

УДК: 616.381-002-022

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ У ХВОРИХ З АТИПОВОЮ КЛІНІЧНОЮ КАРТИНОЮ

Хворостов Є.Д., Захарченко Ю.Б., Томін М.С., Морозов С.О.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб

м. Харків

Резюме

У роботі представлено результати використання комплексного підходу до діагностики та вибору тактики лікування у хворих з гострим гнійним перитонітом, у яких були труднощі в постановці діагнозу через відсутність типової для даного захворювання клінічної симптоматики. Проаналізовано результати лікування 21 пацієнта з гострим гнійним перитонітом, чоловіків було 9 (42,8%), жінок 12 (57,2%). Середній вік хворих склав $62 \pm 6,4$ року. Причиною перитоніту були: гострий деструктивний апендицит – 6 (28,6%), перфоративна виразка цибулини дванадцятипалої кишки – 5 (23,8%) та шлунка – 3 (14,3%), перфорація сигмоподібної кишки рибною кісткою – 2 (9,5%), перфорація дивертикулу ободової кишки – 2 (9,5%), неспроможність кукси міхурової протоки – 2 (9,5%), неспроможність кукси хробаковидного виросту – 1 (4,8%).

Причинами розвитку (при поєднанні декількох нозологій у 15 (71,4%) випадках), атипової клінічної картини гострого перитоніту були: ожиріння – 11 (52,4%), цукровий діабет – 7 (33,3%) похилий вік – 7 (33,3%), важка супутня патологія серцево-судинної і дихальної системи – 5 (23,8%), атипове розташування перфоративного отвору – 6 (28,6%), атипове розташування хробаковидного виросту – 4 (19,0%), хронічний пієлонефрит – 2 (9,5%).

Діагностична програма включала виконання в невідкладному порядку комплексу діагностичних лабораторних (визначення порушень гомеостазу організму хворого) та інструментально-апаратних досліджень (ультразвукове дослідження черевної порожнини, комп'ютерну томографію). Це дозволило в короткі терміни – протягом 2 годин встановити діагноз гострого гнійного перитоніту, виключити етап тривалого клініко-діагностичного динамічного спостереження за хворим і виконати оперативне втручання у невідкладному порядку, в тому числі і лапароскопічним доступом в 6 (28,6%) випадках. Середній ліжко-день склав $16 \pm 3,2$ діб. Ускладнення представлені сіромою післяопераційної рани у 2 (9,5%) пацієнтів, нагноєнням рани – у 1 (4,8%) пацієнтів. Летальних випадків не спостерігалось.

Ключові слова: гострий гнійний перитоніт, діагностика перитоніту, інтегральна шкала оцінки тяжкості стану, лікування перитоніту.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Перитоніт визначається як запалення серозного листка, що покриває черевну порожнину та органи що в ній містяться. Найбільш частими причинами (80%) гострого гнійного перитоніту є запальні ураження органів черевної порожнини різної етіології: перфоративна виразка (30%), деструктивний апендицит (22%), запально-некротичні зміни товстої (20%) і тонкої кишки (13%) [1, 3,5]. У 10-20% випадків виникнення перитоніту пов'язано з гострим панкреатитом, гінекологічною інфекцією і лімфогенною/гематогенною дисемінацією мікроорганізмів (спонтанний бактеріальний перитоніт) [3,6].

Реакція очеревини на різні патологічні подразники характеризується стереотипною запальною відповіддю, що обумовлює характерну симптоматику перитоніту. У пацієнтів із супутньою і інтеркурентною патологією, наявністю дисбалансу імунної системи та осіб похилого віку гострий гнійний перитоніт може мати атипову клінічну картину.

Являючи собою ускладнення важкої внутрішньочеревної патології, перитоніт погіршує перебіг основного захворювання. З іншого боку, поширені форми гострого гнійного перитоніту представляють собою абдомінальну форму сепсису, рання діагностика, прогнозування перебігу і терапія якого представляють значні труднощі.

