



Б.І. Слонецький¹, М.В. Максименко¹, С.Г. Керашвілі¹, С.М. Лобанов²

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРИТОНІТУ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

¹Національна медична академія ім. П.Л. Шупика, м. Київ,

²Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Ключові слова: перитоніт, похилий вік, старечий вік, індекс черевної порожнини, шкала APACHE II, Мангеймський індекс перитоніту.

Ключевые слова: перитонит, пожилой возраст, старческий возраст, индекс брюшной полости, шкала APACHE II, Мангеймский индекс перитонита.

Key words: peritonitis, old-age patients, Abdominal Cavity Index, APACHE II scale, Mannheim Peritonitis Index.

Наведено окремі аспекти діагностики перитоніту у осіб похилого та старечого віку. Проаналізовано результати обстеження та лікування 86 хворих з перитонітом. Виявлено суттєві розбіжності між тяжкістю загального стану, локальними клінічними проявами та інтраопераційною характеристикою перитоніту в осіб похилого та старечого віку з перевалюванням деструктивних змін в останніх.

Отражены отдельные аспекты диагностики перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста. Проанализированы результаты обследования и лечения 86 больных с перитонитом. Выявлено существенное несоответствие между тяжестью общего состояния, локальными клиническими проявлениями и интраоперационной характеристикой перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста с превалированием изменений у последних.

In the article there particular aspects of clinical diagnostics of peritonitis in old-age and elderly patients are reflected. The results of investigation and treatment of 86 patients with peritonitis were analyzed. Significant inadequacy of the severity of the general state, local clinical manifestations and intraoperating characteristics of peritonitis in old-age and elderly patients was revealed with prevalence of destructive changes in such patients.

Перитоніт залишається актуальною проблемою в структурі хірургічних захворювань, з якою зустрічається кожен практичний хірург, тоді як перший діагностичний «погляд» на хворого робить лікар невідкладної медичної допомоги. Висока летальність хворих з перитонітом, що складає від 30 до 86% згідно даних різних авторів, спонукає до пошуку нових підходів не тільки до хірургічного лікування, але й до оптимізації діагностичної тактики, можливостей прогнозу перебігу перитоніту [1,3,4,6]. Використання індексів і шкал для оцінки ступеня тяжкості поліорганної недостатності та прогнозу перебігу перитоніту (SAPS, APACHE II, ALTONA (PIA) та ін.) дозволяє з достатньо високою вірогідністю оцінити стан хворого у цифровій системі шкали та прогнозувати перебіг хвороби. Особливу діагностичну цінність має Мангеймський індекс перитоніту, що складається з бальної характеристики 8 категорій, у тому числі враховуються вікові та статеві особливості, тривалість перебігу захворювання та інтраопераційна характеристика перитоніту [6,7].

Багато авторів повідомляють про наявність вікових особливостей перебігу перитоніту у пацієнтів, особливо з різною супутньою патологією. Так, за даними Б.Р. Гельфанд та співавт. (2002) загальний стан хворих віком понад 65 років був значно важчим, ніж у молодих хворих, що супроводжувалось, у свою чергу, більшою летальністю. За даними Б.С. Брискіна (2008), геріатрична хірургія супроводжується труднощами діагностики, що виникають внаслідок латентного перебігу захворювання, малосимптомного перебігу, відсутності гострого дебюту хвороби, соціальної дезадаптації хворих [2].

МЕТА РОБОТИ

Дослідити клініко-діагностичні особливості перебігу перитоніту у пацієнтів різних вікових груп.

ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включено результати обстеження та

лікування 86 пацієнтів віком від 30 до 89 років, які були госпіталізовані у хірургічні відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої допомоги протягом 2010 року. Всім хворим протягом 24 годин з моменту госпіталізації на різних етапах діагностики встановлено або підтверджено наявність перитоніту. Хворих розподілили на групи згідно вікових категорій: 30–50 років, які ввійшли до першої групи, та 60–89 років, які склали другу групу хворих.

