

© Гресько М.М., Шеремет М.І., 2012

УДК 616.37-002-036.11-0.36.17-089

ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

М.М.Гресько, М.І.Шеремет

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

Резюме. На підставі результатів лікування 361 хворого на гострий перитоніт встановлено істотні розбіжності на етапі діагностики та лікування. Для запобігання імовірних розбіжностей на етапі діагностики гострого перитоніту слід чітко дотримуватися вдосконалених стандартів організації надання невідкладної медичної допомоги хворим і ширше застосовувати ургентні відеолапароскопії.

Ключові слова: гострий перитоніт, діагностика, лікування.

Гострий перитоніт (ГП) – одне з найтяжчих ускладнень в абдомінальній хірургії, тому ця проблема актуальна й донині [1, 2]. Упродовж останнього сторіччя визначені зв'язок між лабораторними ознаками активної запальної реакції та прогнозом у хворих середнього та старечого віку [3], значення мікрофлори та реактивності організму хворого, завдання та алгоритми хірургічних втручань [4]. Але вони часто-густо не узгоджуються між собою. Це призводить до термінологічних розбіжностей при тлумаченні, некоректного порівняння результатів діагностики та лікування хворих на ГП [5, 6]. Для підвищення об'єктивності діагностики та лікування були створені стандарти організації надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГП [7, 8], проте з плином часу і вони потребують удосконалення.

Мета дослідження: розробити нові та вдосконалити існуючі методи діагностики ГП, оцінити ефективність їх клінічного застосування.

Матеріал і методи. Матеріал дослідження становив 361 хворий на ГП віком 23-82 (54,61±4,63) років, у яких проведено ретроспективний аналіз кількісних і якісних параметрів захворювання до операції (за історіями хвороб) та їх відповідність даним протоколів операцій за період 2002-2012 рр. Чоловіків було 237 (65,6%), жінок – 124 (34,4%). Причинами виникнення перитоніту (Пт) були: гострий апендицит (67; 18,6% хворих), гострий деструктивний холецистит (78; 21,6%), гострий деструктивний панкреатит (53; 14,7%), перфора-

тивна виразка шлунка чи ДПК (39; 10,8%), непрохідність, перфорація кишечника (52; 14,4%). У 25 (6,9%) хворих Пт ускладнював післяопераційний період, решта пацієнтів набули Пт внаслідок травм (24; 6,6%) або гінекологічної патології (33; 9,1%). Інтраопераційно Пт розцінено як розлитий у 31% хворих, дифузний – 39%, місцевий невідмежований – 17%, відмежований – 13%. Летальність становила 9,1%. За перебігом 127 хворих було з II ступенем тяжкості; 96 – IIIА, 138 – IIIБ. Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgrafics" та "Exel 7.0".

Результати дослідження. Всім хворим на момент госпіталізації проводилися фізикальні огляди та комплексне лабораторно-інструментальне обстеження. Особливого діагностично-прогностичного значення надавали динамічному моніторингу токсико-запальних показників: лейкоцити крові та зміни лейкоцитарної формули; гемоглобін; кольоровий показник; білірубін, креатинін та сечовина крові; загальний білок; гематокрит, а також ультрасонографія, рентгенографія, при потребі – комп'ютерна томографія. У процесі об'єктивного обстеження звертали увагу на наявність симптомів ГП. Передопераційна підготовка полягала у максимально можливій корекції водно-електролітного балансу, функцій основних органів і систем, емпіричній антибіотикотерапії. Всіх хворих оперовано під ендотрахеальним наркозом в межах 6 год після госпіталізації.

Невідкладне хірургічне втручання поляга-

ло в усуненні джерела ГП, санації та дренаванні очеревинної порожнини. У кожному випадку проводили аспірацію ексудату для бактеріологічного дослідження та визначення чутливості патогенної мікрофлори до антибіотиків. Запрограмована лапароперція використана у 152 хворих. Вимушені релапаротомії у зв'язку з прогресуванням Пт (неспроможність швів), розвитком кишкової непрохідності та евентрацією застосовано у 25 хворих. Померло 19 хворих з післяопераційним Пт. Основною причиною смерті визнано поліорганну недостатність, зумовлену тяжкою мікробною та ендogenous інтоксикацією.

