

УДК 616.37-002

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

© *Лупальцов В.И., Ягнюк А.И., Ворошук Р.С.*

Кафедра хирургии № 3
Харьковского национального медицинского университета, Харьков, Украина
E-mail: surgdis@mail.ru

Проведен анализ результатов лечения 53 больных пожилого и старческого возраста с распространенным перитонитом, развившемся в результате деструкции полого органа или острой кишечной непроходимости. Применение дипептида аланин-глутамин в комплексе лечения распространенного перитонита способствовало уменьшению частоты ранних послеоперационных осложнений, повысило показатели физического компонента показателя качества жизни больных в отдаленном периоде.

Ключевые слова: перитонит, пожилой и старческий возраст, глутамин, качество жизни.

COMPLEX TREATMENT OF DIFFUSE PERITONITIS IN ELDERLY AND SENILE AGED PATIENTS

Lupaltsov V.I., Yagnyuk A.I., Voroschuk R.S.

Department of Surgery N 3 of Kharkov National Medical University, Kharkov, The Ukraine

The study is based on the treatment results of 53 patients with diffuse peritonitis in elderly and senile age. The disease was developed due to the destruction of a hollow organ or acute intestinal obstruction. The use of dipeptide alanine-glutamine in the complex treatment of diffuse peritonitis decreased the early postoperative complications frequency and increased follow-up rates of the physical component of the patients' quality of life.

Keywords: peritonitis, elderly and senile age, glutamine, quality of life.

Перитонит как осложнение острой хирургической патологии органов брюшной полости остается основной причиной летальности при этих заболеваниях [1, 2]. За последние десятилетия, невзирая на внедрение новых методов лечения, применения новых антибиотиков, летальность от перитонита не имеет тенденции к уменьшению [3]. У лиц пожилого и старческого возраста распространенный перитонит протекает особенно тяжело, а результаты лечения характеризуются высокой частотой послеоперационных осложнений и смертельных исходов [4].

В связи с этим дальнейшее совершенствование тактики лечения распространенного перитонита у лиц пожилого и старческого возраста остается актуальной задачей.

Цель исследования: определение оптимальной тактики при лечении распространенного перитонита у лиц пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ результатов лечения 53 больных в возрасте от 60 до 79 лет, которые распределены на две группы – первую (сравнения) и вторую (основную), 24 и 29 пациентов соответственно. Мужчин было 17 (32,1%) женщин 36 (67,9%). В исследования включены больные, отвечающие следующим критериям: возраст

больше 60 лет, вторичный перитонит, который развился вне стационара или в стационаре, и причиной которого была деструкция полого органа (прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый аппендицит, острый холецистит, перфорации тонкой или толстой кишки), острая механическая кишечная непроходимость. Рандомизация групп больных проводилась на основании фазы перитонита (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок), характеристики экссудата брюшной полости согласно классификации В.С. Савельева и соавт. (2000). У больных был распространенный перитонит с серозно-фибринозным фибринозно-гнойным или гнойным экссудатом. Сепсис диагностировали при сочетании распространенного перитонита и синдрома системной воспалительной реакции, тяжелый сепсис – при развитии полиорганной недостаточности, септический шок – при наличии артериальной гипотензии, корригируемой инотропной поддержкой на фоне адекватной инфузионной терапии. Иммунологические методы исследования включали определения общего количества CD3+, CD4+, CD8+ CD19+, уровней IGA, IGG. Функциональное состояние органов и систем оценивали по шкале SOFA, тяжесть проявлений перитонита – по Мангеймскому индексу перитонита (МИП).

В I группе причиной перитонита был острый холецистит (5), острый аппендицит (9), перфора-

тивная гастродуоденальная язва (5) травма живота с повреждением кишечника (1), острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза (4). Серозно-фибринозный экссудат имел место у 15 больных, фибринозно-гнойный или гнойный – у 9. У 29 больных II группы причинами перитонита были острый холецистит (8), острый аппендицит (10), перфоративная гастродуоденальная язва (5) травма живота с повреждением кишечника (2), острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза (4). Серозно-фибринозный экссудат отмечен у 17 больных, фибринозно-гнойным или гнойным – у 12 пациентов. Среднее значение МИП в группах был сопоставимым: в основной – 25,1 балла, сравнения – 25,6.

Все больные после достаточно стандартной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию волевических нарушений, белкового и электролитного дисбаланса, восстановление нарушений функционального состояния основных органов и систем жизнеобеспечения, оперированы. В группе сравнения проводились плановые лапароскопии в случае распространенного перитонита в фазе тяжелого сепсиса, неуверенности в адекватной санации брюшной полости, надежности анастомоза или жизнеспособности кишечной стенки, тогда как релапаротомии в основной группе проводили только по показаниям при формировании абсцессов, перфорации полого органа или кровотечении в брюшную полость, послеоперационной непроходимости кишечника. В качестве доступа применялась срединная лапаротомия. Объем вмешательства включал устранение или экстериторизацию, дренирование источника инфекции, санацию брюшной полости. Обязательная интубация тонкой кишки осуществлялась в зависимости от конкретной клинической ситуации и преимущественно ретроградно двухпросветным зондом, позволяющим осуществлять энтеральное питание. При предполагаемой плановой релапаротомии рану ушивали единичными узловыми швами.

