

МЕДИЦИНА. ФАРМАЦІЯ. ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

УДК 616.381-002.1-089

DOI <https://doi.org/10.32782/health-2023.1.5>

ГОСТРИЙ ПОШИРЕНИЙ ПЕРИТОНІТ. ДЕЯКІ МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ

Бенедикт Володимир Володимирович,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри хірургії факультету післядипломної освіти
Тернопільського національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
ORCID: 0000-0002-2568-0271

Коробко Лариса Ростиславівна,

кандидат медичних наук, доцент,
професор кафедри медико-профілактичних дисциплін
та лабораторної діагностики
КЗВО «Рівненська медична академія» РОР
ORCID: 0000-0001-8054-1461

Невгадовська Павліна Миколаївна,

лікар-акушер-гінеколог
КНП «Міська лікарня № 2» РМР,
асистент кафедри медико-профілактичних дисциплін
та лабораторної діагностики
КЗВО «Рівненська медична академія» РОР
ORCID: 0000-0003-4104-3253

Котович Юлія Василівна,

лікар-хірург,
Комунальне некомерційне підприємство
«Тернопільська комунальна міська лікарня № 2»

У статті проведено аналіз клінічного перебігу гострого поширеного перитоніту (ГПП), встановлені фактори, які мають негативний вплив: тривалість захворювання (24 і більше годин), період перебігу захворювання (термінальна фаза), досліджено строки відновлення моторно-евакуаторної функції травного тракту, ступінь важкості інтоксикаційного синдрому, Мангеймський індекс перитоніту та індекс коморбідності (Charlson M.E. et al., 1987). Вивчено інтраабдомінальний тиск у пацієнтів даної групи і визначено вплив його на відновлення моторики тонкої кишки після хірургічного лікування хворих на ГПП. Авторський колектив дійшов висновку, що лікування хворих на ГПП повинно бути комплексним на всіх етапах – до операції, під час і після операції і повинно включати проведення декомпресії і евакуації вмісту кишки, попередження підвищення інтраабдомінального тиску, ранню медикаментозну корекцію моторно-евакуаторної функції тонкої кишки (ТК), що сприятиме покращенню якості життя пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: поширений перитоніт, хірургічне лікування, оптимізація тактики.

Volodymyr Benedykt, Larysa Korobko, Pavlina Nevgadovska, Julia Kotovych. Acute diffuse peritonitis. Some ways for optimizing surgical treatment of patients

The article analyzes the clinical course of acute disseminated peritonitis, identifies factors that have a negative impact: the duration of the disease (24 or more hours), the period of the course of the disease (terminal phase), the terms of recovery of the motor-evacuator function of the digestive tract, the degree of severity of the intoxication syndrome, the Mannheim index peritonitis and comorbidity index (Charlson M.E. et al., 1987). The intra-abdominal pressure in the patients of this group was studied and its effect on the recovery of the motility of the small intestine after surgical treatment of patients with acute disseminated peritonitis was determined. The author's team came to the conclusion that the treatment of patients with acute disseminated peritonitis should be comprehensive at all stages – before surgery, during and after surgery and should include decompression and evacuation of bowel contents, prevention of increased intra-abdominal pressure, early medical correction of the motor-evacuator function of the small intestine, which will contribute to improving the quality of life of patients in the early postoperative period.

Key words: widespread peritonitis, surgical treatment, optimization of tactics.

Вступ. Проблема лікування гострого поширеного перитоніту (ГПП) становить певні труднощі у невідкладній абдомінальній хірургії. За літературними даними і нашими, висока поширеність гострого перитоніту, непередбачуваний його перебіг, швидкий розвиток системних дисфункцій зумовлюють необхідність подальшого вивчення захворювання та використання принципу персоналізованої медицини [1]. Складні патогенетичні зміни в органах та системах у хворих на ГПП викликають важкі порушення гомеостазу на різних рівнях організації організму, що призводить до незадовільних результатів лікування пацієнтів з цією патологією. Не дивлячись на вагомі досягнення в практичній медицині ГПП, залишається важкою, “неприємною” для хірурга і загрозливою для пацієнта патологією [2]. Це, деякою мірою, пояснюється відсутністю єдиної системи лікування та прогнозування перебігу цієї складної патології. Неможливо розцінювати як задовільним й стан наукових досягнень з цього питання [3; 4]. На жаль, до теперішнього часу не існує патогенетично обґрунтованої й зручної для практичної медицини тактики.