Частота абдомінального сепсису у відділеннях інтенсивної терапії, серед інших його форм, за даними міжнародного дослідження EPIC II (2008) становить близько 19%, за даними європейського дослідження SOAP (2006) – 22%. Комплекс зазначених чинників зумовлює високу летальність при гострому гнійному перитоніті і коливається в діапазоні – 19-60% [3,8].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У літературі наводяться дані про використання критеріїв та інтегральних оціночних шкал тяжкості стану пацієнтів – синдром системної запальної реакції (ССЗР) (APCP/SCCM, 1992), критерії органної дисфункції при сепсисі (A.Baue), динамічна оцінка органної недостатності (SOFA), оцінка множинної органної дисфункції (MODS-2), Мангеймський індекс перитоніту (MPI) та інші [5,6,7]. У випадках коли не вдається виділити гемокультуру визначають маркери абдомінального сепсису – прокальцитоніну і розчинної форми тригерного рецептора (sTREM) [3,6,7]. У складних випадках, зокрема при підозрі на післяопераційний перитоніт, для верифікації діагнозу та ідентифікації бактеріальної культури, а також поширеності процесу, виконують комп'ютерну томографію і відеолапароскопію [3,8].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. У багатьох вітчизняних клініках визначення маркерів сепсису і функціональних показників, необхідних для інтегральних шкал оцінки тяжкості стану, недоступні або доступні частково. Деякі з наведених інтегральних шкал підраховуються тільки після виконаного оперативного втручання з приводу перитоніту, що в комплексі потребує оптимізації методів ранньої діагностики гострого гнійного перитоніту.

Зазначені шкали та критерії дозволяють виявити системну реакцію на запалення, в той час як осередок інфекції достовірно можливо виявити за допомогою візуалізуючих методів дослідження.

Мета дослідження – визначення шляхів скорочення термінів постановки діагнозу і виконання невідкладного оперативного втручання у важких хворих з атиповою клінічною картиною гострого гнійного перитоніту, шляхом виконання в невідкладному порядку комплексної діагностичної програми з поєднаним використанням лабораторних та апаратно-інструментальних методів дослідження.

Матеріал та методи

У дослідження було включено 21 пацієнт з гострим поширеним гнійним перитонітом, чоловіків було 9 (42,8%), жінок 12 (57,2%). Середній вік хворих склав $62 \pm 6,4$ року. Причиною перитоніту були: гострий деструктивний апендицит – 6 (28,6%), перфоративна виразка цибулини дванадцятипалої кишки – 5 (23,8%) та шлунку – 3 (14,3%), перфорація сигмоподібної кишки рибною кісткою – 2 (9,5%), перфорація дивертикулу ободової кишки – 2 (9,5%), неспроможність кукси міхурової протоки – 2 (9,5%), неспроможність кукси хробаковидного виросту – 1 (4,8%).

Причинами розвитку (при поєднанні декількох нозологій у 15 (71,4%) випадках) атипової клінічної картини гострого перитоніту були: ожиріння – 11 (52,4%), цукровий діабет – 7 (33,3%) похилий вік – 7 (33,3%), важка супутня патологія серцево-судинної і дихальної системи – 5 (23,8%), атипове розташування перфоративного отвору – 6 (28,6%), атипове розташування хробаковидного виросту – 4 (19,0%), хронічний пієлонефрит – 2 (9,5%).

Діагностична програма включала в себе виконання в невідкладному порядку комплексу діагностичних лабораторних (клінічний аналіз крові, сечі; печінкові проби, коагулограма, рівень креатиніну, сечовини) та інструментально-апаратних досліджень (ультразвукове дослідження черевної порожнини, комп'ютерну томографію, лапароскопію), бактеріологічний метод дослідження рідини з черевної порожнини.

Для діагностики абдомінального сепсису, крім дослідження крові на стерильність, використовувалися критерії ССЗР (необхідно 2 з 4 критеріїв): температура тіла $\geq 38^\circ\text{C}$ або $\leq 36^\circ\text{C}$, ЧСС $\geq 90/\text{хв}$, ЧД $> 20/\text{хв}$ або гіпервентиляція ($\text{PaCO}_2 \leq 32$ мм рт.ст.), лейкоцити крові $> 12 \times 10^9/\text{мл}$ або $< 4 \times 10^9/\text{мл}$, або незрілих форм $> 10\%$ [3,6].

Критеріями Мангеймського індексу перитоніту, модифікованого M. Linder (1992) були: 21 бал (перша ступінь тяжкості) – летальність складає 2,3%; від 21 до 29 балів (друга ступінь тяжкості) – 22,3%; більше 29 балів (третья ступінь тяжкості) – 59,1% [3,5,7].

Результати досліджень та їх обговорення

Згідно з критеріями ССЗР наявність абдомінального сепсису було виявлено у 8 пацієнтів (38,1%).

При виконанні ультрасонографії у всіх пацієнтів виявлено наявність вільної рідини в черевній порожнині, ультразвукові симптоми кишкової недостатності – у 6 пацієнтів (28,6%), наявність вогнища інфекції у вигляді локального інфільтративного процесу – у 6 пацієнтів (28,6%).

