

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА КЛІНІКО-ТАКТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Ф.В.Гринчук, І.Ю.Полянський, В.В.Максим'юк, В.В.Андрієць

Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю.Полянський) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведено результати порівняльного дослідження особливостей перебігу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини на тлі супровідної патології у 426 хворих. Показано, що основу патогенетичних та клінічних відмінностей становить синдром взаємного обтяження. Розроблена лікувальна тактика, яка передбачає використання нових методів діагностики, диференційований вибір обсягу заходів на всіх етапах лікування з урахуванням виділених класів поєданої патології, застосування розроблених методів операційного та післяопераційного лікування дозволили знизити летальність на 24,4% у хворих на поєднану патологію.

Ключові слова: поєднана патологія, патогенез, лікування.

Гострі хірургічні захворювання (ГХЗ) органів черевної порожнини дедалі частіше виникають у пацієнтів із супровідною патологією (СП) [1, 2]. Результатом такого поєднання є зміни механізмів розвитку та клінічних проявів ГХЗ, погіршення наслідків лікування [3-5]. Більшість рекомендацій з оптимізації лікування таких хворих мають переважно емпіричний характер, а питання вибору оптимальної тактики залишаються предметом дискусій.

Мета дослідження. Розробити патогенетично обґрунтовану лікувальну тактику з приводу ГХЗ на тлі СП.

Матеріал і методи. Обстежено 426 хворих віком 18-84 років, з яких у 48 (11,27%) діагностовано гостру кишкову непрохідність, у 51 (11,97%) – защемлені грижі, 31 (7,28%) – перфораційні гастродуоденальні виразки, 33 (7,75%) – гострий катаральний апендицит, 128 (30,05%) – гострий деструктивний апендицит, 61 (14,32%) – гострий катаральний холецистит, 34 (7,98%) – гострий деструктивний холецистит, 8 (1,88%) – кровоточиві гастродуоденальні виразки, 5 (1,17%) – перфорації тонкої кишки, 4 (0,94%) – мезентеріальний тромбоз, 7 (1,64%) – гострий холецистопанкреатит, 7 (1,64%) – неспроможність кишкових швів, 9 (2,11%) – інші захворювання. У 194 (45,54%) пацієнтів діагностовано гострий перитоніт (ГП), зокрема у 50 (25,77%) – місцевий, 53 (27,32%) – дифузний, 46 (23,71%) – розлитий, 44 (23,20%) – загальний за класифікацією Б.О.Мількова [6]. У 287 (67,37%) хворих діагностовано 326 супровідних захворювань, зокре-

ма 16 (4,91%) хворих на субкомпенсований цукровий діабет (ЦД) I типу, 25 (7,67%) – ЦД II типу; 36 (11,04%) – ІХС, стабільну стенокардію напруги, ФК I-II, СН 0-1, 42 (12,88%) – ФК II-III, СН 2-3; 29 (8,9%) – ІХС, постінфарктний кардіосклероз, ФК II-III, СН 2-3; 11 (3,37%) – гіпертонічну хворобу I-III; 14 (4,29%) – церебральний атеросклероз, ХНМК 0-II; 9 (2,76%) – вегетосудинну дистонію; 20 (6,13%) – аліментарне ожиріння I-IV ст.; 10 (3,07%) – хронічний гепатит; 5 (1,53%) – цироз печінки; 4 (1,23%) – хронічний необструктивний бронхіт, ДН 0-I; 14 (4,29%) – обструктивний бронхіт, ДН 0-II; 7 (2,15%) – емфізему легень; 9 (2,76%) – гостру позагоспітальну пневмонію; 16 (4,91%) – медикаментозну поліалергію; 6 (1,84%) – залізодефіцитну анемію; 9 (2,76%) – хронічний пієлонефрит, ХНН 0-II; 5 (1,53%) – вузлову фіброміому матки; 5 (1,53%) – ревматичну хворобу серця з мітральною та комбінованою вадами, СН I-II; 34 (10,43%) – інші захворювання.

Вивчали загальний та біохімічний аналізи крові, коагулограму, іонограму, загальний аналіз сечі, вміст молекул середньої маси, інтерлейкінів – 2, 6, 10, маломовного альдегіду, церулоплазміну, лейкоцитарний індекс інтоксикації, індекс резистентності організму, індекс імунологічної реактивності, нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт, фібринолітичну та протеолітичну активність плазми крові, кількісний та видовий склад мікрофлори перитонеального ексудату. Для оцінки тяжкості стану хворих використовували шкалу SAPS II та Мангеймський індекс перитоніту (МПП). Перевірку закону розподілу вибірок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро-Вілкі; для перевірки гіпо-

тези про рівність середніх використовували критерій Ст'юдента-Фішера для нормально розподілених вибірок і критерій Уїлкоксона та Уїлкоксона-Манна-Уїтні для вибірок, розподіл яких відрізнявся від нормального; якісні параметри порівнювали за допомогою точного критерію Фішера; статистичну залежність між величинами перевіряли за допомогою кореляційного аналізу (за Пірсоном – для нормально розподілених вибірок, за Спірменом – для вибірок, розподіл яких відрізнявся від нормального); вплив факторів визначали за допомогою дисперсійного та дискримінантного аналізів [7].