Метою нашого дослідження є розробка патогенетично доцільних заходів у хворих на ГПП на різних етапах надання хірургічної допомоги з метою покращення результатів лікування цих пацієнтів.

Матеріали та метод. Нами було проведено електроентерографічне (ЕЕГ) дослідження в різні терміни після операції у 131 пацієнта на ГПП різного генезу. Досліджено строки відновлення моторно-евакуаторної функції травного тракту, ступінь важкості інтоксикаційного синдрому за допомогою визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації за Я.Я. Кальф-Коліфом (1948) [5]. Також проводилося визначення Мангеймського індексу перитоніту [6; 7], індексу коморбідності (Charlson M.E. et al., 1987) [4]. Наявність коморбідності у хворих на ГПП істотно погіршує клінічний перебіг захворювання з допомогою потенціювання несприятливих ефектів окремих патологічних станів, що погіршує по шкалі ASA анестезіологічно-операційний ризик [8]. Для визначення можливих причин летальності у пацієнтів на ГПП нами проведено ретроспективний аналіз 50 медичних карт стаціонарного хворого. Причинами ГПП були гострі захворювання органів черевної порожнини непухлиного генезу.

Результати. При аналізі клінічного перебігу ГПП у померлих хворих встановлені фактори, які мають негативний вплив: тривалість

захворювання (24 і більше годин), період перебігу захворювання (термінальна фаза), Мангеймський індекс перитоніту в середньому склав 34,67 бали, збільшення тривалості операції, наявність хронічної супутньої патології (індекс коморбідності – у віці 75 і більше років досягав 5,7), порушення функції кишки і нирок, стійке переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи, вік хворого більше ніж 60 років, анестезіологічно-операційний ризик складав IV–V класи операційно-анестезіологічного ризику за ASA – у 82,0% хворих. До прогностичних критеріїв перебігу поширеного перитоніту слід віднести функціональний стан кишки і нирок, лейкоцитарний індекс інтоксикації, стан вегетативного гомеостазу. “Небезпечним періодом” для хворого у перебігу ГПП після операції є перша і друга доби.

Для покращення результатів хірургічного лікування хворих на ГПП ми в комплексі діагностично-лікувального алгоритму розрізняли три етапи. Перший – до операції – поряд із загальноприйнятими обстеженнями проводили визначення індексу коморбідності за Charlson M.E.(1987), Мангеймський індекс перитоніту і визначали анестезіологічно-операційний ризик по шкалі ASA, що визначало тривалість передопераційного періоду, об’єм медичної допомоги. Індекс коморбідності за Charlson M.E. і співавт. (1987) у хворих: в віці 20-59 років становив в середньому 1,10 – 1,70; в віці 60-74 років – 3,67 – 5,5 і у віці 75 – і більше років – 5,5 – 6,75. За шкалою ASA (1995) анестезіологічний та операційний ризик був ІЕ класу - 62 (47,33%) пацієнтів, ІІЕ – 27 (20,61%) хворих, ІІІЕ – 29 (22,14%), ІV Е класу – 13(9,92%) осіб. В цьому періоді доцільним є використання декомпресії травного каналу і, за необхідності, дренивання черевної порожнини під час час лапароскопії або мікролапаротомічних розрізів в здухвинних ділянках передньої черевної стінки для дренивання та лаважу черевної порожнини та інфузійно-трансфузійна терапія до появи умов операбельності за шкалою Watter.

Другий період – під час операції поряд з загальноприйнятою загальною тактикою лікування ГПП проводили «закриту» або «відкриту» декомпресію травного каналу і визначали спосіб завершення операції – зашивали лапаротомну рану наглухо або накладали лапаростому по нашій методиці [9], закриття якої проводили після відновлення функціонального стану ТК і позитивних сонографічних ознаках.

Третій період – одночасно з призначенням антибактеріальної, дезінтоксикаційної і ситуацій-

ної терапії використовували препарати спрямовані на покращення функціонального стану тонкої кишки. Ми застосовували з 1-ої – 2-гої доби після операції внутрішньопорожнинистий пневмомасаж ТК 2 на фоні введення розчинів АТФ, концентрованих розчинів глюкози, есенціальних фосфоліпідів, антиоксидантів і обов'язково – препаратів кальцію, як необхідний субстрат для скорочення міоцитів ТК.

