

© Чурпій І.К., 2009

УДК 616-08+616.369+616.381-002

МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Чурпій І.К.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Івано-Франківськ

РЕЗЮМЕ: обстежено 70 хворих із розлитим перитонітом, який виник на фоні запально-деструктивних захворювань органів черевної порожнини. Проведено аналіз факторів, які призводять до виникнення печінкової недостатності. Встановлено, що профілактику і лікування печінкової недостатності необхідно починати в доопераційному періоді, не чекаючи її клінічних проявів. В ранні терміни післяопераційного періоду у хворих із перитонітом виникають порушення видільної, метаболічної та бар'єрної функції печінки, клінічна симптоматика проявляється в пізні терміни. На фоні базисної терапії викладено методи корекції печінкової недостатності з обов'язковим застосуванням гепатопротекторів.

Ключові слова: перитоніт, профілактика печінкової недостатності

Вступ. Лікування перитоніту знаходить своє відображення у великій кількості досліджень, у кожному з яких пропонуються нові підходи і рішення. В ранньому післяопераційному періоді, при подальшому розповсюдженні абдомінальної інфекції, незважаючи на санацію черевної порожнини, розвивається прогресуюча поліорганна недостатність (ПОН), яка є сною причиною смерті хворих. Більшість дослідників визначають наявність ПОН лише при ураженні трьох або більше органів [1, 2, 3]. За даними В.Ф. Саєнка [4] при ураженні лише одного органу летальність складає 23-40 %, двох органів – 53-60 %, трьох і більше – 73-98 %.

Відомо, що печінка є одним із основних органів детоксикації і важливим бар'єром на шляху транслокації різних токсинів, що йдуть із черевної порожнини. Зростання кількості токсичних речовин при прогресуванні перитоніту, їх вплив на бар'єрні органи і структури призводить до значного зниження антитоксичної і бар'єрної функції печінки, викликаючи її функціональні і морфологічні зміни [5].

Мета дослідження. Розробити заходи профілактики розвитку печінкової недостатності при лікуванні хворих із перитонітом.

Матеріали та методи. Нами обстежено 70 хворих із розлитим перитонітом, який виник на ґрунті запально-деструктивних захворювань органів черевної порожнини. Чоловіків було 47, жінок – 23, вік пацієнтів – від 18 до 82 років. При поступленні у реактивній фазі перитоніту був 41 (58,6%) пацієнт, у токсичній – 23 (32,8%), у термінальній – 6 (8,6%).

Всім хворим в доопераційному періоді проводили обстеження згідно протоколів. Додатково проводили рентгенографію, ФГДС і УЗД органів черевної порожнини, ЕКГ, огляд суміжними фахівцями. При аналізі супутньої патології на першому місці за частотою були захворювання серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця – 34 (62,4%), гіпертонічна хвороба – 28 (44,8%).

Найчастіше спостерігали порушення гемодинаміки та ознаки печінкової недостатності у хворих з початком захворювання більше 12 годин, при комбінації трьох і більше супутніх захворювань, також у пацієнтів віком понад 50 років. Для оцінки ступеня порушення функції печінки ми користувалися класифікацією Н. Salye в інтерпретації проф. І.А. Єрьохіна. Діагностика печінкової недостатності ґрунтувалася на біохімічних аналізах крові.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих із ознаками печінкової недостатності виявили гіпербілірубінемію, гіперферментемію, гіпопротеїнемію із диспротеїнемією і гіпоальбумінемією різного ступеня вираженості. Концентрації креатиніну, АсАТ, АлАТ, церулоплазміну зростали прямо пропорційно ступеню важкості печінкової недостатності. При об'єктивному огляді звертали увагу на наявність іктеричності склер і м'якого піднебіння, шкіри. При ультразвуковому обстеженні у 15 (21,4%) випадках були змінені розміри печінки.

У хворих в реактивній стадії були відмічені характерні зміни у формулі крові: зсув її вліво, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за Кальф-Каліфом збільшувався в порівнянні з нормою в 3-4 рази і склав $4,8 \pm 0,8$ ум.од. ($P < 0,05$). Відмічено зростання активності АлАТ до $0,9 \pm 0,1$ ммоль/(год \times л) і АсАТ до $0,8 \pm 0,1$ ммоль/(год \times л). У токсичній стадії перитоніту зсув формули був більш виражений, показники функції печінки вказували на зміни в гепатоцитах і зменшення бар'єрної функції органа.