Дуже важко діагностувати хірургічні захворювання в літніх осіб та у хворих з поєднаними системними захворюваннями. У них також спостерігається збільшення частоти ускладнень, що можна об'рунтувати такими чинниками: 1) зміною клінічного перебігу хвороби; 2) наявністю суттєвих відмінностей клінічної маніфестації хірургічних захворювань; 3) стертими клінічними проявами запальних процесів та їх невідповідністю морфофункціональним змінам у тканинах та органах; 4) спотворенням лабораторних показників, в першу чергу лейкоцитарної формули крові. А це, в свою чергу, призводить до: 1) діагностичних помилок; 2) неадекватності лікувальних заходів; 3) зростання частоти ускладнень; 4) зростання летальності; 5) подовження термінів лікування. Тому ранню діагностику хірургічних захворювань та її об'єктивізацію можна підвищити шляхом розширення показань до діагностичних відеолапароскопій, які переходять у лапароскопічні або лапаротомні хірургічні втручання. Одержані результати дозволили також розширити показання до малоінвазивних методів хірургічних втручань у хворих з поєднаною хірургічною па-

тологією. Зважаючи на те, що малоінвазивні втручання забезпечують радикальність при меншій травматичності, вважаємо за необхідне розширити показання до їх ургентного використання. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 112 хворих.

Отже, на етапі діагностики слід чітко дотримуватися основних стандартів організації надання невідкладної медичної допомоги хворим з ГП за такою діагностичною програмою.

1. **Обов'язкові обстеження:** 1) клінічний аналіз крові та сечі; 2) визначення групи крові за системою АВО та резус-належності крові; 3) визначення сечовини в сироватці крові; 4) визначення калію в сироватці крові; 5) визначення натрію в сироватці крові; 6) визначення хлоридів у сироватці крові; 7) визначення глюкози в сироватці крові; 8) визначення загального білка та його фракцій у сироватці крові; 9) коагулограма; 10) визначення рівня середніх молекул у сироватці крові; 11) визначення креатиніну в сироватці крові; 12) визначення залишкового азоту в сироватці крові; 13) дослідження крові на стерильність і гемокультуру та її чутливість до антибіотиків; 14) оглядова рентгенографія черевної порожнини; 15) УЗД органів черевної порожнини; 16) електрокардіографія спокою.

2. **Додаткові обстеження:** 1) лапароскопія; 2) лапароцентез; 3) КТ; 4) визначення АсТ; 5) визначення АлТ; 6) визначення лужної фосфатази.

Реалізація даної діагностичної програми – запорука своєчасної хірургічної операції та високої імовірності одужання хворого.

Висновок. На етапі діагностики ГП варто чітко дотримуватися основних стандартів організації надання невідкладної медичної допомоги і ширше пропонувати ургентні відеолапароскопії.

Література

1. Гостищев В.К. Перитонит / Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.
2. Ханевич М.Д. Перитонит: инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия / Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Староконь П.М. – М.: МедЭкспертПресс, 2004. – 205 с.
3. Братусь В.В. Атеросклероз, ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром / Братусь В.В., Чумаков В.А., Талаєва Т.В. – К., 2004. – 576 с.
4. Распространённый гнойный перитонит / [Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н. и др.]. – Харків: Пропор, 2008. – 280 с.
5. Фомін П.Д. Абдомінальний сепсис / П.Д.Фомін, Р.І.Сидорчук // Суч. мед. технол. – 2009. – № 4. – С. 60-68.
6. Paetz J. Finding optimal decision scores by evolutionary strategies / J.Paetz // Artif. Intell. Med. – 2004. – Vol. 32, № 2. – P. 85-95.
7. Оцінка тяжкості стану хірургічного хворого / [Супливий В.О., Дронов О.І., Конь К.В., Євтушенко Д.В.]. – К.: Майстерня Книги, 2009. – 128 с.
8. Хирургический сепсис: современные подходы к оценке тяжести / [Супливый В.А., Гринченко С.В., Береснев А.В. и др.] // Укр. ж. хірургії. – 2009. – № 1. – С. 121-124.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

Резюме. На основании результатов лечения 361 больного острым перитонитом установлены существенные различия на этапе диагностики и лечения. Для предупреждения возможных расхождений на этапе диагностики острого перитонита следует строго соблюдать усовершенствованные стандарты организации оказания неотложной медицинской помощи больным и шире использовать urgentные видеолaparоскопии.

Ключевые слова: острый перитонит, диагностика, лечение.

DIAGNOSIS OF ACUTE PERITONITIS

Abstract. Essential discrepancies at the stage of diagnosing and treating have been established on the basis of the outcomes of treatment of 361 patients with acute peritonitis. In order to avoid probable discrepancies at the stage of diagnosing acute peritonitis one should clearly comply with perfected standards of the organization of rendering emergency aid to patients and make a broader use of urgent videolaparoscopies.

Key words: acute peritonitis, diagnosis, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.06.2012 р.