

УДК 616-073.7+617.55+616.381-002

О.В. Пуптюк, І.К. Чурній, К.Л. Чурній

МОНІТОРИНГ ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ*Івано-Франківський національний медичний університет*

В роботі висвітлено та виділено важливі ультразвукові критерії діагностики причин ускладнень в післяопераційному періоді. Ультразвукове дослідження є високоінформативним, доступним, безпечним та обов'язковим методом моніторингу, що полегшує ведення даної категорії хворих.

Ключові слова: перитоніт, ультразвукова діагностика.

Гнійно-септичні ускладнення, які виникають в післяопераційному періоді є актуальною проблемою сучасної хірургії і становлять від 2 до 5% при планових операціях та 3-7,8% при ургентних оперативних втручаннях на органах черевної порожнини [1]. Летальність при післяопераційному перитоніті коливається від 29 до 73% [2]. Вчасна та коректна верифікація діагнозу, моніторинг динаміки змін, які відбуваються в черевній порожнині є провідним для правильного вибору подальшої тактики лікування, та швидкого одужання пацієнта. Використання інструментальних методів обстеження таких як ультразвукова діагностика (УЗД), є неінвазивними методом. Відсутність протипоказів, можливість проведення дослідження біля ліжка хворого та проведення моніторингу післяопераційного періоду хворих на перитоніт робить цей метод високоінформативним та широкоживаним [3].

Метою роботи було провести моніторування післяопераційного періоду у хворих на перитоніт з використанням методу УЗД та можливою подальшою корекцією лікування та тактики ведення.

Матеріал та методи

Нами обстежено 600 хворих з гострою хірургічною патологією. Вік хворих коливався від 18 до 93 років. Чоловіки склали – 281, жінки – 319. Вік хворих був розподілений наступним чином: до 30 років 195 (32,5%), від 31 до 60 – 278 (46,3%), старше 60 років 127 (21,2%). Термін госпіталізації: до 6 годин – 42, до 12 годин – 180, до 24 годин – 201, до 48 годин – 95, >72 годин – 82.

Хворі поділені залежно від розповсюдженості перитоніту на три групи: місцевий – 200 пацієнтів, 400 – аналогічно з дифузним та роз-

литим порівну. Структура патології при місцевому була наступною: гострий флегмонозний апендицит (ГФА) – 114, гострий гангренозний апендицит (ГГА) – 37, гострий перфоративний апендицит (ГПА) – 11, гострий калькульозний холецистит (ГКХ) – 26, сальпінгіт – 2, защемлена грижа – 6, апоплексія – 4.

Структура патології при дифузному була наступною: ГГА – 18, ГПА – 31, ГКХ – 37, гостра кишкова непрохідність (ГКН) – 12, апоплексія – 46, сальпінгіт – 11, защемлена грижа – 16, хвороба Крона (ХК) – 5, інші – 24.

Структура патології при розлитому була наступною: ГПА – 15, ГКН – 43, рак – 27, перфоративна виразка шлунка – 16, 12-типалої кишки – 31, травми ОЧП – 20, защемлена грижа – 19, перфорація товстого кишечника – 4, тонкого кишечника – 7, ГКХ – 8, інші – 10.

В якості основного діагностичного методу для виявлення достовірних ознак ускладнень післяопераційного періоду використовували УЗД моніторинг, який доповнювали лабораторними методами діагностики (визначення кількості лейкоцитів, лейкоцитарний індекс інтоксикації за Кальф-Каліфом (ЛІІ), рівня сорбційної здатності еритроцитів (СЗЕ)). Моніторинг проводили на 3-5 та 7 доби лікування.

Дослідження проводили на діагностичному комплексі Aloka prosound SSD-3500 SX, застосовуючи лінійні і конвексні датчики зі змінною частотою 2,5-7,5 МГц в положенні хворого на спині, лівому та правому боці з використанням режимів кольорового та енергетичного доплерівського картування.

