаціями Всесвітнього товариства з вивчення внутрішньочеревної гіпертензії (WSACS) шляхом визначення його в сечовому міхурі за I. Kron et al. (1998), M. Cheatham et al. (1998).

Результати досліджень та їх обговорення. При проведенні ретроспективного аналізу померлих хворих на ГПП було встановлено, що операція

виконана в 36 (85,71 %) випадках, у 5 хворих в подальшому була проведена релапаротомія. Мангеймський індекс перитоніту в середньому склав 33,47 бала. Довготривала декомпресія тонкої кишки була застосована у 16,67 % хворих і лапаростомія – у 22,22 % пацієнтів. Тривалість операції складала в 17 (44,74 %) випадках 2 год і більше. Після операції пролонгована ШВЛ була використана тільки в 11 (28,95 %) випадках від усіх втручань.

Встановлено, що тільки у 2 (4,76 %) пацієнтів була відсутня супутня патологія. До 60 років – 16 (38,10 %) хворих, після 61 року – 26 (61,90 %) пацієнтів. При ретельному обстеженні хворих цих вікових груп було знайдено патологічні зміни в різних органах і системах. Так, при визначенні сукупності наявної супутньої патології найбільше спостерігалось два і три захворювання (30,0 і 32,50 % відповідно). Розподіл цих хворих за віком і кількістю наявних супутніх захворювань наведено на рисунку 1.

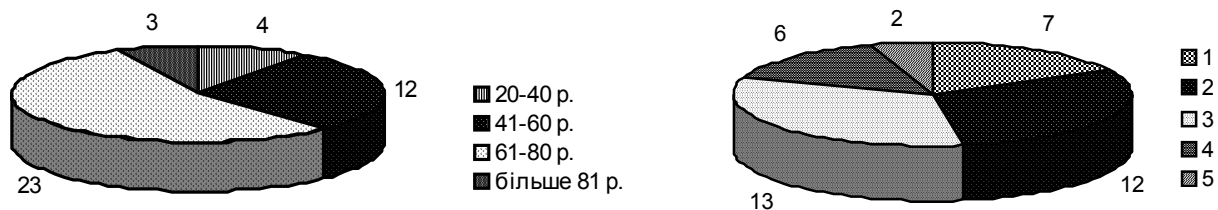


Рис. 1. Розподіл хворих на ГПП із летальним наслідком залежно від віку і кількості наявної супутньої патології

Нами проведено дослідження тривалості лікування хворих на ГПП цієї групи. Дані відображено на рисунку 2.

Як видно з наведених даних, у половині оперованих хворих летальність настала в перші дві доби

після операції. Наступний пік летальності спостерігався на 4-5-ту добу після хірургічного лікування (17,5 %) хворих на ГПП. Причиною летального наслідку в першу-другу доби після операції було прогресування інтоксикації, передусім за рахунок

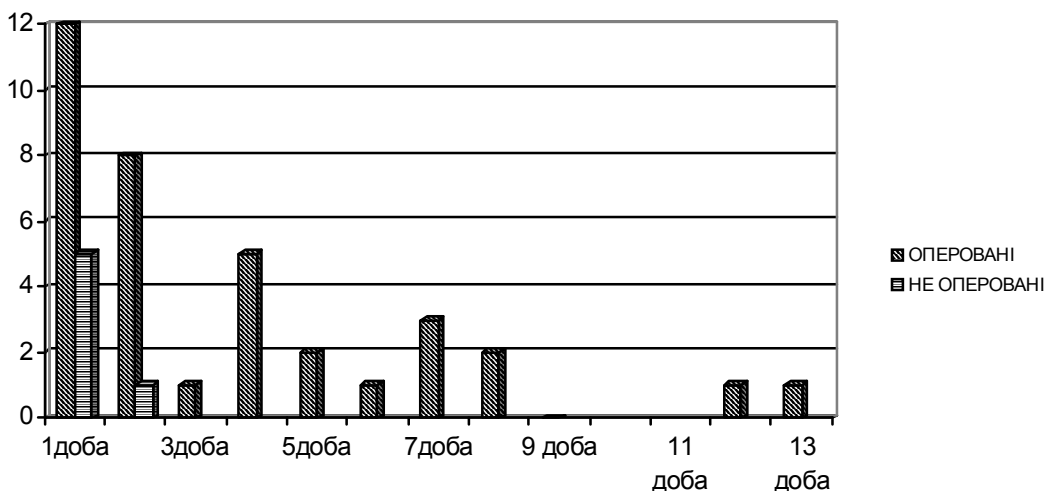


Рис. 2. Тривалість лікування хворих на ГПП із летальним наслідком.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

функціональної непрохідності тонкої кишки, що призводило до розвитку поліорганної недостатності і декомпенсації наявної супутньої патології. Так, ЛПІ у хворих перед летальним наслідком склав $8,29 \pm 0,42$.