Результати дослідження та їх обговорення. Установлено, що в хворих із СП зменшується функціональна здатність клітинної ланки захисних систем, знижується резистентність та реактивність, резервні можливості компенсаційно-приспосувальних та регуляційних систем, які поглиблюються паралельно тяжкості СП; зростає кількість пацієнтів, які мають стерту і атипичну симптоматику; суттєво знижується інформативність лабораторних обстежень, зменшується прогностична значимість шкали SAPS II та МПІ; зростає кількість післяопераційних ускладнень (ПОУ) і тривалість лікування. Підґрунтям відмінностей патогенезу ГХЗ на тлі СП є синдром взаємного обтяження. Принципові відмінності розвитку патологічного процесу при поєднанні ГХЗ із СП, незалежно від її характеру, дають підстави розглядати таку поєднану патологію (ПП) як окремий специфічний стан.

Нами виділено 4 класи ПП, розроблена шкала для їхньої діагностики. Цією шкалою доповнюємо оцінку тяжкості стану хворих, що дозволяє прогнозувати розвиток ПОУ. Для діагностики ГХЗ використовуємо оригінальні методи, засновані на оцінці оптичних властивостей плазми венозної крові (пат. №№ 67975А, 68561А), чутливість яких становить 81-94%, а специфічність – 93%. Нами розширені показання до передопераційної підготовки, яку застосовуємо у всіх хворих II та III класів ПП. Обов'язковими складовими такої терапії є блокатори цитокінового та фібринолітичного каскадів, антиоксидантні засоби та антибіотики широкого спектру дії. Візуальну оцінку життєздатності (ЖТЗ) уражених органів, а також ділянок, на які плануємо накладати шви, доповнюємо авторським (пат. № 25830) способом визначення ЖТЗ.

При виборі виду кишкового шва у хворих 0 та I класів ПП керуємося інтраопераційною технічною або локальною доцільністю. У хво-

рих II-III класів використовуємо розроблений нами однорядний безперервно-вузловий шов (пат. № 25831), який знижує ймовірність виникнення неспроможності. Заходи з профілактики неспроможності швів у хворих I класу ПП проводимо в умовах ГП III-IV ступенів тяжкості. У хворих II-III класів закріплення швів використовуємо також при обструкції кишечника (ОК), для чого використовуємо розроблений метод локального впливу. При ГП III-IV ступенів тяжкості та у всіх пацієнтів III класу ПП застосовуємо гетеро- і алогенні засоби. Для динамічного спостереження за станом уражених органів у хворих II-III класів ПП при перитоніті III-IV ступенів тяжкості та при ОК застосовуємо запрограмовані повторні розкриття черевної порожнини.

Нами розширені показання до застосування запрограмованих санацій черевної порожнини, які використовуємо у пацієнтів II класу ПП при розлитому ГП, починаючи з II ступеня тяжкості, а в пацієнтів III класу вже з I ступеня тяжкості ГП, якщо його причиною послужила ОК. Черевну порожнину промиваємо оксигенованим розчином під тиском (пат. № 51921А). Операційну рану закриваємо за власною методикою (пат. № 50932А). З метою локального антибактеріального впливу між повторними санаціями використовуємо перитонеосорбцію за допомогою контейнерів із сорбентом. По закінченню операційних втручань обов'язково залишаємо випускники у підшкірній клітковині. Збільшуємо кількість дренажів і додатково дрениємо вогнища найбільшого ураження у черевній порожнині. У пацієнтів I-III класів ПП дренивання проводимо й при місцевому серозному перитоніті. Ефективність дренивання збільшується завдяки застосуванню авторського пристрою (пат. № 25832).

У післяопераційному періоді інфузійну терапію у хворих II класу ПП проводимо вже при дифузному ГП, а в пацієнтів III класу – при місцевому ГП. Екстракорпоральну детоксикацію використовуємо з II ступеня тяжкості ГП у всіх хворих III класу та в пацієнтів II класу, якщо причиною ГП послужила ОК. При виборі антибактеріальних препаратів враховуємо характер ГП та клас ПП. При місцевому серозному ГП у хворих 0-I класів антибіотики призначаємо лише за індивідуальними показаннями. При II-III класах призначаємо один препарат широкого спектру дії, що показано також пацієнтам I класу, якщо ексудат гнійний.