З метою верифікації діагнозу використовували клінічні, лабораторно-інструментальні та інтраопераційні методи дослідження. До операції ступінь важкості пацієнта оцінювали за шкалою APACHE II та Мангеймського індексу перитоніту (MPI). Під час операційного втручання здійснювали оцінку стану черевної порожнини, визначали індекс черевної порожнини (ІЧП) за В.С. Савельєвим та співавт. (1998) [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У структурі госпіталізованих з перитонітом 30 (34,9%) пацієнтів віком 30–50 років, та 56 (65,1%) хворих віком 60–89 років. У першій групі хворих було 16 (53,3 %) чоловіків і 14 (46,7 %) жінок, тобто переважали чоловіки. У другій групі тенденції до розбіжностей між чоловіками і жінками підсилювались: 38 (67,9%) чоловіків і 18 (32,1%) жінок.

У першій групі хворих термін від початку захворювання до моменту госпіталізації складав в середньому 18,3±4,4 годин, у другій – 26,2±7,5 годин.

Серед нозологічних причин захворювання, що ускладнювались перитонітом, виявлено апендицит у 18 (20,9%) хворих, перфорацію виразки шлунка або дванадцятипалої кишки – у 15 (17,4%) пацієнтів. Біліарний перитоніт встановлено у 5 (5,6%) хворих. Перитоніт внаслідок непрохідності кишечника діагностовано у 17 (19,8%) пацієнтів, травма органів черевної порожнини стала причиною перитоніту у 4 (4,7%) хворих, кила з некрозом



кишки – 6 (7,0%), мезентеріального тромбозу – 14 (16,3%), перфорації пухлини кишечника – 3 (3,5%), інші причини – 4 (4,7%) пацієнтів.

На основі аналізу анамнестичних даних виявлено, що в першій групі хворих переважали скарги на інтенсивні постійні болі в животі, відсутність випорожнення, підвищення температури тіла, погіршення загального самопочуття, блювоту, нудоту. При об'єктивному обстеженні верифікували загальний стан хворих як середньої тяжкості або тяжкий з тахікардією у поєднанні зі схильністю до гіпотензії, болісність при пальпації органів черевної порожнини, ригідність м'язів передньої черевної стінки, послаблення перистальтики кишечника – у всіх хворих. Термін з моменту захворювання у пацієнтів віком 30–50 років складав менше 24 годин ($18,3 \pm 8,4$). Лабораторно підтверджувались ознаки зростаючого запального процесу: лейкоцитоз становив $18,9 \pm 3,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Загальний бал у I групі пацієнтів за шкалою APACHE II складав 19,8. Мангеймський індекс перитоніту у цієї групи хворих становив $20,7 \pm 3,4$. Інтраопераційно виявляли локальні, дифузні або поширені запальні зміни очеревини, серозний або серозно-фібринозний вміст, інфільтрацію стінки кишки, що відповідало 10,6 балам індексу черевної порожнини В.С. Савельєва [В.С. Савельєв і співавт., 1998].

У пацієнтів II групи виявлено агресивніший перебіг клінічної картини перитоніту. Переважали скарги на поширені болі в животі, затримку випорожнення, нудоту. Термін госпіталізації був значно подовжений у даної групи хворих, порівняно з пацієнтами молодого віку ($26,2 \pm 7,5$ год). При об'єктивному огляді загальний стан пацієнтів оцінювався як важкий, що зумовлено декомпенсацією супутніх захворювань, прогресуванням синдрому системної запальної відповіді та наростанням поліорганної недостатності. Однак при пальпації живота часто болісність не була вираженою та локалізованою, а ригідність м'язів черевної стінки та симптоми подразнення очеревини виявлялись тільки у 25 (44,6%) пацієнтів. Слід зазначити, що у пацієнтів похилого віку мала місце знижена реактивність організму: у більшості не спостерігалось лихоманки в анамнезі, лейкоцитоз складав $13,3 \pm 3,2 \cdot 10^9/\text{л}$. За шкалою APACHE II середній бал складав $32,0 \pm 4,3$, Мангеймський індекс перитоніту – $29,1 \pm 3,6$. В ході інтраопераційної діагностики у пацієнтів похилого віку виявлялись значні зміни черевної порожнини з поширеним запаленням очеревини, наявністю гнійного, геморагічного ексудату, інфільтрацією стінки кишечника, відсутність його перистальтики, що відповідало в середньому 17,9 балам індексу черевної порожнини (рис. 1).