Всем больным наряду с инфузионной терапией осуществлялось смешанное (энтеральное и парентеральное) питание с использованием смесей для энтерального питания Пентамен. В основной группе в комплекс нутритивной поддержки было включено внутривенное введение дипептида аланин-глутамин в дозе 1,5 г/кг на сутки. Антибактериальная терапия до получения результатов бактериологического исследования экссудата носила эмпирический характер на втором этапе проводилось изменение режима антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры. Как правило, назначались фторхинолоны II-III поколения в сочетании из метронидазолом, цефалоспорины II- III-IV поколения в сочетании с

аминогликозидами и метронидазолом, или карбапенемы при крайне тяжелом состоянии больных. Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике системного эндотоксикоза, моторно-эвакуаторной функции кишечника, частоте осложнений и летальности, а в отдаленном периоде – по качеству жизни больных (MOS SF-36) через 6, 12, 24 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В обеих группах при неосложненном течении распространенного перитонита с 1 суток после операции отмечено снижение индекса СД4+/СД8+ за счет уменьшения СД4+ при снижении количества СД8+, СД19+ и уровней IGG, IGA. Высокий уровень IGM сочетался с уменьшением уровня IL-2. С 3 суток отмечена позитивная динамика показателей с нормализацией на 14 сутки количества СД19+ и уровня IGG. При развитии тяжелого сепсиса и септического шока происходило резкое снижение индекса СД4+/СД8+ за счет уменьшения количества СД4+ на фоне увеличения СД8+. Отмечено резкое угнетение продукции IL-2 и гиперсекреция IL-1, снижение содержимого СД19+, уровней IGA, IGG, увеличения содержимого IGM. Негативная динамика показателей сохранялась до 7 суток, а IGA, IGM до 14 суток после операции, с более ранней нормализацией в основной группе. Нарушения белкового обмена были выраженными и стойкими на протяжении всего послеоперационного периода у всех больных. Сравнительная оценка исследуемых показателей при разных вариантах клинического течения заболевания показала, что развитие тяжелого сепсиса сопровождалось прогрессирующей гипопроотеинемией и гипоальбуминемией со снижением содержимого α-глобулиновых фракций. При этом уровень β и γ-глобулинов не поддавался существенным колебаниям (табл. 1).

Динамика восстановления показателей белкового обмена была более быстрой у больных, получавших в качестве компонента парентерального питания глютамин.

Отмечена высокая частота нарастания сердечно-легочной недостаточности после выполнения как плановых лапароскопий, так и вынужденных релапаротомий. Всего в группе сравнения у 4 больных проведена однократная лапароскопия, у 3 – двукратная и у одного 3 лапароскопии. При этом качестве основных причин выполнения релапаротомий чаще являлись несостоятельность анастомозов или некроз стенки кишки – по три случая. Реже у больных пожилого и старческого

возраста имела место острая ранняя спаечная кишечная непроходимость, 2 случая во II группе.

По клиническим и рентгенологическим данным в основной группе происходило возобновление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ в среднем на 1-2 дня раньше, чем в группе сравнения, что позволяло в более ранние сроки включать в комплекс нутритивной поддержки энтеральный компонент.

Сравнительный анализ характера и частоты послеоперационных осложнений показал заметное их сокращение в основной группе при использовании разработанной нами хирургической тактики при лечении пациентов пожилого и старческого возраста (отказ от плановых лапароскопий и включение в нутритивную поддержку внутривенного введения глутамина) за счет уменьшения осложнений со стороны ран (нагноение, флегмона, эвентерация), брюшной полости (абсцессы, прогрессирующий перитонит). Умерло в ближайшем послеоперационном периоде 10 человек. От прогрессирующего перитонита и полиорганной недостаточности 2 больных в основной группе и 5 в группе сравнения, еще в трех случаях причиной смерти был инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии. Этому способствовал выбор наименее травматического для больного объема хирургического вмешательства, эффективная однократная санация брюшной полости, минимальное количество релапаротомий, выполненных за строгими показаниями. В отдаленном послеоперационном периоде через полгода после оперативного вмешательства в 10 больных основной и в 13 больных группы сравнения констатированы диспептические расстройства в виде неустойчивого стула. В постороннем уходе нуждались 5 и 6 лиц соответственно. Другие больные были способны обслуживать себя сами. Через 6 месяцев после вмешательства из патологических состояний чаще всего обнаруживали

послеоперационные вентральные грыжи - 6 (2 в основной и 4 в группе сравнения), лигатурные свищи - 4 (по 2 в каждой группе). Повторно оперированных не было.

В течение первого года после операции умерло 7 - в результате прогрессирования сопутствующей сердечнососудистой патологии. В 6 случаях проведены хирургические вмешательства по поводу осложнений заболевания - устранения послеоперационной вентральной грыжи, лигатурных свищей и в 1 случае устранения спаечной кишечной непроходимости.

