

## УСКЛАДНЕННЯ З БОКУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ

*Ю.Ф.Кушта, М.Г.Журавель, Р.Б.Наконечний, О.Ю.Кушта*

*Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. Ю.Ф.Кушта) Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького*

**Резюме.** На основі аналізу результатів лікування прооперованих 38 хворих на розповсюджений перитоніт констатовано, що в більшості з них виникають ознаки респіраторного дистрес-синдрому. Представлено орієнтовну схему корекції проявів дихальної недостатності, включаючи елементи догляду та харчування.

**Ключові слова:** розповсюджений перитоніт, респіраторний дистрес-синдром.

У пацієнтів з розповсюдженим перитонітом (РП) низка факторів (токсичні, бактерійні) негативно впливають на дихальну систему [1]. Поширення запального процесу з черевної порожнини на грудну здійснюється гематогенним чи лімфогенним шляхом або транслокаційно [2]. Внаслідок цього у хворих виникають симптоми респіраторного дистрес-синдрому (РДС) як компонента поліорганної (ПОН) та полісистемної недостатності [3]. Дана патологія характеризується надзвичайно тяжким клінічним перебігом, певними труднощами діагностики та лікування, а також високою летальністю [4, 5].

**Мета дослідження:** вивчити особливості негативного впливу РП на дихальну систему пацієнтів.

**Матеріал і методи.** Обстежено 38 хворих на РП. З них у 16 причиною перитоніту була перфорація виразки шлунка, у 12 – перфорація дивертикула товстої кишки, зокрема й зумовлені сторонніми тілами. У 10 хворих РП був наслідком гострого панкреатиту. Вік пацієнтів становив 48-81 років, жінок було 23, чоловіків – 15. Для оцінки тяжкості стану хворих використана шкала APACHE II.

**Результати дослідження.** У разі пошкодження слизової оболонки бактерії або їх токсини проникають у систему ворітної вени. Під їх впливом зростає активність клітин Купфера, які виділяють судинорухливу субстанцію та медіатори запалення. Ці речовини є відповідальними за виникнення каскаду біологічних процесів,

що призводять до ПОН та полісистемної недостатності. Отже, уражені запаленням кишкові петлі стають першою ланкою осі "кишка – печінка – легені". Виникає зменшення продукування легеневого сурфактанта, пригнічується здатність легневих судин скорочуватися при недостатній оксигенації. Це призводить до розладів функції дихання, які сприяють виникненню зон недостатності дихання з подальшим запаленням легень та некардіогенним набряком, що є ознакою РДС. Збільшується частота дихання, воно стає поверхневим, нерівномірним; виникає ціаноз, психомоторне збудження. У крові виявляються лейкопенія, ознаки коагулопатії. Рентгенологічно спостерігаються двобічні незапальні зміни у легенях, зумовлені набряком тканин у ділянці прикореневих судин. У пацієнтів, які перебувають на штучній вентиляції легень, реєструється 2-5-разове зростання кількості лейкоцитів у крові, високий рівень лейкотриєнів В4 і D4, нейтрофільної еластази, підтверджуються великі конгломерати біологічно неактивного сурфактанта.

Особи з патологією підшлункової залози, залежно від тяжкості, були оцінені від 10 до 26 пунктів за шкалою APACHE II. У них були легеневі ускладнення, померло 7 пацієнтів. Інші 28 хворих були поділені на 2 вікові групи. Перша – віком до 65 років (20 осіб), друга – віком понад 65 років (8 осіб). До першої групи належали хворі, які залежно від тяжкості стану отримали від 4 до 12 пунктів. У 13 (65%) з них ви-

явлено симптоми дихальної недостатності, які були підтверджені рентгенологічно. У 10 констатовано двобічну пневмонію, з яких у 7 виявлено випіт в обох плевральних порожнинах. У даній групі померло 4 особи. У другій групі були хворі з кількістю балів 8-22. Серед них ознаки дихальної недостатності були у 6 хворих, двобічна пневмонія – у 4, випіт у плевральних порожнинах – у 3; померло 5 пацієнтів.

Серед пацієнтів з РП, особливо в тих, тяжкість стану яких оцінена понад 10 пунктів, спостерігалось значне зростання кількості тяжких системних ускладнень. Першим етапом їх лікування було виведення зі стресу та ідентифікація патогенного чинника. Для цього багаторазово забирали кров та патологічні виділення з очеревинної порожнини для засівів як під час операції, так і в ранньому післяопераційному періоді. Були реалізовані різні схеми антибіотикотерапії, що базувалися на визначенні чутли-

вості бактерій до антибіотиків. За наявності анаеробів частіше використовували метронідазол або кліндаміцин. У процесі лікування звертали увагу на корекцію легеневих ускладнень. Призначали дихальну гімнастику, санацію трахеобронхіального дерева, інгаляції, оксигенотерапію. Проводили газометричні дослідження артеріальної крові та рентгенографічну оцінку легень. На початку хвороби реалізоване виключно парентеральне харчування, яке поступово змінювалося на ентеральне. Пацієнтам із септичними проявами РДС призначали низькомолекулярні гепарини, дофамін.

**Висновки.** 1. У більшості пацієнтів РП супроводжується ускладненнями з боку дихальної системи. 2. Розлади дихальної функції частіше виникають в осіб літнього і старечого віку. 3. У всіх хворих з гнійно-некротичними процесами підшлункової залози констатовано ускладнення дихальної системи.

### Література

1. Абдоминальний сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему / Б.П.Гельфанд, С.З.Бурневич, В.Е.Гишкович, Ш.М.Гайнуллин // *Вестн. интенсив. тер.* – 1996. – № 1-2. – С. 34-38.
2. Гнойный перитонит / [Шуркалин Б.К., Кригер О.Г., Горский В.А., Владимиров В.Т.]. – М., 1992. – 296 с.
3. Detich E.A. The role intestinal barrier failure and bacterial translocation in the development of systemic infection and multiple organ failure / E.A.Detich // *Arch. Surg.* – 1990. – № 125. – P. 403.
4. Mattay M.A. The adult respiratory distress syndrome. Definition and prognosis / M.A.Mattay // *Br. J. Anesth.* – 1990. – № 65. – P. 107.
5. Wilson C. Prediction of outcome in acute pancreatitis: a comprehensive study of APACHE II, clinical assessment and multiple factor scoring systems / C.Wilson, D.I.Heath, W.C.Imrie // *Br. J. Surg.* – 1990. – № 77. – P. 1260.

### ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**Резюме.** На основании анализа результатов лечения прооперированных 38 больных с распространенным перитонитом констатировано, что у большинства из них возникают признаки респираторного дистресс-синдрома. Представлено ориентировочную схему коррекции проявлений дыхательной недостаточности, включая элементы ухода и питания.

**Ключевые слова:** распространенный перитонит, респираторный дистресс-синдром.

### COMPLICATIONS OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS

**Abstract.** On the basis of an analysis of the results of treating 38 patients operated for widespread peritonitis it has been verified that the signs of respiratory distress-syndrome arise in the majority of them. An approximate pattern of resolving the manifestations of respiratory insufficiency is presented, including the elements of care and nutrition.

**Key words:** widespread peritonitis, respiratory distress-syndrome.

Danylo Halyts'kyi National Medical University (L'viv)

Надійшла 28.04.2012 р.  
Рецензент – проф. І.Ю.Полянський (Чернівці)