

Оптимізація діагностико-лікувальної тактики у хворих із гострим розповсюдженим перитонітом

Б.І. Слонецький¹, С.Г. Керашвілі¹, М.В. Максименко¹, С.М. Лобанов², І.В. Вербицький¹,
Ахмед М.О. Батавіл¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

²Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Проведено аналіз діагностики та лікування на догоспітальному етапі 176 пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом, які перебували на лікуванні в хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. На підставі окремих нормативних документів розглянуті основні складові діагностико-лікувальної тактики та запропоновано напрямки оптимізації рівня невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі у пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом.

Ключові слова: гострий розповсюджений перитоніт, невідкладна медична допомога.

Вступ

Вирішення складних медико-соціальних проблем як у сфері невідкладної хірургії (політравма, гострий перитоніт та ін.), так і відносно інших патологій (цукровий діабет, онкологічні захворювання, туберкульоз та ін.) залежить від чималої кількості чинників, однак без наявності патогенетично обґрунтованої та економічно забезпеченої доктрини досить складно досягти бажаного результату (Кириченко Б.Б. і соавт., 2011; Стряпухин В.В. Лищенко А.Н., 2011; Никонов В.В. і соавт., 2012). Організація етапної невідкладної медичної допомоги за умов її постійної доступності (у тому числі економічної) і кваліфікованості є необхідною передумовою до чіткого розуміння рівня та якості первинної догоспітальної ланки (Слонецький Б.І. та спів-авт., 2012).

Мета роботи, яка є фрагментом комплексної науково-дослідної тематики кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, полягає в аналізі діагностико-лікувальної тактики у хворих із гострим розповсюдженим перитонітом на догоспітальному етапі та обґрунтуванні окремих принципів її вдосконалення.

Об'єкт і методи дослідження

Проаналізовано дані про 176 хворих із гострим розповсюдженим перитонітом (ГРП), проведено аналіз надання невідкладної медичної допомоги фахівцями карет швидкої медичної допомоги (КШМД) на догоспітальному етапі. Усі пацієнти були госпіталізовані до хірургічних відділень Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, де у стаціонарних умовах застосовували необхідні клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження, а також проводили відповідне лікування.

Результати та їх обговорення

Етап надання невідкладної медичної допомоги, безумовно, є надзвичайно важливим, адже допущені на цьому етапі помилки не лише сповільнюють профільну госпіталізацію чи взагалі госпіталізацію хворого, а навіть без адекватної оцінки першопричини і тяжкості патології можуть призвести до незворотних ускладнень, інвалідизації чи смерті.

Саме тому особливе значення на цьому етапі надається кваліфікації та рівню медичної освіти фахівців КШМД. Аналіз звітної інформації свідчить, що серед майже 14 млн щорічних звернень лише кожному четвертому пацієнту в нашій державі невідкладна медична допомога надається лікарем. Хоча і тут є деякі особливості: наприклад, у Києві за 2011 р. із 409 лікарів КШМД 199 (48,66%) — лікарі без категорії; водночас серед 978 фахівців КШМД із базовою та неповною вищою медичною освітою — лише 274 (28,02%) не мають категорії.

Результати аналізу віково-статевого складу когорти пацієнтів із ГРП та летальності при цій патології (табл. 1) свідчать: серед 176 хворих із ГРП загальна летальність становила 23,86% (померли 42 пацієнти). Однак летальні випадки у нашому

дослідженні мали місце тільки у хворих віком >40 років, що пов'язано не лише з наявністю значної резистентності у пацієнтів зрілого віку, але здебільшого із особливостями захворювань, що стали причиною ГРП (зокрема агресивністю їх перебігу) і строками госпіталізації з моменту початку ГРП. Слід зазначити, що у пацієнтів віком 41–60 років летальність була у 2,26 раза нижчою порівняно із хворими похилого та у 2,91 — старечого віку.

Під час аналізу тривалості захворювання до госпіталізації у пацієнтів із ГРП (табл. 2) встановили, що переважна більшість із них — 117 (66,48%) хворих — були госпіталізовані протягом 1-ї доби з моменту захворювання; 31 (17,61%) — протягом 24–48 год; 28 (15,91%) — пізніше 2 діб. Це викликає суттєве занепокоєння щодо доктрини надання невідкладної медичної допомоги починаючи з догоспітального етапу, свідченням чого є значне зростання летальності залежно від терміну захворювання: цей показник починаючи з 2-ї доби перевищує 33,33%.

