

УДК 616.381-002.1-031.81

© С.С. СЕЛІВАНОВ, Р.В. БОНДАРЄВ, В.І. БОНДАРЄВ, Н.О. ФОНОВА

Луганський державний медичний університет

Прогноз тяжкості перебігу і наслідку гострого розлитого перитоніту

S.S. SELIVANOV, R.V. BONDARIEV, V.I. BONDARIEV, N.O. PHONOVA

Luhansk State Medical University

PROGNOSIS OF SEVERITY AND OUTCOME OF ACUTE GENERAL PERITONITIS

Серед 134 хворих із різними хірургічними захворюваннями, які ускладнені розвитком гострого розлитого перитоніту (ГРП), проведена оцінка тяжкості згідно із шкалою SAPS, а також досліджена динаміка морфометричних показників парієтальної очеревини. Встановлено, що рівні морфометричних показників (НПЯЛ, макрофаги, лімфоцити, фібробласти, вогнища некрозу) у порівнянні з тяжкістю стану хворих за шкалою SAPS є об'єктивними показниками вираження запального процесу в черевній порожнині, тяжкості перебігу ГРП і можуть служити критеріями прогнозу захворювання і вибору тактики лікування.

Among 134 patients with different surgical diseases, which complicated with general peritonitis evaluation of severity were carried out according to SAPS scale and examination of morphometric indices dynamic of parietal peritoneum. It was demonstrated that the levels of morphometric indices (NPNL, macrophages, lymphocytes, fibroblasts and focuses of necrosis) compared with SAPS scale data are objective indices of marked inflammatory process in the abdominal cavity, severity of acute general peritonitis, and it can be regarded as criterion of disease outcome prognosis and choose of treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Лікування хворих на гострий розлитий перитоніт (ГРП) залишається 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 поліпшення результатів лікування пов'язані з впровадженням у клінічну практику нових стандартів діагностики і лікування на основі принципів доказової медицини [3, 4, 5]. У зв'язку з цим важливим є вивчення доцільності використання шкали SAPS у поєднанні 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: поліпшення результатів лікування хворих на ГРП шляхом визначення можливості індивідуального прогнозування результату і тяжкості перебігу запального процесу в черевній порожнині.

Матеріали і методи. Проведено клініко-морфологічне обстеження 134 хворих на ГРП віком від 17 до 80 років і старших, причиною котрого у 53 хворих була перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, у 19 – гостра кишкова непрохідність, у 16 – гнійний панкреатит, у 19 – гострий холецистит, у 19 – травматичне ушкодження органів черевної порожнини, у 8 – гострий апендицит.

У хворих дослідження виконували шляхом прогнозування динаміки перебігу і наслідків ГРП за допомогою шкали SAPS. В результаті проведеної оцінки тяжкості фізичного стану за шкалою SAPS виділено три підгрупи. При цьому хворих із 0–9 балами віднесено до пацієнтів із легким ступенем тяжкості – 31,3 % (прогнозована летальність складає 20 %); з 10–19 балами – до другої підгрупи із середньою тяжкістю – 44,8 % (прогнозована летальність 20–50 %) і 23,9 % хворих із сумою балів 20 і більше – до третьої підгрупи (прогнозована летальність від 51 до 100 %).

Морфологічно і морфометрично вивчали характер і ступінь вираження запальних змін в інтраопераційних біоптатах парієтальної очеревини. Впродовж первинної операції і подальших післяопераційних санацій для морфологічного і морфометричного дослідження

відбирали біоптати (від 4-5) у місцях введення дренажів, а також візуально найбільш уражених ділянках парієтальної очеревини [2].

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою програми із пакета "Статистика".

Результати досліджень та їх обговорення.

Аналіз морфометричних досліджень дав можливість визначити тяжкість фібринозно-гнійного запалення в очеревині під час оперативного втручання і одночасно служить висхідною точкою 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, найбільш об'єктивними і демонстративними, які відображають рівень інтоксикації у хворого, були нейтрофільні поліморфоядерні лейкоцити (НПЯЛ), макрофаги, лімфоцити, фібробласти, вогнища некрозу (табл. 1).

