



В. И. Лупальцов, К. А. Вандер,
Р.С. Ворошук

Харьковский Национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ И КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ПОМОЩЬЮ НОВОГО ПРИНЦИПА ИХ КЛАССИФИКАЦИИ

Резюме. Целью данной работы является разработка классификации степеней тяжести острого перитонита (ОП) и острой кишечной непроходимости (ОКН), использующей только специфические критерии, которые не дублируются при оценке тяжести общего состояния больного.

Для оценки тяжести общего состояния пациентов используется система APACHE II с выделением пяти степеней: удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое или критическое и терминальное состояние.

Предложены оригинальные классификации степеней тяжести ОП и ОКН, которые в совокупности со степенями тяжести общего состояния формируют 5 категорий больных ОП и ОКН, на основании которых построены диагностическая и лечебная хирургическая тактики.

Предлагаемый вариант описания состояния хирургических больных ОП и ОКН позволяет строить стандартную и одновременно дифференцированную диагностическую и лечебную хирургическую тактику, что должно повысить эффективность хирургического лечения.

Ключевые слова: *острый перитонит, острая кишечная непроходимость, классификация.*

Введение

Внедрение протоколов лечения в здравоохранение значительно конкретизировало работу практических врачей [1].

Одной из ключевых составляющих этих протоколов является классификация нозологической единицы, относительно которой строятся диагностический и лечебный алгоритмы действий врача.

Классификация МКБ-10, которая сегодня является базовой, далеко не всегда позволяет однозначно построить схему диагностики и лечения хирургического заболевания, что принципиально важно, в особенности, в неотложной хирургии.

И зарубежными, и отечественными авторами признана важность учёта общего состояния, сопутствующей патологии, а также формы и стадии основной нозологической единицы, при выборе диагностической, тактической и лечебной схем у конкретного больного.

Вместе с тем, нередко те или иные критерии учитываются дважды — и при оценке тяжести общего состояния, и при оценке стадии основного заболевания, что методологически неверно.

В других случаях хирургическая тактика строится исключительно на критериях, отражающих общее состояние пациента, без учёта

особенностей основного заболевания или наоборот, только на основе классификации основного заболевания.

Цель исследования

Разработка классификации степеней тяжести острого перитонита (ОП) и острой кишечной непроходимости (ОКН), использующей только специфические критерии, которые не дублируются при оценке тяжести общего состояния больного.

Для оценки тяжести общего состояния пациентов мы отдаём предпочтение системе APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluations), как наиболее полной на сегодняшний день. Эта система учитывает как уровень нарушения жизненно важных функций, так и наличие и характер сопутствующей патологии, а также возраст пациентов и степень неотложности операции. При этом рассматриваются критерии, не являющиеся специфическими для ОП и ОКН, что исключает дублирующее их использование [2, 3].

Выделяют от 3 до 5 степеней тяжести общего состояния. Мы полагаем, что в неотложной хирургии целесообразно использовать все пять степеней тяжести общего состояния больного.

Удовлетворительное (1-я) — изменений параметров витальных функций не определяется.



Средней тяжести (2-я) – параметры витальных функций находятся в диапазоне, при котором устранение основного заболевания влечёт их нормализацию.

Тяжёлое (3-я) – параметры витальных функций находятся в диапазоне, при котором устранение основного заболевания не влечёт их нормализацию и требуется их дополнительная коррекция.

Крайне тяжёлое или критическое (4-я) – параметры витальных функций находятся в

диапазоне, при котором без частичного экзогенного протезирования их наступает смерть.

Терминальное (5-я) – параметры витальных функций находятся в диапазоне, при котором без полного экзогенного протезирования их наступает смерть.