Згідно з наказом МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги» станції ШМД розташовані в межах 10-хвилинної транспортної доступності в містах та 20-хвилинної транспортної до-

Таблиця 1

Стать	Вік і стать хворих із ГРП*						
	Вік, років						
	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80	81–90
Чоловіки	35	21	19 (3)	20 (5)	6 (2)	10 (8)	0
Жінки	5	8	12 (2)	6 (3)	9 (4)	18 (10)	7 (5)
Усього	40	29	31 (5)	26 (8)	15 (6)	28 (18)	7 (5)
Летальність, %	0	0	16,13	30,77	40	64,29	71,43

У табл. 1–3: *у дужках наведено кількість померлих пацієнтів.

Таблиця 2

Стать	Тривалість захворювання до госпіталізації у хворих із ГРП*						
	Тривалість захворювання до госпіталізації, год						
	<6	6–12	12–24	24–36	36–48	48–72	>72
Чоловіки	47	21 (4)	18 (3)	12 (4)	4 (2)	5 (1)	4 (4)
Жінки	11	10 (2)	10 (5)	9 (3)	6 (2)	8 (6)	11 (6)
Усього	58	31 (6)	28 (8)	21 (7)	10 (4)	13 (7)	15 (10)
Летальність, %	0	19,35	28,57	33,33	40	53,85	66,67

Таблиця 3

Час моменту звернення хворого по ШМД до госпіталізації та летальність при ГРП*

Пацієнти	Термін госпіталізації у профільний медичний заклад, хв				
	<30	30–60	60–90	90–120	>120
Усього	22 (1)	46 (5)	62 (9)	21 (12)	25 (15)
Летальність, %	4,55	10,87	14,52	57,14	60

ступності — у сільській місцевості. Але при цьому не зазначається тривалість надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі. Саме тому для визначення тривалості лікування пацієнтів за умови у них ГРП проаналізовано термін з моменту звернення за медичною допомогою в телефонному режимі до госпіталізації у профільний медичний заклад.

Аналіз анкетування хворих із ГРП виявив, що лише до 28 (15,9%) пацієнтів КШМД дісталася протягом перших 10 хв з моменту звернення за медичною допомогою, а до 16 (9,09%) хворих — через >1 год. При цьому протягом 1-ї «золотої» години до лікувального закладу було госпіталізовано лише 68 (38,64%) пацієнтів, у строк 60–120 хв — 83 (47,16%) пацієнти, а кожний 8-й (14,2%) пацієнт був госпіталізований через >2 год з моменту звернення за медичною допомогою (табл. 3). Із врахуванням цих обставин набуває неабиякого значення досвід фахівця з медицини невідкладних станів, а також його забезпечення і можливість надання адекватної допомоги хоча б протягом перших 2 год на догоспітальному етапі.

Безумовно, кожен пацієнт, який звертається за медичною допомогою з приводу ургентних захворювань, у тому числі ГРП, розраховує не лише на своєчасний приїзд відповідно до правових нормативних актів фахівця з медицини невідкладних станів, а ще й на достатнє забезпечення медичним устаткуванням та медикаментозними засобами. Складовою ефективного надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі є забезпеченість лікарської сумки згідно з наказом МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні». Крім того, є можливість проведення таких діагностичних методів: а) фізикальні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация, вимірювання частоти пульсу, вимірювання частоти дихання); б) вимірювання артеріального тиску; в) термометрія; г) реєстрація електрокардіограми, її розшифровка та інтерпретація; д) дослідження рівня глюкози у крові за допомогою аналізатора.

Однак надання допомоги хворим із ГРП не знайшло адекватного відображення у наказі МОЗ України від 17.01.2005 р. № 24 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних станів», адже там висвітлюється лише схема симптоматичної оцінки стану пацієнта без уточнення ступеня його тяжкості, що не лише ускладнює проведення лікування, але й утруднює необхідний критичний аналіз при негативних наслідках лікування чи виникненні ускладнень.

Тому доцільно дещо розширити і трансформувати попередній тимчасовий

протокол та запропонувати діагностичний алгоритм (рисунк) для дискусії у такому вигляді (з урахуванням наказу МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні»). Але й при дотриманні алгоритму вирішення деяких питань індивідуального характеру залежить від досвіду медичного фахівця, особливо при проведенні інфузійної терапії (швидкість, склад тощо) на догоспітальному етапі.

Для кращого надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі пацієнтам із ГРП (з урахуванням наказу МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні») було запропоновано лікувальний алгоритм.

