

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.Ф.

Буковинський державний медичний університет, кафедра хірургії № 1, м. Чернівці, Україна

Вступ

Гострий перитоніт (ГП) є однією з найактуальніших проблем хірургії. Красномовним свідченням цього є показники летальності. Предметом дискусій залишаються майже всі аспекти проблеми, серед яких, зокрема, оцінювання тяжкості, прогнозування перебігу, вибір оптимального обсягу заходів на всіх етапах лікування. Різняться погляди на обсяг передопераційного і післяопераційного лікування.

Мета роботи

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий перитоніт шляхом розробки методу прогнозування його ускладнень та розробки на цій основі лікувальних заходів.

Матеріали і методи

Проведений ретроспективний аналіз наслідків лікування 169 хворих на гостру хірургічну патологію, ускладнену різними формами ГП, віком від 17 до 84 років. Чоловіків було 98, жінок – 71. Серед них був 51 випадок гострого апендициту, 26 – гострої кишкової непрохідності, 23 – перфораційних гастродуоденальних виразок, 16 – защемленої грижі, по 13 – гострого холециститу і раку ободової кишки, ускладненого кишковою непрохідністю, 4 – акушерсько-гінекологічної патології, по 3 – перфорації і травми тонкої кишки, по 2 – гострого панкреатиту і післяопераційного перитоніту та 2 випадки іншої патології. Місцевий

перитоніт діагностований у 45 хворих, дифузний – у 53, розлитий – у 57, загальний – у 13 хворих.

У 79 пацієнтів були післяопераційні ускладнення, серед яких 24 випадки запалення і нагноєння рани, 5 – евентерацій, 14 – інтраабдомінальних інфільтратів і абсцесів, 18 – неспроможності кишкових швів, 18 – триваючого пери-тоніту. Померли 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання.

Аналізували клінічні та антропометричні дані, результати лабораторних методів, параметри МПІ, класу поєднаної патології, вік. Вплив факторів визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Результати та обговорення

З урахуванням результатів розроблена двоетапна прогностична шкала. На першому етапі, до операції, у шкалу відібрані наведені показники, яким відповідає певна кількість пунктів (Таблиця 1).

Таблиця 1. Шкала для передопераційного прогнозування виникнення ускладнень

№ за/п	Критерії	Пункти
Характеристики хірургічної патології		
1.	Гострий апендицит, гострий простий холецистит, гінекологічна патологія, кишкова обструкція (не пухлинна) без некрозу.	1
2.	Кишкова обструкція (не пухлинна) з некрозом, гострий деструктивний холецистит, перфорація гастродуоденальних виразок, тонкої кишки, пухлин шлунка, гостра виразкова кровотеча, акушерська	2

Матеріали конференції

	патологія.	
3.	Травма живота, пухлина ободової кишки з непрохідністю, хвороба Крона, гострий панкреатит, мезентеріальний тромбоз, післяопераційний перитоніт.	3
Характеристики перитоніту		
4.	Місцевий перитоніт	2
5.	Дифузний перитоніт	4
6.	Розлитий перитоніт	6
Характеристики супутньої патології		
7.	Відсутня	0
8.	Клас поєднаної патології 0	0
9.	Клас поєднаної патології 1	1
10.	Клас поєднаної патології 2	2
11.	Клас поєднаної патології 3	3

Згідно шкали, хворих попередньо поділяємо на групи звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Це дозволяє застосовувати необхідні заходи з профілактики розвитку ускладнень вже на етапі передопераційного підготування.

Остаточне визначення ризику проводимо з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень. Комплексний аналіз клінічних і лабораторних показників засвідчив, що дисперсія параметрів тяжкості після-операційних ускладнень статистично істотно пояснюється внеском показників, представлених у таблиці 2

Таблиця 2. Шкала для другого етапу прогнозування виникнення ускладнень

Матеріали конференції

Критерії	Пункти
Характеристики хірургічної патології	Згідно таблиці 1
Характеристики перитоніту	показник Мангаймського перитонітного індексу
Характеристики супутньої патології	Згідно таблиці 1
Вміст паличкоядерних нейтрофілів (%): менше 3, або більше 37	3
26-36	2
4-25	0
Застосування запрограмованої санації	2

Розмежування груп ризику проводимо так: менше 18 пунктів – звичайний, 18-25 пунктів – збільшений (переважно ранові ускладнення), 26-34 пункти – середній (абсцеси, інфільтрати, дифузний перитоніт, неспроможність швів), більше 35 пунктів – високий ризик (тяжкий перитоніт, сепсис).

Інформативності прогностичної шкали дозволили запропонувати алгоритм, який відображує основні етапи діагностично-лікувальних заходів. Його застосування дозволяє диференційовано обирати необхідний обсяг заходів на всіх етапах лікування на основі обґрунтованого виділення груп ризику.

У хворих групи звичайного і збільшеного ризику за визначення показань до передопераційного підготування і його обсягу доцільно керуватися стандартними показаннями. У пацієнтів групи збільшеного ризику необхідним є посилення антибактеріальної терапії. Хворим групи середнього ризику передопераційне підготування вважаємо за необхідне

навіть за відсутності стандартних показань. Його обсяг, загалом, не відрізняється від рекомендованого в настановах, заразом обов'язковим є призначення комбінації антибіотиків. Передопераційне підготування показано всім хворим групи високого ризику. З урахуванням виявлених нами особливостей механізмів розвитку перитоніту, вважаємо за потрібне призначати засоби антипротеолітичної, антиоксидантної, антиагрегантної, гепато- та нефропротекторної дії.

В післяопераційний період хворим, віднесеним до груп звичайного, збільшеного і середнього ризику, показана базисна терапія, згідно з рекомендаціями настанов. Хворим з групи середнього ризику, за наявності розлитого перитоніту, і всім хворим, віднесеним до групи високого ризику, показано продовжувати проведення цілеспрямованої корекції стану регуляційних механізмів і функціональної здатності органів і систем.

Обсяг операції у хворих групи звичайного ризику, не відрізняється від рекомендованого. У хворих групи збільшеного ризику після зашивання очеревини необхідно проводити поетапну санацію рани, дрениувати підшкірну клітковину і глибокі шари рани. У хворих групи середнього ризику, окрім посилення профілактики ранових ускладнень, слід акцентувати на заходах, що запобігають інтраабдомінальним ускладненням. Вважаємо також за необхідне збільшувати кількість дренажів очеревинної порожнини. У хворих групи середнього ризику з розлитим гнійним перитонітом, у всіх хворих групи високого ризику, а також за виразних запальних змін тканин вважаємо за доцільне застосовувати додаткові заходи, спрямовані на санацію очеревинної порожнини. Це, зокрема, інтраочеревинна інстиляція інтерферону та

застосування подовженої активної санації. У пацієнтів групи високого ризику застосування посилення санаційних заходів показано вже у разі дифузного перитоніту. Окрім того, вважаємо за доцільне розширяти показання до запрограмованої санації очеревинної порожнини.

Висновки

1. Напрацьована прогностична шкала дозволяє обґрунтовано виділяти групи звичайного, збільшеного, високого ризику післяопераційних ускладнень при гострому перитоніті.
2. Керуючись даними шкали, можна проводити профілактичні засоби в передопераційному періоді, інтраопераційно, та в післяопераційному періоді.
3. Згідно шкали розроблено діагностично-лікувальний алгоритм, що дозволяє суттєво знизити частоту виникнення післяопераційних ускладнень.