При дифузному серозному ГП у пацієнтів 0 класу обмежуємося монотерапією препаратами широкого спектру дії. При I-II класах таку комбінацію використовуємо у всіх випадках дифузного ГП, а у хворих III класу додатково призначаємо похідні імідазолу. При розлитому ГП та у хворих III класу застосовуємо препарати, спектр дії яких охоплює всі найбільш часті збудники. Всім пацієнтам I-III класів одночасно, вже до операції, призначаємо протигрибкові засоби. З огляду на важливу роль крові ворітної вени печінки в генералізації інфекції та токсичних речовин, нами розроблені методи, які дозволяють проводити насичення портальної системи медикаментними препаратами (пат. №№ 25833, 4762A).

Використання наведеного комплексу заходів дозволило значно покращити результати лікування пацієнтів з ПП. Зокрема, у жодного з хворих, у яких використано розроблений шов

та методи профілактики, не виникало неспроможності лінії швів, не відзначено розвитку абсцесів черевної порожнини. У хворих на розповсюджений ГП II-III класів ПП летальність знизилася на 24,4%, частота нагноєнь після операційної рани – на 16,6%.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. Якісні патогенетичні та клінічні відмінності перебігу гострих хірургічних захворювань на тлі супровідної патології дозволяють виділити їх в окремих стан – поєднану патологію. 2. Розроблена класифікація поєднаної патології, що передбачає виділення чотирьох класів, може становити основу для оптимізації лікувальної тактики. 3. Розроблена лікувальна тактика при поєднаній патології дозволяє збільшити ефективність лікування хворих. 4. Перспективним вважаємо подальше поглиблене дослідження патогенезу поєднаної патології та пошук більш ефективних методів її лікування.

Література

1. Бондаренко М.В. Объем операций на органах черевной полости у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем / М.В.Бондаренко // *Кліні. хірургія.* – 2004. – № 9. – С. 29-32.
2. Avery J.K. Old questions, new playing field / J.K.Avery // *Tenn. Med.* – 2005. – Vol. 98, № 2. – P. 79-80.
3. Кулешов С.В. Стандарты лечебной тактики при острой абдоминальной хирургической патологии на тлі цукрового діабету / С.В.Кулешов, М.О.Ляпис, П.О.Герасимчук // *Шпит. хірургія.* – 2001. – № 3 (додаток). – С. 114-116.
4. Kimura W. Problems and therapeutic strategy for emergency operation of the abdomen in the aged / W.Kimura, M.Mizutani, A.Fuse // *Nippon Ronen Igakkai Zasshi.* – 2004. – Vol. 41, № 6. – P. 660-665.
5. Spirt M.J. Complicated intraabdominal infections: a focus on appendicitis and diverticulitis / M.J.Spirt // *Postgrad. Med.* – 2010. – Vol. 122, № 1. – P. 39-51.
6. Мільков Б.О. Біліарний перитоніт / Б.О.Мільков, В.В.Білоокій. – Чернівці: Прут, 2003. – 151 с.
7. Сергиенко В.К. Математическая статистика в клинических исследованиях / В.К.Сергиенко, И.Б.Боднарева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 256 с.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ТАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. Представлены результаты сравнительного исследования особенностей протекания острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на фоне сопутствующей патологии в 426 больных. В основе патогенетических и клинических отличий лежит синдром взаимного отягощения. Лечебная тактика, предусматривающая использование новых методов диагностики, дифференцированный выбор объема мероприятий на всех этапах лечения с учетом выделенных классов сочетанной патологии, применение разработанных методов операционного и послеоперационного лечения позволили снизить летальность на 24,4% у больных сочетанной патологией.

Ключевые слова: сочетанная патология, патогенез, лечение.

PATHOGENETIC, CLINICO-TACTICAL CHARACTERISTICS OF ASSOCIATED PATHOLOGY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

Abstract. The results of comparative research of features of the specific characteristics of the course of acute surgical diseases in the abdominal cavity with underlying concomitant pathology in 426 patients are presented. It is shown that the syndrome of mutual aggravation underlies pathogenetical and clinical differences. The planned therapeutic management, envisaging the use of new methods of diagnostics, a differentiated choice of the range of measures at all the stages of treatment with due regard for identified classes of associated pathology, the application of elaborated methods of operative and postoperative treatment has made it possible to reduce the mortality rate by 24,4% in patients with concomitant pathology.

Key words: associated pathology, pathogenesis, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.04.2010 р.

Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек (Чернівці)