Вместо существующих нескольких классификаций ОП по разным критериям, мы предлагаем одну – степени тяжести ОП (табл. 1), используя параметры, информативность которых доказана многочисленными исследовани-

Таблица 1

Классификация степеней тяжести ОП

№ п/п	Группа симптомов	Симптомы	Степень тяжести		
			1-я	2-я	3-я
1	Интенсивность воспалительной реакции в брюшной полости	характер контаминации	кровь, лимфа, желудочное, дуоденальное содержимое, жёлчь	проксимальное тонкокишечное содержимое, моча	дистальное тонкокишечное содержимое, кал
		характер экссудата	серозный, серозно-фибринозный	фибринозный, фибринозно-гнойный	гнойный, гнойно-анаэробный, гнойно-ихорозный
2	Степень распространения воспалительной реакции в брюшной полости	объём экссудата (мл)	≤ 100	100-500	> 500
		площадь поражения	≤ 2 анатомических областей	≤ 5 анатомических областей	> 5 анатомических областей
3	Степень нарушения функций тонкого кишечника	диаметр (см)	≤ 5	5-7	> 7
		объём (мл), характер содержимого	≤ 200, застойное	200-500, застойное	> 500, каловое
		перистальтическая активность	снижена	в виде отдельных волн	отсутствует

Таблица 2

Классификация степеней тяжести ОКН

№ п/п	Группа симптомов	Симптомы	Степени тяжести		
			1-я	2-я	3-я
1	Уровень непроходимости	высокая тонкокишечная	–	–	+
		низкая тонкокишечная	–	+	–
		толстокишечная	+	–	–
2	Характер непроходимости	механическая обтурационная	–	+	–
		механическая странгуляционная	–	–	+
		динамическая паралитическая	–	+	–
		динамическая спастическая	+	–	–
3	Наличие рвоты	частота (раз)	1-3	≥ 4	многократная (неукротимая)
		объём (мл)	200-300	> 300	различного объёма
		характер	содержимым желудка	тонкокишечным содержимым	каловая
4	Рентгенологические изменения	на обзорной рентгеноскопии	1-2 уровня жидкости в проекции толстой кишки	1-2 уровня жидкости в проекции тонкой кишки	множественные уровни жидкости в проекции тонкой кишки, контурирование утолщённых складок слизистой в виде пружины
		при контрастном исследовании	пассаж бария замедлен	депо бария выше препятствия	эвакуации бария из желудка практически нет
5	Интраоперационные изменения	состояние висцеральной брюшины тонкой кишки	нормальное	гиперемия, блестящая	гиперемия с петехиями, тусклая
		диаметр тонкой кишки выше препятствия (см)	< 5-7	7-9	> 9
		состояние тонкой кишки ниже препятствия	спавшаяся	спавшаяся	дилатирована
		наличие, объём (мл), характер содержимого просвета тонкой кишки	< 200, застойное	200-500, застойное	> 500, каловое
		наличие газа в просвете тонкой кишки	+	+	+
		перистальтическая активность	нормальная, снижена, повышена	выражено снижена	отсутствует
		пульсация артерий брыжейки тонкой кишки	нормальная	нормальная	снижена
проходимость вен брыжейки тонкой кишки	сохранена	сохранена	возможен тромбоз мелких ветвей		

ями, то есть новый принцип классификации ОП не противоречит существующим общепринятым положениям.

Аналогичные принципы использованы нами и для оценки тяжести ОКН (табл. 2).

Степени тяжести общего состояния и степени тяжести основного заболевания в совокупности формируют пять категорий больных (табл. 3), на основании которых формируются диагностическая и лечебная хирургическая тактики (табл. 4).

Таблица 3

Категории хирургических больных в зависимости от тяжести общего состояния и основного заболевания

Степень тяжести общего состояния больного	Степень тяжести основного заболевания		
	1-я	2-я	3-я
1-я	A	B	C
2-я	B	C	D
3-я	C	D	D
4-я	D	D	E
5-я	E	E	E

Таким образом, представленный вариант стандартизации описания состояния хирургических больных ОП и ОКН позволяет строить стандартную и одновременно дифференцированную диагностическую и лечебную хирургическую тактику, то есть повысить эффективность хирургического лечения.

Вместе с тем, данная классификация имеет значительный потенциал для своего дальнейшего развития путём ранжирования каждого из используемых признаков и их значений с помощью баллов, что повысит её точность.

Выводы

1. Повышение степени индивидуальности хирургического лечения требует классификации тяжести основного заболевания и общего состояния, основанной на разных физиологических параметрах.

2. Использование для классификации тяжести основного заболевания параметров, отражающих местные патологические изменения тканей и органов брюшной полости, позволяет избежать дублирующего использования физиологических параметров, отражающих состояние витальных функций.