Алгоритм лікування пацієнтів із ГРП на догоспітальному етапі включає:

1. Забезпечення самостійного дихання, а при неефективності — штучної вентиляції легень.
2. Заборону прийому їжі та рідини.
3. Холод на черевну стінку (елемент для локального охолодження).
4. Госпіталізацію в положенні лежачи з припіднятою головою.
5. Зондову декомпресію шлунка.
6. Профілактику регургітації, а при її виникненні — лікування наслідків.
7. Оксигенотерапію.
8. Інфузійну терапію:
 - а) катетеризацію однієї чи декількох периферичних вен або центральної та периферичної вени;
 - б) інфузійну терапію — плазмозамінники та інфузійні розчини, швидкість введення яких залежить від ступеня гіповолемії.
9. Симптоматичну терапію.

10. Корекцію ускладнень перебігу основного захворювання чи тих, що з'явилися під час госпіталізації, та надання невідкладної медичної допомоги.

Враховуючи особливості запропонованого діагностико-лікувального протоколу, необхідно приймати до уваги також можливість його дотримання на догоспітальному етапі. Особливої актуальності набувають ці питання у зв'язку з тим, що КШМД недоуккомплектовані лікарським персоналом: у Києві невідкладна допомога на догоспітальному етапі пацієнтам із ГРП здебільшого — 108 (61,36%) хворим — була надана фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою.

Висновки

1. Доцільно створити у Києві Національний інститут — структуру, яка, узагальнюючи світові тенденції та державні особливості, буде обґрунтовано вдосконалювати та адекватно контролювати рівень надання екстреної та невідкладної медичної допомоги на різних етапах.

2. Створити протоколи надання невідкладної медичної допомоги з обов'язковим відображенням догоспітального етапу.

3. Забезпечити умови надання на догоспітальному етапі кваліфікованої невідкладної медичної допомоги лікарськими чи спеціалізованими бригадами.

Список використаної літератури

Кириченко Б.Б., Пушкарев С.М., Глазков К.М. и др. (2011) Актуальные вопросы хирургии больных старческого возраста. Клин. хирургия, 6(819): 49–52.

Никонов В.В., Зозуля И.С., Мироненко Т.В. (2012) Острый ишемический инсульт: сравнительная эффективность цитиколинов. Медицина неотложных состояний, 3(42): 28–31.

Слоньский Б.И., Максименко М.В., Керашвили С.Г. та ін. (2012) Дискусійні питання окремих передумов щодо надання медичної допомоги пацієнтам із гострим розповсюдженим перитонітом. Медицина неотложных состояний, 2(41): 57–59.

Стряпухин В.В. Лищенко А.Н. (2011) Хирургическое лечение диабетической стопы. Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова, 2: 73–78.

Рисунок



Алгоритм діагностики, диференційної діагностики та оцінки ступеня тяжкості хворих із ГРП

Оптимизация диагностико- лечебной тактики у больных с острым распространенным перитонитом

**Б.И. Слонецкий, С.Г. Керашвили,
М.В. Максименко, С.Н. Лобанов,
И.В. Вербицкий,
Ахмед М.О. Батавил**

Резюме. Проведен анализ диагностики и лечения на догоспитальном этапе 176 пациентов с острым распространенным перитонитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. На основа-

нии отдельных нормативных документов рассмотрены основные составляющие диагностико-лечебной тактики и предложены направления оптимизации уровня неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе у пациентов с острым распространенным перитонитом.

Ключевые слова: острый распространенный перитонит, неотложная медицинская помощь.

The optimization of diagnostic and treatment tactics in patients with acute diffuse peritonitis

**B.I. Slonetsky, S.G. Kerashvili,
M.V. Maksimenko, S.N. Lobanov,**

**I.V. Verbitskiy,
Ahmed M.O. Batawil**

Summary. Pre-hospital diagnostic and treatment of 176 patients with acute diffuse peritonitis treated in surgical departments of Kyiv City Clinical Emergency Hospital are analyzed. On the basis of separate regulations the main diagnostic and treatment strategy components and the directions of optimizing the emergency care level in prehospital patients with acute diffuse peritonitis are described.

Key words: acute diffuse peritonitis, emergency medical care.

Адреса для листування:

02166, Київ, вул Курчатова, 21, кв. 48
Слонецький Борис Іванович

Реферативна інформація

Тучный — значит глупый?



Известно, что тучные люди сталкиваются с относительно быстрой возрастной регрессией когнитивных функций, однако предполагалось, что если при этом у них сохранен или достигнут с помощью фармакотерапии нормальный метаболический статус (МС), то они могут избежать неблагоприятных последствий для своего здоровья. Это утверждение оказалось неверным, по крайней мере в отношении когнитивной сферы.

