

УДК 616.381-002.1-031.81

С.С. Селіванов, Р.В. Бондарев, В.І. Бондарев, Н.О. Фонова

ПРОГНОЗ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ І НАСЛІДКІВ ГОСТРОГО РОЗЛИТОГО ПЕРИТОНІТУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Серед 108 хворих з різними хірургічними захворюваннями, які ускладнені розвитком гострого розлитого перитоніту, проведена оцінка тяжкості згідно із шкалою SAPS, а також досліджена динаміка морфометричних показників парієтальної очеревини. Встановлено, що рівень морфометричних показників у порівнянні з тяжкістю стану хворих за шкалою SAPS є об'єктивними показниками виразності запального процесу в черевній порожнині, тяжкості перебігу гострого розлитого перитоніту, можуть служити критеріями прогнозу захворювання і вибору тактики лікування.

Ключові слова: перитоніт, морфометричні показники, прогноз.

Лікування хворих гострим розлитим перитонітом (ГРП) лишається актуальною проблемою, оскільки летальність при цьому ускладненні коливається від 28% до 83,7% [1]. Причиною високої летальності є прогресуючий запальний процес, що супроводжується розвитком поліфункціональної недостатності органів і систем організму.

Перспективи покращення наслідків лікування пов'язані з впровадженням в клінічну практику нових стандартів діагностики і лікування на основі принципів доказової медицини [3-5]. У зв'язку з цим представляється суттєвим вивчення доцільності використання шкали SAPS у сполученні із структурними змінами в парієтальній очеревині для впровадження в клінічну практику системного підходу до методології прогнозування післяопераційного перебігу ГРП, що дасть можливість індивідуалізувати методи хірургічної корекції патологічного процесу в кожному конкретному випадку захворювання.

Мета роботи – покращення результатів лікування хворих ГРП шляхом визначення можливості індивідуального прогнозування результату і тяжкості перебігу запального процесу в черевній порожнині.

Матеріал та методи

Проведено клініко-морфологічне обстеження 108 хворих ГРП віком від 17 до 80 років і старше, причиною котрого у 53 хворих була перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, у 9 – травматичне ушкодження органів черевної порожнини, у 19 – гостра ки-

шечна непрохідність, у 19 – гострий холецистит, у 8 – гострий апендицит.

У хворих виконувалось прогнозування динаміки перебігу і наслідки ГРП за допомогою шкали SAPS. В наслідок проведеної оцінки тяжкості фізичного стану за шкалою SAPS виділені три підгрупи. При цьому, хворих з 0-9 балами віднесено до пацієнтів з легким ступенем тяжкості – 33 (30,6%) хворих (прогнозована летальність складає 20%); з 10-19 балами – до другої підгрупи із середньою тяжкістю – 55 (50,9%) хворих (прогнозована летальність 20-50%) і 20 (18,5%) хворих із сумою балів 20 і більше – до третьої підгрупи (прогнозована летальність від 51 до 100%).

Морфологічно і морфометрично вивчали характер і ступінь запальних змін в інтраопераційних біоптатах парієтальної очеревини. Впродовж первинної операції і послідовних післяопераційних санацій для морфологічного і морфометричного дослідження відбирали біоптати (від 4-5) в місцях проведення дренажів, а також в візуально найбільш уражених ділянках парієтальної очеревини [2].

Результати та обговорення

Аналіз морфометричних досліджень дав можливість визначити тяжкість фібринозно-гнійного запалення в очеревині під час оперативного втручання і одночасно служив початковою крапкою відліку для визначення тяжкості фібринозно-гнійного запалення в очеревині впродовж оперативного втручання і для визначення тактики лікування. Із морфометричних параметрів, отриманих під час першої лапаротомії, найбільше об'єктивними і де-

монстративними, які відображають рівень інтоксикації у хворого, були нейтрофільні поліморфоядерні лейкоцити (НПЯЛ), макрофаги, лімфоцити, фібробласти, вогнища некрозу (див. табл.).

Морфологічні дослідження парієтальної очеревини свідчать про те, що зміна величин окремих параметрів у пацієнтів різних нозологічних груп були односпрямованими, а показники в кожній із груп схожі між собою, не зважаючи на те, що етіологія і клінічні прояви патологічних станів, що вивчались, були різними. Індивідуальний аналіз даних морфологічного обстеження пацієнтів показав, що величини параметрів коливались в широкому діапазоні як в бік підвищення, так і в бік пониження.

Аналіз динаміки морфометричних показників виявив наступні закономірності. В 1 групі хворих під час операції і всього часу післяопераційного періоду рівень НПЯЛ не перевищував $0,1314 \pm 0,0546$, із середніми показниками на 3 добу $0,0604 \pm 0,0130$; відповідно рівень фібробластів підвищився на 3 добу в 1,5 рази. В цілому післяопераційний період характеризувався нерізко вираженими змінами даних показників. Значення останніх нормалізувались в середньому на 3 добу після первинної операції.