3. Предложенные принципы классификации при остром перитоните и острой кишечной непроходимости могут повысить степень стандартизации и одновременно степень дифференцированности диагностических и лечебных программ в неотложной хирургии.

Таблица 4

Диагностическая и лечебная тактика¹ у больных ОП и ОКН различной категории

Объём процедуры	Категория				
	A	B	C	D	E
Обследование до операции ^{2,3,4,5}	полное	полное / неполное	неполное	неполное / витальное	витальное
Терапия до операции	симптоматическая	интенсивная	интенсивная	реанимация	реанимация
Операция	радикальная	радикальная	радикальная / паллиативная	паллиативная	противопоказана

Примечания: 1 – тактика является динамической – при изменении состояния больного изменяется его состояние и, соответственно, категория и тактика; 2 – объём физикального обследования *locus morbi* всегда выполняется в полном объёме; 3 – полный объём обследования включает нозологическую и синдромную инструментальную и лабораторную диагностику основного и сопутствующих заболеваний; 4 – неполный объём обследования включает только наиболее информативную методику основного заболевания и синдромную инструментальную и лабораторную диагностику; 5 – витальный объём обследования предполагает инструментальную и лабораторную диагностику только витальных функций.



ЛИТЕРАТУРА

1. Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія»: Наказ МОЗ України від 02.04.2010 № 297. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100402_297.html

2. Knaus W.A. APACHE II: A severity of disease classification system / W.A. Knaus // *Critical Care Medicine*. – 1985. – Vol. 13. – P. 818-829.

3. Larvin M. APACHE II score for assessment and monitoring of acute pancreatitis / M. Larvin, M. I. McMahon // *Lancet*. – 1989. – Vol. 20. – P. 201-205.

**ПІДВИЩЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ
ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ
ПРИ ГОСТРОМУ
ПЕРИТОНІТІ І КИШКОВІЙ
НЕПРОХІДНОСТІ
ЗА ДОПОМОГОЮ
НОВОГО ПРИНЦИПУ ЇХ
КЛАСИФІКАЦІЇ**

***V. I. Lupaltsov, K. O. Vander,
R.S. Voroshchuk***

Резюме. Метою цієї роботи є розробка класифікації ступенів тяжкості гострого перитоніту (ГП) і гострої кишкової непрохідності (ГКН), що використовує тільки специфічні критерії, які не дублюються при оцінці тяжкості загального стану хворого.

Для оцінки тяжкості загального стану пацієнтів використовується система APACHE II з виділенням п'яти ступенів: задовільне, середній тяжкості, важкий, край важкий або критичний і термінальний стан.

Запропоновані оригінальні класифікації ступенів тяжкості ГП і ГКН, які в сукупності із ступенями тяжкості загального стану формують 5 категорій хворих ГП і ГКН, на підставі яких побудовані діагностична і лікувальна хірургічна тактики.

Пропонований варіант опису стану хірургічних хворих ГП і ГКН дозволяє будувати стандартну і одночасно диференційовану діагностичну і лікувальну хірургічну тактику, що повинне підвищити ефективність хірургічного лікування.

Ключові слова: *гострий перитоніт, гостра кишечна непрохідність, класифікація.*

**RISING OF EFFICIENCY OF
SURGICAL TACTICS AT THE
ACUTE PERITONITIS AND
INTESTINAL OBSTRUCTION
BY MEANS OF THE NEW
PRINCIPLE OF THEIR
CLASSIFICATION**

***V. I. Lupaltsov, K. A. Vander,
R.S. Voroshchuk***

Summary. The purpose of the given work is development of classification of severity levels of an acute peritonitis (AP) and acute intestinal obstruction (AIO), using only specific criteria, which are not, duplicated at an estimation of gravity of the general condition of the patient.

For an estimation of gravity of the general condition of patients, APACHE II system is used with five extents: satisfactory, moderately severe, serious, the extremely serious or critical and a terminal state.

Original classification of extents of severity are offered for AP and AIO which in aggregate with severity extents of the general condition form 5 categories of patients AP and AIO. On these five categories diagnostic and medical surgical tactics are constructed.

The offered scheme of combination of the description of general condition and specific condition for patients with AP and AIO allows to build simultaneously standard and differentiated diagnostic and surgical tactic that should raise efficiency of surgical treatment.

Key words: *acute peritonitis, acute intestinal obstruction, classification.*