Глава исследовательской группы Арчана Сингх-Ману (Archana Singh-Manoux), директор по исследованиям Национального института здоровья и медицинских исследований (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale — INSERM), Париж, Франция, рассказала, что целью работы было выяснить, справедлива ли сама идея «метаболически здорового ожирения» в отношении когнитивных способностей. Такие пациенты поздно обращаются к врачу, потому что их не беспокоит ни артериальная гипертензия, ни гиперхолестеринемия, при этом забывая о разностороннем влиянии ожирения, в частности о его действии на высшие нервные функции. Проведенное исследование подтверждает, что смысл беспокоиться насчет уменьшения массы тела есть и для тех пациентов с ожирением, у которых определен нормальный МС.

Авторами исследования была изучена информация о 6401 взрослом (из них 71,2% — мужчины) в возрасте 39–63 лет, являющихся участниками исследования Whitehall II. Все пациенты были распределены на группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) (нормальная масса тела — 18,5–24,9 кг/м², избыточная — 25–29,9 кг/м², ожирение — ≥30 кг/м²) и МС. Нарушения МС констатировали при наличии 2 из указанных признаков:

- уровень триглицеридов ≥1,69 ммоль/л или прием препаратов для коррекции липидного спектра;
- систолическое артериальное давление (АД) ≥130 мм рт. ст., диастолическое АД ≥85 мм рт. ст. или применение антигипертензивных препаратов;
- концентрация глюкозы в крови натощак ≥5,6 ммоль/л или применение гипогликемических средств;
- уровень холестерина липопротеидов высокой плотности <1,04 ммоль/л (для мужчин) и <1,29 ммоль/л (для женщин).

Всем пациентам предлагали 4 теста для определения когнитивных способностей (память, мышление, семантическая и фонематическая беглость), которые были проведены в периоды 1997–1999, 2002–2004 и 2007–2009 гг., то есть 3 раза

в течение 10 лет, а затем стандартизированы по возрасту, полу, уровню образования и усреднены.

По результатам исследования установлено, что у 31% обследованных наблюдали нарушения МС, при этом 52,7% имели нормальную массу тела, 38,2% — избыточную массу тела и 9,1% — ожирение. Среди 582 лиц с ожирением нарушения МС наблюдали у 60,1% пациентов.

Среди участников с нормальной массой тела более низкие оценки когнитивных способностей отмечали у тех, кто имел расстройство МС, чем среди лиц с нормальным метаболизмом ($p < 0,001$). Такую же закономерность наблюдали и в отношении людей с избыточной массой тела ($p = 0,02$), однако касательно лиц с ожирением она оказалась несправедлива ($p = 0,82$). При оценке как мышления ($p = 0,71$), так и памяти ($p = 0,30$) и вербальной беглости ($p = 0,90$) не выявлено значимых различий между группами с нормальным и нарушенным МС.

Среди пациентов с нормальным МС общий регресс когнитивной сферы не слишком отличался между группами с нормальной (отношение шансов (ОШ) –0,40; 95% доверительный интервал (ДИ) –0,42...–0,38), избыточной массой тела (ОШ –0,42; 95% ДИ –0,45...–0,39) и ожирением (ОШ –0,42; 95% ДИ –0,50...–0,34). В то же время среди больных с нарушениями МС регресс был значимо большим в группе участников с ожирением (–0,49; 95% ДИ –0,55...–0,42), чем в группе с нормальной массой тела (ОШ –0,42; 95% ДИ –0,50...–0,34; $p = 0,03$).

Таким образом, максимальное возрастное снижение когнитивных способностей наблюдали у лиц с ожирением, независимо от того, был ли при этом нарушен МС. По словам А. Сингх-Ману, это свидетельствует против гипотезы «метаболически здорового ожирения», по крайней мере в отношении когнитивной сферы. При этом даже для людей с изначально скомпрометированным МС более низкий ИМТ помогает замедлить прогрессирование когнитивного дефицита.

Механизм реализации этой зависимости пока не выяснен, однако авторы исследования отметили, что коррекция нарушен МС с помощью лекарственных средств (антигипертензивных, сахароснижающих, гиполипидемических) не способствует улучшению ситуации с регрессом когнитивных способностей. Именно поэтому А. Сингх-Ману и ее коллеги рекомендуют обязательно стремиться к нормализации ИМТ параллельно с осуществлением метаболической коррекции для максимального замедления когнитивного регресса.

Anderson P. (August 21, 2012) Healthy obesity a myth when it comes to cognition. Medscape (<http://www.medscape.com/viewarticle/769460>).

Singh-Manoux A., Czernichow S., Elbaz A. et al. (2012) Obesity phenotypes in midlife and cognition in early old age: The Whitehall II cohort study. Neurology, 8(79): 755–762.

Жигунова Алина