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

Таблиця 1. Динаміка морфометричних показників у до- і післяопераційному періодах за тяжкістю стану хворих на ГРП

Групи хворих Відносний об'єм	Терміни отримання біоптатів очеревини (в добах)					
	під час першої операції	після першої операції				
		1-ша	2-га	3-тя	5-та	7-ма
I група НПЯЛ	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 НПЯЛ	0,2614±0,0431	0,2471±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 НПЯЛ	0,3128±0,0334	0,2961±0,0293	0,2854±0,0268	0,2692±0,0279	0,2416±0,0213	0,2397±0,0326
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	0,0046±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

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

У другій групі у хворих із сприятливими результатами відмічався високий висхідний рівень НПЯЛ і вогнищ некрозу та більш низький висхідний рівень

макрофагів, лімфоцитів, фібробластів відносно хворих першої групи, які залишались стабільними впродовж 3-х діб післяопераційного періоду. Остаточна нормалізація значень названих показників відбувалася на 5–7-му добу.

Аналогічна тенденція в динаміці показників, що аналізуються при сприятливому результаті захворювання, нами відмічена в 3-й групі хворих на ГРП (>20 балів). Причому різниця між 1-ю і 2-ю групами полягала в більш високих абсолютних значеннях НПЯЛ, вогнищ некрозу і низьких показниках рівня макрофагів, лімфоцитів, фібробластів і більш тривалих термінах нормалізації даних показників, що свідчить про вираженіший запальний процес в

очеревині. В цілому характер динаміки рівнів даних показників у хворих із сприятливими результатами в даних групах різнився не суттєво. Аналіз динаміки морфометричних показників очеревини у пацієнтів, які померли, свідчив, що достовірною різницею від хворих із сприятливими результатами захворювання були як висхідно більш високий рівень показників (НПЯЛ, вогнищ некрозу) або більш низький рівень (макрофаги, лімфоцити, фібробласти), так і чітка тенденція до їх збільшення, пониження до летального кінця.

При цьому відзначається чітка тенденція: чим більше виражена (за балами шкали SAPS) тяжкість перебігу захворювання, тим вищі показники НПЯЛ, вогнища некрозу і нижчі рівні макрофагів, лімфоцитів, фібробластів. Це чітко спостерігається і при зіставленні середніх значень даних показників при підрахунках для перших 3-5 діб післяопераційного періоду як при сприятливому перебігу, так і при випадках, які закінчились летально. Ризик летальних наслідків у пацієнтів із ГРП прямо пропорційно зростає зі збільшенням негативної динаміки показників дослідження, при цьому вірогідність сприятливого кінця пропорційно зменшується.

У 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 тих хворих, в кого показники НПЯЛ дорівнювали або були вищі ніж $0,3128 \pm 0,0334$, 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 основними для вибору пріоритетних шляхів корекції внутрішньочерев-

ної 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 – $0,0126 \pm 0,0023$, макрофагів – $0,0039 \pm 0,0010$, фібробластів $0,1203 \pm 0,0092$ показані програмні санації черевної порожнини. В інтервалі SAPS ($n > 10 \leq 15$) метод ВЛС володіє найбільшою (96,8 %) порівняльною ефективністю. Перша санація у хворих групи спостереження виконується в ранні терміни через 18 год. У хворих третьої підгрупи при наявності в парієтальній очеревині НПЯЛ – $0,3128 \pm 0,0334$, вогнищ некрозу – $0,0173 \pm 0,0046$, лімфоцитів – $0,0202 \pm 0,0053$, макрофагів – $0,0049 \pm 0,0016$, фібробластів $0,1192 \pm 0,0077$ 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 оцінюється за шкалою SAPS, є об'єктивними показниками вираження тяжкості перебігу ГРП і можуть служити критеріями передбачуваних результатів та одним із головних критеріїв при виборі хірургічної тактики.

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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 / А.М. Светухин, Ю.А. Амирасланов // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2003. – С. 335–344.

Отримано 11.08.10