При наявності вираженого парезу кишечника з пневматозом – 15 (71,4%) пацієнтів, що істотно знижує інформативність ультрасонографії, діагностичну програму доповнювали комп'ютерною томографією. При комп'ютерній томографії виявлено поширеність вільної рідини, достовірно верифіковано джерело перитоніту, ступінь синдрому кишкової недостатності.

З 6 (28,6%) пацієнтів (гострий деструктивний апендицит – 4 (19,0%), неспроможність кукси міхурової протоки – 2 (9,5%)), яким була виконана невідкладна діагностична лапароскопія, остання було трансформована в лікувальну лапароскопію. Згідно з Мангеймським індексом перитоніту у 2 (9,5%) пацієнтів стан був першого ступеня тяжкості, 4 (19,0%) пацієнтів – другого ступеня тяжкості і у 1 (4,8%) – третього ступеня тяжкості. Субопераційно, у 15 (71,4%) пацієнтів, згідно з Мангеймським індексом перитоніту розподіл виглядав наступним чином: 4 (19,0%) пацієнтів – стан першого ступеня тяжкості, 6 (28,6%) пацієнтів – другого ступеня тяжкості та у 5 (23,8%) – третього ступеня тяжкості.

Після верифікації гострого гнійного перитоніту пацієнтам призначали антибактеріальну терапію, яку починали до виконання оперативного втручання та корегували в залежності від клінічно-лабораторного перебігу захворювання та відповідно до результатів чутливості культури до антибактеріальних препаратів.

Виконана діагностично-лікувальна програма дозволила в короткій термін, протягом двох годин, встановити діагноз гострого гнійного перитоніту, виключити етап тривалого клініко-діагностичного динамічного спостереження за хворим і виконати оперативне втручання направлені на усунення вогнища перитоніту та санацію та черевної порожнини у невідкладному порядку, в тому числі лапароскопічним доступом у 6 (28, 6%) випадках. Середній ліжко-день склав $16 \pm 3,2$ дня. Ускладнення представлені сіромою післяопераційної рани у 2 (9,5%) пацієнтів, нагноєнням рани – у 1 (4,8%) пацієнтів. Летальних випадків не спостерігалось.

Висновки. Виконання в невідкладному порядку комплексної діагностичної програми гострого перитоніту з поєднаним використанням лабораторних та апаратно-інструментальних методів дослідження у важких хворих з атиповою клінічною картиною перитоніту дозволяє скоротити терміни постановки діагнозу в межах двох годин з моменту надходження хворих і

виконати невідкладне оперативне втручання по усуненню причин перитоніту і санації черевної порожнини.

Перспективи подальших досліджень. Більш широке впровадження методів визначення маркерів сепсису, інтегральних шкал оцінки тяжкості та прогнозування у поєднанні з мініінвазивними хірургічними втручаннями (відеолапароскопія) можуть сприяти поліпшенню ранньої діагностики гострих форм перитоніту, особливо атипових, і поліпшити результати лікування на тлі скорочення ліжко-дня та зниження рівня летальності.

Література

1. Бойко В.В. Распространенный гнойный перитонит / В.В. Бойко И.Л. Криворучко, С.И. Тесленко, А.В. Сивожелезов. – Х: Прапор, – 2008. – 278 с.
2. Мамчич В.И. Профилактика и основные принципы лечения абдоминальной хирургической инфекции / В.И. Мамчич, В.В. Бойко, И.А. Криворучко. – К, – 2003. – 32 с.
3. Перитонит / [Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И.]; под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. – М.: Littera, – 2006. – 208 с.
4. Чернов В.Н. Комплексное лечение больных абдоминальным сепсисом / Чернов В.Н., Мареев Д. В. // Хирургия. Журнал им. Н.Н. Пирогова. – 2010. – №10. – С.44–47.
5. Adler S.N., Gasbarra D.B. A Pocket Manual of Differential Diagnosis. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins, – 2005. – 223p.
6. Blot S. Critical issues in the clinical management of complicated intra-abdominal infections / S. Blot, J.J. De Waele // Drugs. – 2005. – № 65(12). – P. 1611–20.
7. Marshall J.C. Intra-abdominal infections / J.C. Marshall // Microbes Infect. – 2004. – № 6(11). – P.1015–25.
8. White S.I. A ten-year audit of perforated sigmoid diverticulitis: highlighting the outcomes of laparoscopic lavage / S.I. White, B. Frenkiel, P.J Martin // Dis Colon Rectum. – 2010 – № 53(11). – P.1537–41.