(Деклараційний патент України на винахід № 61258).

У хворих на ГПП після операцій відновлення моторики відбувається в два періоди: у перші 48 годин – гальмування, що згодом переходить у період відновлення. Суттєво переважає тонуc симпатичного відділу вегетативної нервової системи який трансформувався в сторону парасимпатичного або вегетативної рівноваги, що взаємозв'язана з термінами відновлення скоротливої функції тонкої кишки (ТК).

Цілком зрозумілим є те, що така функціональна післяопераційна непрохідність ТК у хворих на ГПП поряд з усуненим первинним джерелом інтоксикації підвищує ступінь інтоксикації. Так, ЛП у хворих на ГПП до операції був $(5,26 \pm 0,17)$ од., на 1-у добу – $(6,27 \pm 0,21)$ од., на 3-ю – $(3,66 \pm 0,11)$ од. і тільки на 6-8 добу цей показник наближався до нормального значення. Таким чином, ТК в умовах ГПП у перші дні після усунення джерела перитоніту виступає, внаслідок розвитку функціональної непрохідності кишки, як орган, який є джерелом інтоксикації в організмі хворого.

У 18 (13,74%) пацієнтів на ГПП під час закінчення лапаротомії було використана лапаростомія. Використання цього методу було у 13 випадках під час первинного оперативного втручання, в 5 – під час проведення релапаротомії у хворих на післяопераційний перитоніт. В 7-ми випадках нами проведено інтубація ТК відкритим способом за допомогою кінцевої ентєростомії.

В останній час в літературі з'явилися результати досліджень, які присвячені негативному впливу інтраабдомінальної гіпертензії на функції різних органів та систем [10; 11]. Це спонукало нас вивчити інтраабдомінальний тиск у пацієнтів даної групи і визначити вплив його на відновлення моторики тонкої кишки після хірургічного лікування хворих на ГПП. Цей 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). Визначення

даного показника є прогностичним критерієм, який доповнює оцінку перебігу післяопераційного періоду. При неускладненому перебігу ГПП було отримано наступні дані: 1-а доба після операції – $12,75 \pm 2,12$ мм рт. ст., при відновленні моторно-евакуаторної функції ТК – $8,50 \pm 1,40$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Після операційних втручань на фоні корегуючої терапії спостерігали нормалізацію стану вегетативної нервової системи (трансформація впливу симпатичного відділу в парасимпатичний чи вегетативну рівновагу, зниження показників інтоксикації у всіх пацієнтів; покращення білкового та електролітного балансів сприяло прискоренню відновлення моторно-евакуаторної функції травного каналу в середньому на 2-3 доби післяопераційного періоду).

Таким чином, лікування хворих на ГПП повинно бути комплексним на всіх етапах – до операції, під час і після операції і повинно включати проведення декомпресії і евакуації вмісту кишки, попередження підвищення інтраабдомінального тиску шляхом використання лапаростомії під час операції при наявності показів, а також рання медикаментозна корекція моторно-евакуаторної функції ТК, що дає змогу використовувати травний канал як систему для дезінтоксикації організму хворого на ГПП і дозволить розпочати раннє ентєральне живлення, що покращує якість життя пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді.

Висновки.

1. Лікування хворих на гострий поширений перитоніт повинно бути комплексним на всіх етапах – до операції, під час і після операції.

2. До операції обстеження пацієнтів на гострий поширений перитоніт повинно на основі визначення індексу коморбідності, Мангеймського індексу перитоніту, анестезіологічно-операційного ризику по шкалі ASA, визначити тривалість передопераційного підготовки, об'єм медичної допомоги і визначити готовність хворого до операції.

3. Під час операції необхідно використовувати різні види декомпресії тонкої кишки і хірургічні методи зниження інтраабдомінального тиску для попередження виникнення підвищення внутрішньочеревного тиску – лапаростоми. Використання лапаростоми у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки в умовах поширеного перитоніту сприяє профілактиці розвитку компартмент синдрому, аерації черевної порожнини і покращенню перебігу післяопераційного періоду, також дозволяє проводити контроль за станом органів черев-

ної порожнини після операції, зменшити кількість релапаротомій і загального знечулення під час закриття лапаростоми.