В другій групі у хворих із сприятливими результатами відмічався високий висхідний рівень НПЯЛ і вогнищ некрозу і більш низький висхідний рівень макрофагів, лімфоцитів, фібробластів по відношенню до хворих першої групи, які оставались стабільними впродовж 3 діб післяопераційного періоду. Остаточна нормалізація значень названих показників відбувалася на 5-7 добу.

Аналогічна тенденція в динаміці показників, що аналізуються при сприятливому результаті захворювання нами відмічена в 3 групі хворих ГРП (>20 балів). Причому, різниця від 1 і 2 груп полягала в більш високих абсолютних значеннях НПЯЛ, вогнищ некрозу і низьких показників рівня макрофагів, лімфоцитів, фібробластів і більш тривалими термінами нормалізації даних показників, що свідчить в свою чергу про більш виражений запальний процес в очеревині. В цілому характер динаміки рівнів даних показників у хворих із сприятливими результатами в даних групах різнився не суттєво. Аналіз динаміки морфо-

метричних показників очеревини у пацієнтів, що померли, свідчив, що достовірною різницею від хворих із сприятливими результатами захворювання були як початково більш високий рівень показників НПЯЛ і вогнищ некрозу або більш низький рівень макрофагів, лімфоцитів і фібробластів, так і чітка тенденція до їх збільшення або пониження до летального кінця.

При цьому, помічається чітка тенденція, чим більше виражена (за балами шкали SAPS) тяжкість перебігу захворювання, тим вище показники НПЯЛ й вогнищ некрозу та нижче рівні макрофагів, лімфоцитів, фібробластів. Це чітко спостерігається і при співставленні середніх значень даних показників при підрахунках для перших 3-5 діб післяопераційного періоду як при сприятливому перебігу, так і при випадках, що закінчились летально. Ризик летальних випадків у пацієнтів ГРП прямопропорційно зростає зі збільшенням негативної динаміки показників дослідження, при цьому вірогідність сприятливого кінця пропорційно зменшується.

В ході дослідження було встановлено, що при НПЯЛ рівному не більше $0,1314 \pm 0,0546$, фібробластів – $0,1238 \pm 0,0153$, вогнищ некрозу – $0,0053 \pm 0,0016$, лімфоцитів – $0,0145 \pm 0,0038$, макрофагів – $0,0046 \pm 0,0013$ прогноз був максимально сприятливий. У хворих, у котрих показники НПЯЛ дорівнювали або вище чим $0,3128 \pm 0,0334$, вогнища некрозу – $0,0173 \pm 0,0046$, макрофаги – $0,0049 \pm 0,0016$, лімфоцити – $0,0202 \pm 0,0053$, фібробласти – $0,1192 \pm 0,0077$ прогноз був несприятливий.

Отримані результати морфометричних досліджень парієтальної очеревини були основою для вибору пріоритетних шляхів корекції внутрішньочеревної інтоксикації при ГРП. У хворих при інтервалі SAPS $n < 10$ і при наявності в парієтальній очеревині: НПЯЛ – $0,1314 \pm 0,0546$, вогнищ некрозу – $0,0053 \pm 0,0016$, лімфоцитів – $0,0145 \pm 0,0038$, макрофагів – $0,0046 \pm 0,0013$, фібробластів $0,1203 \pm 0,1238$ оптимальним способом лікування є закритий метод лікування з промиванням черевної порожнини і проведенням відеолапароскопічної санації (ВЛС), яка виконується в першу добу після оперативного втручання (18-24 год.). У хворих другої підгрупи при виявленні в парієтальній очеревині НПЯЛ – $0,2614 \pm 0,0431$, вогнищ некрозу – $0,0153 \pm 0,0016$, лімфоцитів –

Динаміка морфометричних показників в до- і післяопераційному періодах за тяжкістю стану хворих ГРП

Таблиця.