Констатация факта полного выздоровления больного, который перенес оперативное лечение по поводу перитонита, без учета данных о качестве жизни будет не до конца обоснованной. Поэтому нами проведена оценка уровня качества жизни у 19 больных основной и 15 пациентов группы сравнения через 6 месяцев, год и 2 года после выписки из стационара (табл. 2). Во всех точках контроля качества жизни показатели психологического и физического состояния в обеих группах были снижены в сравнении со здоровыми на 35-40%. Средние показатели уровня качества жизни, полученные в результате анкетирования в первой точке (6 месяцев) у 32 больных, продемонстрировали во всех клинических наблюдениях низкое качество жизни по всем категориям, так показатели общего здоровья, общей жизнеспособности, социального функционирования больных не превышали 60 баллов.

Хотя через год после операции общий уровень качества жизни в среднем повысился, он оставался достаточно низким в основной группе и в группе сравнения. Суммарный балл ниже 60 в этом сроке наблюдения отмечено в 70% больных группы сравнения и у 50,3% группы больных, которые получали дополнительно глутамин, причем показатель физического состояния у пациентов второй группы был в 1,3 раз в выше, чем

Таблица 1

Белки сыворотки крови у больных пожилого и старческого возраста
в раннем послеоперационном периоде

Показатель,	Сепсис		Тяжелый сепсис		Септический шок	
	Группа основная n=15	Группа сравнения n=12	Группа основная n=10	Группа сравнения n=9	Группа основная n=4	Группа сравнения n=3
Общий белок, г/л	65,7±5,5	63,4±5,9	51,1±3,4	50,1±3,7	46,8±5,7 *	45,8±5,7 *
Альбумины, г/л	34,1±5=4,1	36,1±5,4	29,7±3,9	27,9±3,1	26,5±3,2	28,1±3,3
α 1-глобулины, %	3,5±0,2	3,8±0,4	2,7±0,3	2,6±0,5	2,9±0,4	2,8±0,3
α 2-глобулины, %	4,3±0,3	4,1±0,4	3,5±0,2	3,6±0,4	3,3±0,5	3,2±0,3
β-глобулины, %	8,3 ±0,5	8,3 ±0,5	7,1 ±0,3	7,1 ±0,3	7,0 ±0,4	7,0 ±0,4
γ-глобулины, %	17,3±0,7	17,3±0,7	16,1±1,3	16,1±1,3	16,9±1,0	16,9±1,0

Показатели качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде у больных с распространенным перитонитом

Срок	Группа	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
6 мес	основная	55,08 ±1,78	56,21 ±2,11	45,66 ±1,47	51,86 ±3,58	51,02 ±1,88	55,43 ±3,18	70,27 ±2,96	50,77 ±2,65
	сравнения	51,17 ±2,16	59,80 ±1,75	50,76 ±2,93	52,34 ±1,80	48,23 ±2,35	54,16 ±2,74	71,06 ±2,13	51,65 ±2,62
12 мес	основная	69,62* ±2,49	66,28* ±2,16	60,17 ±2,76	46,52* ±1,43	60,47* ±2,28	57,24 ±3,65	64,92 ±1,81	52,19 ±1,62
	сравнения	60,08 ±1,85	60,83 ±1,49	58,42 ±3,28	40,37 ±2,76	52,04 ±1,34	56,52 ±2,18	69,12 ±2,42	51,39 ±2,71
24 мес	основная	61,8 * ±2,66	76,53 ±1,88	58,96 ±1,90	50,07 ±2,69	59,77 ±1,93	57,15 ±2,13	70,64 ±2,84	61,33 ±2,80
	сравнения	52,21 ±3,79	76,04 ±2,81	57,16 ±1,84	48,52 ±2,36	58,12 ±1,32	58,39 ±2,56	69,08 ±1,46	61,03 ±3,12

Примечание: $p < 0,05$ между группами.

в первой. На второй год показатели качества жизни у анкетированных больных достоверно не отличались.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Выполнение релапаротомий у больных пожилого и старческого возраста при распространенном перитоните должно проводиться по строгим показаниям при признаках развившихся осложнений со стороны органов брюшной полости.

2. Применение глутамина в комплексном лечении распространенного перитонита способствовало уменьшению частоты ранних осложнений, как со стороны послеоперационной раны, так и брюшной полости, более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

3. Включение в комплекс интенсивной терапии перитонита у лиц пожилого и старческого возраста нутритивной поддержки, обогащенной

глутамином, повышает показатели физического компонента показателя качества жизни в отдаленном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамзатов Х.А. Сравнительная оценка методов прогнозирования исходов острого перитонита // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167. – № 6. – С. 96-99.
2. Кавин В.О. Лікування хворих з гострим перитонітом та показники важкості їх стану // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 15-16.
3. Савельев В.С., Филимонов Н.И., Подачин С.В. и др. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита // Анналы хирургии. – 2008. – № 1. – С. 26-32.
4. Подачин П.В., Гельфанд Е.Б. Перитонит. Интенсивная терапия: Национальное руководство: в 2-х томах / Под. ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – Т. 2. – С. 344-358.