

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КРИПТОГЕННОГО ПЕРИТОНІТУ В ПРАКТИЦІ УРГЕНТНОГО ХІРУРГА

Актуальність. Перитоніт – це запалення листків очеревини, котре виникає внаслідок впливу мікроорганізмів або фізичних чи хімічних чинників, проявами якого є місцеві зміни та загальні розлади різних органів і систем організму[1]. Згідно класифікації перитоніту за етіологією виділяють первинний, вторинний та третинний[2]. Первинний виникає внаслідок потрапляння мікрофлори до очеревини, гематогенним або лімфогенним шляхом, з осередку інфекції. Але досить часто не вдається з'ясувати джерело розповсюдження інфекції, тоді такий вид перитоніту називають криптогенним. В літературних джерелах міститься незначна кількість інформації про даний вид перитоніту, тому нами було вирішено описати клінічний випадок для більш широкого вивчення цієї патології.

Мета роботи. Описання клінічного випадку успішного хірургічного лікування пацієнта, на фоні нечіткої клінічної картини та інтраопераційної неясності причини походження гострого фібринозно-гнійного перитоніту.

Матеріали та методи. Хворий О. (75 р.) 13.10.14 о 19 год доставлений до приймального відділення Прилуцької ЦМЛ, каретою ШМД з діагнозом: Перитоніт. Оглянутий черговим терапевтом та хірургом. Хворий виявляє скарги на пекучий біль в усіх ділянках живота, сухість в роті, нудоту, однократне блювання, пронос, підвищення t° до 40°C . З анамнезу хвороби: вважає себе хворим з 09.10.14р, коли на фоні повного здоров'я з'явилися болі в правому підребер'ї. 10.10.14р звертався до терапевта, проведено обстеження: 1)ЗАК – лейкоцити – 12,2 г/л; 2)ЗАС- норма; 3)УЗД (ОЧП) - заключення: Кіста лівої нирки. Виконував призначене лікування самостійно. 10.10.14 – t° підвищилася до $40,3^{\circ}\text{C}$, з'явилася виражена загальна слабкість. Приймав жарознижувальні препарати і залишався вдома. 13.10.14 близько 18 год відмітив значне погіршення і звернувся в ШМД. З анамнезу життя з'ясовано, що переніс апендектомію та тонзилектомію в молодому віці, без ускладнень. Алергологічний анамнез необтяжений.

При поступленні загальний стан хворого тяжкий за рахунок вираженого інтоксикаційного, больового та диспепсичного синдромів. Свідомість збережена. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті, сухі. Активні та пасивні рухи в суглобах не обмежені. М'язовий тонус дещо знижений. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Грудна клітка звичайної форми, приймає участь в акті дихання в повному обсязі. Дихання везикулярне над всіма ділянками легень. ЧД=26хв. Тони серця приглушені, тахіаритмічні. ЧСС=120 уд/хв. АТ=100/70 мм.рт.ст. Язик сухий, щіткоподібний, обкладений білим нальотом. Зів чистий. Живіт симетричний, дещо здутий, не приймає участь в акті дихання, аскультативно перестальтика не визначається. Візуалізується давній п/о рубець в правій здухвинній ділянці. При перкусії помірно болючий у всіх ділянках. Пе-

чинка не виступає з-під краю реберної дуги. С-ми Кера, Ортнера, Мейо-Робсона, Спіжарного негативні. При пальпації відмічений дефанс м'язів передньої черевної стінки та болючість над всіма областями, але більше в правій здухвинній та над лобком. Симптоми подразнення очеревини (Роздольського, Щоткіна-Блюмберга, Черемського-Кушніренка) позитивні. Гази не відходять. Стілець був 3 рази протягом останньої доби, неоформлений. При ректальному дослідженні - тонус сфінктера збережений, ампула прямої кишки не роздута, наявний рідкий кал, стінки еластичні; на висоті пальця онкопатології не виявлено; на печатці стілець світло-коричневого кольору. При постукуванні в поперековій ділянці болючості не відмічає з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне, нечасте. Діурез знижений. За результатами лабораторної діагностики: 1.ЗАК: Ер = 3,9 г/л, ШОЕ = 45 мм/год, Нв = 114г/л, Кол. показник = 0,84, Лейкоцити = 12,5 г/л (Б = 0, Е = 1, П = 20, С = 70, Л = 8, М = 1); 2.Глюкоза крові – 5,3 ммоль/л; 3.Коагулограма: ПТІ = 98 %, Час згортання = 4' 20"; 4.Б/х аналіз крові: Креатинін = 66 мкмоль/л, Заг. білок = 63 г/л, Заг. білірубін = 12,9 мкмоль/л; 5.ЗАС: реакція кисла, Б = 0, Ц = 0, Ер = 1-2 в п/з, Л = 2-3 в п/з, Солі відсутні, Діастаза-32 ОД. Інструментальні методи дослідження: 1. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки та черевної порожнини – пневматоз кишківника, вільного газу та рідинних рівнів немає; 2. Кардіограма - ритм синусовий, правильний, ЧСС=118уд/хв; 3. УЗД - не проводилося (за технічними причинами). Після клінічного, лабораторного та інструментального обстеження - хворого госпіталізовано до х/в з клінікою перитоніту.