Результати та обговорення

При неускладненому перебігу післяопераційного періоду спостерігалась наступна УЗД картина: незначна кількість вільної рідини в

малому тазі яка дренивалась через дренажі, помірна пневматизація кишківника та нерегулярна перистальтика. Такий стан підтверджувався даними лабораторних показників кількість лейкоцитів на 2-3 добу: $11,52 \pm 0,61$ Г/л, відповідно ЛП становив до $2,7 \pm 1,3$, СЗЕ $52 \pm 3,4\%$.

Сумнівний перебіг був у 167 хворих, при цьому УЗД картинка була наступною: кількість рідини крім малого тазу спостерігалась у відлогих місцях недоступних для дренажів, а також у вигляді смужок товщиною до 1-2 мм між петлями кишківника. Відмічена пневматизація кишківника, стінка не потовщена, перистальтика відновлюється на 3-4 добу.

При збереженні важкого стану хворого після 4 доби, відмічено наступні УЗ зміни: зберігаються явища парезу, вільна рідина в малому тазу та латеральних каналах, міжпетельних проміжках у вигляді ехонегативних смужок шириною до 2 мм. Виражена пневматизація кишківника, просвіт сягав до 3 мм, товщина стінки потовщувалась до 3 мм. В просвіті кишківника візуалізується рідкий вміст. Описані явища проходять на 6-7 добу, що підтверджується УЗ-картиною – відновлюється перистальтика, зменшується кількість вільної рідини. Це підтверджено лабораторними показниками на 7 добу: кількість лейкоцитів складала $10,25 \pm 0,35$ Г/л, відповідно ЛП становив до $2,16 \pm 1,25$; СЗЕ $44 \pm 1,3\%$.

При прогресуванні важкого стану у 208 хворих відмічені наступні ускладнення: рання злукова кишкова непрохідність – 74, підпечінковий та інші абсцеси – 58, недостатність анастомозу – 23, післяопераційний перитоніт – 53, які підлягали оперативному лікуванню.

У 36 (6%) хворих на 10 добу лікування ускладнень, явища парезу кишківника, наявність вільної рідини, розширення просвіту та потовщення кишки пройшли без оперативного лікування, що підтверджувалось лабораторними показниками які відповідали нормі.

Висновки

1. Проведення в післяопераційному періоді УЗД моніторингу дає можливість діагностувати імовірні ранні ускладнення та корегувати тактику лікування.

2. Достовірними УЗ-критеріями продовжуючого перитоніту є: стійкий і довготривалий парез кишківника > 4 днів, розширення просвіту > 3 мм, накопичення газу над рідиною в просвіті, потовщення стінки кишки > 3 мм, та відсутність позитивної динаміки загального стану з використанням фармакологічних середників.

МОНИТОРИНГ ВЕДЕННЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

А.В. Питтук, И.К. Чурпий, К.Л. Чурпий

В работе освещены и выделены важные ультразвуковые критерии диагностики причин осложнений послеоперационного периода. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным, доступным, безопасным и обязательным методом мониторинга, что облегчает ведение данной категории больных.

Ключевые слова: перитонит, ультразвуковое обследование.

MONITORING OF POSTOPERATIVE CARE PATIENTS WITH PERITONITIS

O.V. Pyptuk, I.K. Churpiy, K.L. Churpiy

This paper describes and highlighted the important reasons for ultrasound diagnostic criteria of complications in the postoperative period. Ultrasound is highly informative, accessible, and safe method of monitoring required to facilitate this category of patients.

Key words: peritonitis, ultrasound diagnostics.

ЛІТЕРАТУРА

1. Думанський Ю.В. Стандартизація алгоритмів ультразвукового дослідження у невідкладній абдомінальній хірургії / Ю.В. Думанський, М.В. Конькова, О.О. Юдін // Український Журнал Хірургії. – 2008. – № 1. – С. 21-25.
2. Возможности оптимизации ультразвуковой диагностики острой спаечной кишечной непроходимости / В.И. Бондарев, Р.В. Бондарев, А.А. Орехов и др. // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13. – № 2. – С. 83-84.
3. Кондратенко П.Г. Ультразвукове дослідження в діагностиці гострого апендициту / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 3. – С. 83-85.

Стаття надійшла 18.02.2011