Летальність у більш пізньому періоді спостерігалася за рахунок декомпенсації захворювань, які супроводжували ГПП. Характер супутньої патології наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Супутня патологія у хворих на ГПП із несприятливим наслідком лікування

Система	Супутня патологія	Всього
Серцево-судинна	Ішемічна хвороба серця	34
	Артеріальна гіпертензія	12
	Порушення серцевого ритму	12
Органи дихання	Гострі та хронічні захворювання легень	15
Органи травлення	Гепатити, цироз печінки	7
Ендокринна	Цукровий діабет	1
	Захворювання щитоподібної залози	1
	Ожиріння	1
Нервова	Гостре порушення мозкового кровообігу	9
Сечостатева	Сечокам'яна хвороба, пієлонефрит	2
	Інші захворювання	31

З отриманих результатів видно, що 58,40 % супутніх захворювань припадало на серцево-судинну систему й органи дихання. Найбільш часто в різних комбінаціях і різного ступеня проявів клінічна симптоматика проявляється як: атеросклеротичне ураження судин серця і мозку (ішемічна хвороба серця, порушення ритму серця, атеросклеротична енцефалопатія, інсульт), артеріальна симптоматична

гіпертензія, гіпертонічна хвороба, емфізема легень та ін. Цілком зрозуміло, що ураження цих життєво важливих систем може призвести до несприятливих результатів хірургічного лікування хворих на ГПП.

При визначенні індексу поліморбідності (Charlson M.E. et al., 2007) були отримані результати, наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Індекс поліморбідності у хворих на ГПП із летальним наслідком

Вік (в роках)	20–40	41–60	61–80	>80
Індекс поліморбідності	1,75	2,75	3,13	3,0

Із наведених даних видно, що індекс поліморбідності навіть у віці до 40 років досить високий, а в віці 61-80 років він збільшується майже в 2 рази порівняно з віком до 40 років. Високі показники індексу в померлих вказують на важливе значення супутніх захворювань у перебігу ГПП.

Причинами летальних наслідків після хірургічного лікування пацієнтів на ГПП були синдром поліорганної недостатності, декомпенсація серцево-судинної системи й органів дихання – в 32 пацієнтів; ішемічний інсульт – у 2 хворих; тромбоемболія легеневої артерії – у 4 пацієнтів; розвиток ДВЗ-синдрому і крововилив у надниркові залози – по 1 хворому.

Таким чином, до факторів ризику несприятливого перебігу ГПП у хворих із супутньою патологією належать ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, порушення ритму серцевої діяль-

ності, гострі та хронічні захворювання легень (пневмонії, туберкульоз, пневмоконіоз та ін).

Відсутність моторики тонкої кишки і її пригнічення спостерігали після операції у 33 (91,67 %) хворих, що сприяло посиленню інтоксикації, декомпенсації функціонального стану органів і систем пацієнтів, передусім скомпрометованих наявною супутньою патологією. Таке поєднання призводило до розвитку синдрому поліорганної недостатності і летального наслідку.

Наводимо клінічний випадок летального наслідку у хворій за рахунок ускладнення супутнього захворювання.