Хворому було розпочато передопераційну підготовку на фоні динамічного спостереження. Призначено інфузію в об'ємі до 2,5 л (кристалоїди, колоїди, водно-сольові та серцеві препарати, антибіотик, анальгетики). Встановлено назогастральний зонд, з якого виділилося до 300 мл застійного шлункового вмісту. Після проведених передопераційних заходів, загальний стан хворого залишався стабільно тяжким. Пацієнту та родичам ґрунтовно пояснено клінічну картину, і через 3 год після госпіталізації хворого було взято в операційну. Проведено ендотрахеальний наркоз. Виконано середньо-серединну лапаротомію. При ревізії органів черевної порожнини (ОЧП) виявлено серозно-гнійний ексудат в усіх ділянках (до 700мл) та налипання фібрину. Жовчний міхур розмірами 8×5 см, стінка світлого кольору, товщиною близько 3 мм, без патологічних змін. Селезінка в межах норми, патологічних утворів не виявлено. Петлі тонкої кишки дещо дилатовані, стінка рожевого кольору з масивним налипанням фібрину, перистальтика збережена, чітко визначається пульсація на мазентеріальних артеріях. Черв'якоподібний відросток відсутній. Товста кишка без особливостей. Розсічено шлунково-ободову зв'язку та розкрито чепцеву сумку – сухо. Підшлункова залоза без патологічних змін. Перфорації порожнинного органу не виявлено. Через назогастральний зонд введено контрастну суміш в об'ємі до 300 мл (брильянтовий зелений + фіз. розчин), виділення в черевну порожнину не відмічено. За допомогою тупфера фібрин легко знімається, виконано максимально можливе очищення від нього ОЧП. Причини гострого фібринозно-гнійного перитоніту не встановлено! Взято на бактеріологічне дослідження гнійний ексудат. Проведено промивання ЧП фіз. розчином + перекис водню 3% (в пропорції 10:1) та санацію р-м Декасану в загальному об'ємі до 6 л [3]. В брижу тонкої кишки введено 120 мл 0,25 % р-ну новокаїну; інтубацію кишки не проводили через відсутність по-

казань. Виконано дренажування ЧП за Петровим, через 4 контрапертури встановлено перчатково-трубчасті дренажі. Контроль гемостазу – сухо! Пошарові шви на рану. Діагноз після операції – Гострий загальний первинний (криптогенний) фібринозно-гнійний перитоніт, токсична фаза.

Результати та обговорення. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Протягом перших 36 годин після оперативного втручання хворий знаходився у відділенні інтенсивної терапії, а після стабілізації загального стану був переведений до хірургічного для подальшого лікування.

Лікувальна програма складалася: 1) Дієта – стіл № 1; 2) *Зацеф (цефтазидим) - 1,0 в/в 2р/д - 7 днів; 3) Левофлоксацин – 0,5 в/в 2р/д - 5 днів; 4) *Орнігіл (орнідазол) – 0,5 в/в 2р/д - 5 днів; 5) *Цибор (беміпарин натрію) – 2500 ОД п/ш 1р/д протягом 5 днів; 6) Інфузійна терапія складалася з протишокових та дезінтоксикаційних кровозамінників, водно-сольових і білкових препаратів; 7) Перев'язки 1р/д.

Дренажі трубчаті видалено на 3-тю, а гумово-перчаткові – на 4-ту доби після операції. 20.10.14 - отримано висновок бактеріологічного дослідження вмісту ЧП - *Streptococcus pyogenes*. Даний збудник виявився досить чутливим до емпірично призначеної антибактеріальної терапії. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом, а шви повністю знято на 9-ту добу. Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні протягом 10 діб. У задовільному стані 23.10.14 виписаний на амбулаторне лікування в поліклініку КЛПЗ «ПЦМЛ».

Висновки. Даний клінічний випадок має практичне значення для кожного ургентного хірурга, тому що в будь-який час можна потрапити в подібну ситуацію. Зверніть увагу, коли під час операції при ретельній ревізії ОЧП не знайдено причини патологічних змін очеревини, то не потрібно панікувати і забувати про первинний, а інколи і криптогенний перитоніт. Запорука ефективного лікування полягає в адекватному оперативному втручанні та емпіричному призначенні антибактеріальних засобів широкого спектру дії.

Література:

1. Методичні вказівки до практичних занять. Тема: Гострий гнійний перитоніт. - БДМА, кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб.
2. Гострий перитоніт. - Шалімов О.О., Шапошніков В.І., Пінчук М.П., Видав.: «Наука», 1981р. - 288с.
3. Стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «хірургія» (наказ № 297 від 02.04.2010). Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з гострим перитонітом.
4. Хірургія України. - 2011. - №2. - С.108-110
5. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова — М.: Литтерра, 2006. — 208 с.
6. Перитонит. - В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. – М., 2001. – 240 с.

Антоненко, О.М. Клінічний випадок криптогенного перитоніту в практиці ургентного хірурга / О.М. Антоненко, О.Г. Устименко, В.П. Кононенко // Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 30-31 січня, 2015 р.). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2015. – С. 54-56.