Морфометричні показники	Під час першої операції	Терміни отримання біоптатів очеревини після першої операції				
		1 доба	2 доба	3 доба	5 доба	7 доба
I група						
НПЯД	0,1314±0,0546	0,1119±0,0624	0,0982±0,0103	0,0604±0,0130	-	-
Лімфоцити	0,0145±0,0038	0,0203±0,0052	0,0384±0,0093	0,0479±0,0115	-	-
Макрофаги	0,0046±0,0013	0,0092±0,0019	0,0185±0,0038	0,0266±0,0043	-	-
Фібробласти	0,1238±0,0203	0,1377±0,0149	0,1463±0,0327	0,1798±0,0254	-	-
Вогнища некрозу	0,0053±0,0016	0,0021±0,0006	0,0008±0,0001	-	-	-
II група						
НПЯД	0,2614±0,0431	0,24719±0,0329	0,1825±0,0288	0,1343±0,0219	0,1164±0,0173	0,0782±0,0216
Лімфоцити	0,0126±0,0023	0,0158±0,0035	0,279±0,0066	0,0365±0,0081	0,0556±0,0094	0,0607±0,0129
Макрофаги	0,0039±0,0010	0,0043±0,0017	0,0098±0,0022	0,0153±0,0031	0,0280±0,0046	0,0345±0,0091
Фібробласти	0,1203±0,0092	0,1263±0,0114	0,1321±0,0114	0,142±0,0237	0,1544±0,0307	0,1864±0,0242
Вогнища некрозу	0,0153±0,0016	0,0146±0,0028	0,0119±0,0021	0,0084±0,0003	0,0010±0,0002	-
III група						
НПЯД	0,1328±0,0334	0,2961±0,0293	0,2854±0,0268	0,2692±0,0279	0,24160,0213	0,23970,0326
Лімфоцити	0,0202±0,0053	0,0182±0,0042	0,0174±0,0046	0,0143±0,0058	0,0120±0,0081	0,0092±0,0024
Макрофаги	0,0049±0,0016	0,0044±0,0013	0,0038±0,0018	0,0035±0,0014	0,0029±0,0008	0,0011±0,0002
Фібробласти	0,1192±0,0077	0,1238±0,0103	0,1220±0,0111	0,1214±0,0109	0,1288±0,0124	0,1293±0,0149
Вогнища некрозу	0,0173±0,0046	0,0187±0,0038	0,0191±0,0042	0,0184±0,0055	0,0296±0,0051	0,0323±0,0068

0,0126±0,0023, макрофагів – 0,0039±0,0010, фібробластів 0,1203±0,0092 показані програмні санації черевної порожнини. В інтервалі SAPS ($n > 10 < 15$) метод ВЛС володіє найбільшою (96,8%) порівняльною ефективністю. Перша санація у хворих виконується в ранні терміни – через 18 годин. У хворих третьої підгрупи при наявності в парієтальній очеревині НПЯЛ – 0,3128±0,0334, вогнищ некрозу – 0,0173±0,0046, лімфоцитів – 0,0202±0,0053, макрофагів – 0,0049±0,0016, фібробластів 0,1192±0,0077 показані програмні релапаротомії із санаціями черевної порожнини. Ефективність ВЛС у цих хворих складає лише 4,2%.

Таким чином, морфометричні показники парієтальної очеревини в порівнянні з тяжкістю стану хворих, що оцінюються за шкалою SAPS, є об'єктивними показниками тяжкості перебігу ГРП, можуть служити критеріями передбачуваних результатів і одним із головних критеріїв при виборі хірургічної тактики.

В и с н о в к и

Запропонований підхід до оцінки тяжкості перебігу ГРП дає можливість констатувати вираженість запального процесу в черевній порожнині, служити критерієм прогнозу результату захворювання і дає клініцистам можливість для індивідуального підходу в виборі тактики лікування.

ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

С.С. Селиванов, Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев, Н.А. Фонова

Среди 108 больных с различными хирургическими заболеваниями, которые осложнились острым разлитым перитонитом, произведена оценка тяжести по шкале SAPS, а также исследования динамики морфометрических показателей париетальной

брюшины. Установлено, что уровень морфометрических показателей в сравнении с тяжестью состояния больных по шкале SAPS являются объективными показателями выраженности воспалительного процесса в брюшной полости, тяжести течения острого разлитого перитонита, могут служить критериями прогноза заболевания и выбора тактики лечения.

Ключевые слова: перитонит, морфометрические показатели, прогноз.

PROGNOSIS FOR SEVERITY AND OUTCOME OF ACUTE DIFFUSE PERITONITIS

S.S. Selivanov, R.V. Bondarev, V.I. Bondarev, N.A. Fonova

Among 108 patients with different surgical diseases complicated with diffuse peritonitis evaluation of severity according to SAPS scale and examination of dynamic of morphometric indexes of parietal peritoneum were carried out. It demonstrated that the level of morphometric indexes compared with SAPS scale data is objective index of marked inflammatory process in the abdominal cavity, severity of acute diffuse peritonitis, and it can be regarded as criteria of prognosis for disease outcome and choosing of treatment.

Key word: peritonitis, morphological indications, prognosis.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарев Р.В. Причины возникновения, диагностика и оперативное лечение послеоперационного перитонита / Р.В. Бондарев // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 8-9.
2. Бондарев Р.В. Морфометрическое обоснование показаний к программным санациям брюшной полости у больных острым перитонитом / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев, С.С. Селиванов // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 3 (41). – С. 50-52.
3. Дзюбановський І.Я. Прогнозування перебігу і вибір об'єму оперативного втручання при перитоніті в результаті проривної пілородуоденальної виразки / І.Я. Дзюбановський, У.В. Ремезюк, В.І. Максимлюк // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 50-54.
4. Савельев В.С. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский // Анналы хир. – 1999. – № 6. – С. 14-18.
5. Светухин А.М. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. 50 лекций по хирургии (под ред. В.С. Савельева) / А.М. Светухин, Ю.А. Амирасланов. – М.: Медицина. – 2003. – С. 335-344.

Стаття надійшла 16.03.2011