4. В післяопераційному періоді в комплексній терапії необхідно використовувати методи

медикаментозної корекції, які повинні бути спрямованні на покращення функціонального стану тонкої кишки для раннього відновлення пасажу по травному каналу з обов'язковим моніторингом інтраабдомінального тиску.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мороз П.В., Котельбан А.В. Нові підходи до лікування гострого перитоніту. *Експериментальна і клінічна медицина*. 91(2). 2022 URL: <https://doi.org/10.35339/ekm.2022.91.2.mok>.
2. Бойків Д.П. Біохімічні показники в нормі і при патології. Київ : Медицина, 2007. С. 318.
3. Полянський І.Ю. Новітні підходи до діагностики та лікування гострого перитоніту. 2016.
4. Charlson M E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Chronic Dis*. 1987. 40(5):373-83.
5. Кальф-Калиф Я.Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита. *Хирургия*. 1947. № 7. С. 40–43.
6. Спильвий В.О. Оцінка важкості стану хірургічного хворого. Київ : «Майстерня книги», 2009. 128 с.
7. Linder M.M., Wacha H., Feldmann U. (1987) Der Mannheimer peritonitis-index. Ein instrument zur intraoperativen prognose der peritonitis. *Chirurg*, 58(2): 84–92.
8. Little J.P. Consistency of ASA grading. *Anaesthesia*. 1995. 50, N. 7. P. 658–659.
9. Бенедикт В.В. Лапаростомія у хворих на гострий поширений перитоніт. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*. 2022. № 2. С. 42–45. URL: <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2022.2.1317310>.
10. Колосович А.І. Діагностика, профілактика та лікування внутрішньочеревної гіпертензії у хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису, Київ. 2019.
11. Моргун А.С. Вплив внутрішньочеревної гіпертензії на результати хірургічного лікування гострого панкреатиту. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Вінниця, 2019.

REFERENCES

1. Moroz, P., & Kotelban, A. (2022). New approaches to the treatment of acute peritonitis. *Experimental and Clinical Medicine*, 91(2). <https://doi.org/10.35339/ekm.2022.91.2.mok>
2. D.P Boikov, T.I Bondarchuk, O.L Ivankiv [ta in.]. (2007). Biokhimichni pokaznyky v normi i pry patolohii. *Medytsyna*, 318 [In Ukrainian].
3. Polyansky, I. Yu., Moskalyuk, V. I., Andriets, V. V., Moroz, P. V. (2016). New approaches to diagnosis and treatment of acute peritonitis.
4. Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
5. KALF-KALIF J. J. (1947). O hematologicheskoi diferenciacii razlichnykh form i faz ostrogo appendicita; isopolzovanie leukocitarnogo indeksa avtora v khirurgii [Haematological differentiation of different forms and phases of acute appendicitis; the use of the author's leukocyte index in surgery]. *Khirurgiia*, (7), 40–43.
6. V.O. Sypylyv, O.I. Dronov, K.V. Kon, D.V. Yevtushenko (2009). Assessment of the severity of the condition of a surgical patient / K.: "Book Workshop", 128 p.
7. Linder, M. M., Wacha, H., Feldmann, U., Wesch, G., Streifensand, R. A., & Gundlach, E. (1987). Der Mannheimer Peritonitis-Index. Ein Instrument zur intraoperativen Prognose der Peritonitis [The Mannheim peritonitis index. An instrument for the intraoperative prognosis of peritonitis]. *Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizen*, 58(2), 84–92.
8. Little J. P. (1995). Consistency of ASA grading. *Anaesthesia*, 50(7), 658–659.
9. Benedykt, V. V., Prodan, A. M., & Bahrii, V. M. (2022). Laparostomiia u khvorykh na hostryi poshyrenyi perytonit. *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka*, (2), 42–45. <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2022.2.13173>
10. Kolosovych A.I. (2019). Diagnostyka, profilaktyka ta likuvannia vnutrishnocherevnoi hipertenzii u khvorykh na hostru khirurhichnu patolohiiu orhaniv cherevnoi porozhnyny [Kvalifikatsiina naukova pratsia na pravakh rukopysu]. [In Ukrainian]
11. Morhun A.S. (2019). Vplyv vnutrishnocherevnoi hipertenzii na rezultaty khirurhichnoho likuvannia hostroho pankreatytu [Kvalifikatsiina naukova pratsia na pravakh rukopysu]. [In Ukrainian]