На рис. 1 видно, що у II групі хворих індекси були значно вищими, що вказує на тяжчий стан хворих і перебіг перитоніту у пацієнтів похилого віку. Однак, при кореляційному аналізі ІЧП за В.С. Савельєвим і за показниками лейкоцитів у периферичній крові виявлено позитивний кореляційний зв'язок середньої сили ($r=0,45$, $p<0,05$) у I групі пацієнтів та не встановлено достовірного зв'язку у хворих II групи ($r=0,25$, $p>0,05$). Такі ж тенденції

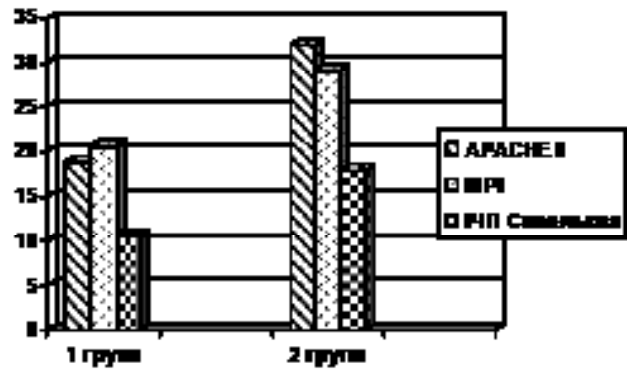


Рис. 1. Ступінь тяжкості перебігу перитоніту.

виявлено при аналізі зв'язку показників ІЧП і місцевих проявів перитоніту, що виявлялись при огляді, що свідчить про знижену реактивність організму у хворих похилого віку, ускладнюючи своєчасну діагностику розвитку перитоніту та призводячи до декомпенсації органів і систем, розвитку важко корегованої поліорганної недостатності. Труднощі діагностики, неадекватна хірургічна тактика зумовлює високу летальність серед даного контингенту хворих.

ВИСНОВКИ

Використання різних об'єктивних методів оцінки тяжкості та прогнозу перебігу перитоніту (APACHE II, MPI, ІЧП В.С. Савельєва) виявило тяжчий перебіг перитоніту у пацієнтів похилого та старечого віку.

У хворих похилого та старечого віку встановлено суттєві розбіжності між клінічною картиною перитоніту й інтраопераційним результатом (індекс черевної порожнини В.С. Савельєва), що часто стає підставою для діагностичних помилок у лікуванні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беляєва О.О. Комплексне лікування перитоніту та профілактика його ускладнень (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.03 / Беляєва О.О. – КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 1999. – 36 с.
2. Брискин Б.С. Гериатрические аспекты хирургии (Доклад на конференции «Пожилой больной. Качество жизни») / Б.С. Брискин // Вестник Московского городского научного общества терапевтов. – 2008. – №71. – С. 1–3.
3. Кавин В.О. Показники септичного процесу у хворих на гострий перитоніт та їх лікування / В.О. Кавин // Клінічна хірургія. – 2009. – №7–8. – С. 46–47.
4. Костырной А.В. Проблемы лечения перитонита / А.В. Костырной, О.Ч. Хаджиев, Д.В. Шестопалов, О.А. Бугаенко // Клінічна хірургія. – 2008. – №6. – С. 27–29.
5. Матвійчук О.Б. Прогностичне значення мангеймського індексу перитоніту в сучасній невідкладній абдомінальній хірургії / О.Б. Матвійчук, Д.М. Бешлей, Л.Я. Клецько та ін. // Український журнал хірургії. – 2010. – №1. – С. 110–113.
6. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельєва, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
7. Чернов В.Н. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните / В.Н. Чернов, Б.М. Белик, Х.Ш. Пищук // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2004. – №3. – С. 21–24.

Відомості про авторів:

Слонецький Б.І., д. мед. н., професор каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика.
Максименко М.В., к. мед. н., асистент каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика.
Керашвілі С.Г., аспірант каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика.
Лобанов С.М., лікар-хірург Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Адреса для листування:

Слонецький Борис Іванович, м. Київ, вул. Курчатова, 21, кв. 48. Тел.: (050) 448 87 76, (044) 518 62 11.