Передопераційну інфузійну підготовку проводили протягом 2-4 годин. Підготовку починали із катетеризації однієї з центральних вен, введення назогастрального зонда. Проводили корекцію ОЦК розрахунку 50 – 60 мл/кг до нормалізації АТ. Корекцію водно-електролітного балансу розпочиналася із введення 5-10% розчинів глюкози з інсуліном та електролітами та розчинів „Трісоль”, „Дісоль”, Рінгера-Локка. Додатково вводили поліглю-

кін для нормалізації АТ, потім білкові препарати і колоїди. Обов'язково призначалися вітаміни (5% р-н аскорбінової кислоти – 5 мл, піридоксин – 100мг, ціанкобаламін – 250 мкг), антикоагулянти (клексан 0,4 мл); для покращення мікроциркуляції вводили розчини: тренталу 5 мл, реополіглокіну 200-400 мл. З метою дезінтоксикації вводили „Реосорбілакт” 200 мл, „Реамберін” 400 мл. За показаннями застосовували: добутамін, дофамін або норадреналін. Критеріями стабілізації стану хворого були: АТ>100 мм рт. ст.; пульс<120 уд/хв. Одніє із особливостей ведення таких хворих в передопераційному періоді було призначення гепатопротекторів з метою стабілізації мембрани гепатоцитів, покращення дезінтоксикаційної функції, регуляції згортальної системи. Внутрішньовенно вводили розчини: 5 мл 40% глутаргіну, ессенціале Н (250 мг/5 мл), тіотриазолін 2,5%-4 мл. Таку терапію продовжували і в ранньому післяопераційному періоді. Згодом переводили пацієнтів на таблетовані форми.

Операцію з приводу перитоніту проводили під в/в комбінованим наркозом із ШВЛ та тотальною міоплегією зі серединного лапаротомного доступу. Після санації черевної порожнини дренивання проводили із класичних точок. За показами проводили інтубацію тонкої кишки для декомпресії ки-

шкового просвіту та зменшення інтоксикації. Назогастроінтестинальний зонд вводили до ілеоцекального кута, евакуювали за допомогою електровідсмоктувача кишковий вміст. Для промивання кишки використовували фізіологічний розчин хлориду натрію або фурациліну. Інфузійну терапію продовжували під час операції та в післяопераційному періоді.

Висновки:

1. Профілактику і лікування печінкової недостатності у хворих із перитонітом необхідно починати в доопераційному періоді, не чекаючи її клінічних проявів.

2. В ранні терміни післяопераційного періоду у хворих із перитонітом виникають порушення видільної, метаболічної та бар'єрної функції печінки, клінічна симптоматика проявляється в пізні терміни.

3. При поєднанні у хворого таких показників як: вік 50 років і старше, тривалість захворювання до початку лікування 24 годин і більше, чоловіча стать, наявність трьох і більше супутніх захворювань, ЛПІ більше 4,8 ум.од., гіпопротеїнемії і гіпоальбумінемії існує дуже висока вірогідність розвитку печінкової недостатності, що в свою чергу збільшує ризик розвитку поліорганної недостатності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Миминошвили О.И. Изучение нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта при перитоните и их коррекция / О.И.Миминошвили, И.Н.Шаповалов, С.В.Ярошак // Харьковська хірургічна школа. – 2005. – №1 (15). – С. 63-65.
2. Полянський І.Ю. Лікувальна тактика при гострому перитоніті / І.Ю.Полянський // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 28-30.
3. Павловський М.П. Поліорганна недостатність і септичний шок як перші симптоми післяопераційного перитоніту / М.П.Павловський, Т.І.Шахова, В.І.Коломійцев // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 30.
4. Сепсис и полиорганная недостаточность / [Саенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.А и др.] – Кривой Рог: Минерал, 2005. – 466 с.
5. Оптимізація програми комплексного лікування хворих з розповсюдженим гнійним перитонітом: матеріали XXI з'їзду хірургів України (Запоріжжя, 5-7 жовтня 2005). Т. 2 / [Годлевський А.І., Кацал В.А., Саволук С.І., Годлевська Н.А.] // – Запоріжжя, 2005. — С. 453-454.

SUMMARY

METHODS OF CORRECTION OF HEPATIC INSUFFICIENCY AT PERITONITIS

Churpiy I.K.

70 patients with the diffuse peritonitis, developed on the ground of inflammatory and destructive pathology of abdominal organs, were treated. The analysis of factors which led to hepatic insufficiency was conducted. It is established, that prophylaxis and treatment of hepatic insufficiency must be started at the preoperative period, before its clinical displays. In the early terms of postoperative period patients with peritonitis had malfunctioning of excretion, metabolic and barrier functions of liver. Hepatoprotectors must be the principal part of the basic therapy of hepatic insufficiency.

Key words: peritonitis, hepatic insufficiency prophylaxis