Хвора К. віком 44 роки госпіталізована в палату інтенсивної терапії кардіологічного відділення з діагнозом: “Гіпертонічна хвороба 3 ст. Артеріальна гіпертензія 3 ст. з високим кардіоваскулярним ризиком. Гіпертензивне серце з постійною формою

фібриляції передсердь, дилатацією камер. Варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність 3 ст., посттромбофлебітичний синдром із венозною недостатністю 3 ст. Ожиріння 3 ст.” На другу добу у хворої виник помірний біль у животі. Діагностовано гострий поширений перитоніт, причиною якого є перфорація порожнинного органа. Лапаротомія, ушивання перфоративного отвору виразки цибулини дванадцятипалої кишки, промивання і дренування черевної порожнини. Після операції хвора знаходилася на ШВЛ протягом трьох діб. У комплекс лікування також були призначені й антикоагулянти. Після раннього відновлення моторики травного каналу стан хворої суттєво покращився. На дванадцятю добу після операції настала смерть від тромбоемболії легеневої артерії. Під час патологоанатомічного дослідження в правій гілці стовбура легеневої артерії знайдено організований тромб 1,5x0,8 см біло-сірого кольору; камери серця дилатовані, пристінковий і клапанний ендокард із тромботичними нашаруваннями; прохідність через пілородуоденальну частину травного каналу не порушена, шви на ушитій перфоративній виразці – герметичні; очеревина – гладка, блискуча.

Як видно з наведеного прикладу, при сприятливому перебігу гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини наявна супутня патологія призвела до летального наслідку.

Враховуючи отримані дані при ретроспективному аналізі медичних карт, ми застосовуємо в інтра-, і післяопераційному періодах способи і методики раннього відновлення моторно-евакуаторної функції тонкої кишки. Для адекватного лікування основної патології у хворих із підвищеним операційно-анестезіологічним ризиком із метою підвищення безпеки оперативного втручання ми намагаємося зменшити тривалість операційної травми, використовуємо одномоментну або довготривалу декомп-

ресію тонкої кишки, різні види стом, лапаростоми для зниження інтраабдомінального тиску, підвищення якого призводить до ураження серцево-судинної системи і органів дихання. Так, показники інтраабдомінального тиску при сприятливому перебігу на першу добу коливалися від 8 до 24 мм рт. ст. У хворих із наявною супутньою серцево-легеневою патологією в стадії декомпенсації, при тривалій операції, після релапаротомії та при другому-третьому ступені тяжкості перитоніту за Мангеймським індексом після операції використовуємо пролонговану штучну вентиляцію легень, призначаємо комплекс медикаментозної стимуляції тонкої кишки [3] або методику безпосереднього впливу на рухові центри травного каналу [1]. Раннє відновлення моторики тонкої кишки привело до суттєвого зниження рівня інтоксикації (ЛП склав $0,48 \pm 0,09$), до скорочення строків парентерального живлення, зменшення кількості введення наркотичних препаратів. Це дозволяло активізувати руховий режим пацієнтів, покращити якість їх життя в ранньому періоді і в більшості випадків попередити розвиток ускладнень зі сторони наявної супутньої патології. Отже, вибір лікувальної тактики у хворих на ГПП, крім особливостей перебігу основного захворювання, залежить від наявної супутньої терапевтичної патології і ступеня її компенсації.

Висновки. 1. У хворих на гострий поширений перитоніт необхідно враховувати багатогранність супутньої патології, особливо у людей похилого віку.

2. Застосування комплексної передопераційної підготовки, доцільної, адекватної анестезіологічно-хірургічної тактики під час виконання операції, активне ведення хворих після операції дозволяє покращити якість життя в ранньому післяопераційному періоді й отримати добрі безпосередні результати лікування хворих на гострий поширений перитоніт навіть в умовах супутньої патології.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. А.С. №1409270, МКИ Ф 61 Н 9/00 Способ профилактики и лечения послеоперационных парезов желудочно-кишечного тракта / И. А. Дячук, Е. В. Кулешов, Л. А. Ковальчук, В. В. Бенедикт // Открытия. Изобретения. – 1988. – № 2. – С. 24.
2. Британчук Р. В. Сучасні погляди на комплексне лікування розповсюджених форм перитоніту в токсичній фазі / Р. В. Британчук // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2007. – Вип. 30. – С. 117–122.
3. Декларацийний патент України на винахід А61К33/06 № 61258 / Ковальчук Л. Я., Дячук І. О., Бенедикт В. В. // Спосіб стимуляції моторної функції кишки в ранньому післяопераційному періоді. – 2003. – № 11.
4. Кальф-Калиф Я. Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита / Я. Я. Кальф-Калиф // Хирургия. – 1947. – № 7. – С. 40–43.
5. Кондратенко П. Г. Хирургическая инфекция : практическое руководство / П. Г. Кондратенко, В. В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.

Отримано 6.06.11