

УДК616.381-002.3-097-019

## Визначення ступенів тяжкості перебігу та загального стану хворих на перитоніт

Б.О. МІЛЬКОВ, В.П. ПОЛЬОВИЙ, В.В. БІЛООКИЙ, М.М. ГРЕСЬКО

Буковинська державна медична академія

### DETERMINATION OF THE SEVERITY OF COURSE AND GENERAL CONDITION OF PATIENTS WITH PERITONITIS

B.O. MILKOV, V.P. POLYOVY, V.V. BILOOKYY, M.M. HRESKO

Bucovynian State Medical Academy

Проаналізовано 200 спостережень перебігу перитоніту у хворих різного віку з різною гострою хірургічною патологією. Встановлено, що для проведення адекватного лікування в різні терміни від початку захворювання, необхідно визначати як ступінь тяжкості перебігу перитоніту, так і загального стану хворого.

200 observations of peritonitis in patients of different age and various surgical pathology have been analysed. It has been found out that the adequate treatment in different terms from the disease outset depends on the severity of peritonitis as well as general condition of a patient.

**Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій.** Літературні дані свідчать, що вивчення сепсису, в тому числі перитонеального походження, поєднується з визначенням загального стану хворих, який залежить не тільки від причини захворювання, але й від супровідної патології, віку пацієнтів тощо. Для цього запропоновані різноманітні оціночні системи (APACHE I, II, III, SAPS, SOFA та ін.) [1, 9], що має значення у виборі лікувальної тактики, починаючи з появи хворого в хірургічному стаціонарі. Не менш важливе значення при перитоніті має вибір уніфікованої, патогенетично обґрунтованої оперативної тактики щодо гострої хірургічної патології та її наслідків, для чого існують відомі класифікації [9]. Проте в них не беруться до уваги тяжкість перебігу патологічного процесу в черевній порожнині, інтенсивність інтоксикації, що є однією з причин високої летальності. Так, найчастіше хворі на перитоніт поступають в стаціонар в токсичній стадії, яка містить широкий діапазон тяжкості перебігу перитоніту.

Розповсюдженість запалення очеревини не завжди вказує на тяжкість загального стану хворого, що залежить від характеру вмісту (серозний, гнійний, гнилісний, каловий тощо), давнинності процесу.

Тому для оцінки тяжкості перебігу перитоніту необхідна класифікація, яка б давала змогу не тільки

проводити раціональну передопераційну підготовку, оперативне втручання, післяопераційне лікування, планування, в разі необхідності, повторних відкритих або лапароскопічних санацій очеревинної порожнини, але і аналізувати тяжкість перебігу перитоніту, терміни перебування хворих у стаціонарі, прогнозувати летальність, залежно як від тяжкості перебігу перитоніту, так і тяжкості загального стану хворого.

У наукових публікаціях при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини пропонуються для лікування різні алгоритми. Але враховуючи широкий діапазон тяжкості перебігу перитоніту та тяжкості загального стану хворих, без відповідної градації цих станів розробляти та рекомендувати раціональне лікування (як хірургічне, так і медикаментозне) хворим на перитоніт практично неможливо. Наслідком цього є широкий діапазон показників летальності від перитоніту, який коливається від 4 до 90 % [1, 8].

**Мета дослідження.** Визначити ефективність поділу перитоніту за ступенями тяжкості його перебігу та пацієнтів за тяжкістю загального стану.

Для вирішення мети нами проаналізовано 200 спостережень гострого перитоніту: чоловіків було 119, жінок – 81. Вік хворих становив від 22 до 81 років. Причинами перитоніту були: гострий апендицит – 27 пацієнтів, перфоративна гастродуоденальна

виразка – 41, гострий холецистит – 96, післяопераційні ускладнення – 24, інші причини – 12 спостережень.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчення термінів лікування хворих на перитоніт, які видужали, залежно від розповсюдженості вмісту в черевній порожнині, і зіставлення його з запропонованою градацією перитоніту за тяжкістю його перебігу [3, 4] показало, що має місце більша залежність тривалості післяопераційного ліжко-дня від ступенів

тяжкості перебігу перитоніту, ніж від його розповсюдженості (табл. 1). Враховуючи, що оціночні бальні системи [1, 6, 7] мають ті чи інші недоліки (необхідність спеціальної апаратури, час на проведення досліджень, врахування інтраопераційних знахідок і т.п.), а в практичній діяльності хірурга вирішальне значення має термінова оцінка тяжкості хворого з метою проведення своєчасних лікувальних заходів, нами розроблена відповідна система бальної оцінки тяжкості загального стану хворих на перитоніт [2].

**Таблиця 1. Післяопераційний ліжко-день при різних за розповсюдженістю перитонітах (M±m)**

Ступінь тяжкості перитоніту	Різновидність					
	Місцевий		Дифузний		Розлитий	
	к-ть хворих	тривалість ліжко-дня	к-ть хворих	тривалість ліжко-дня	к-ть хворих	тривалість ліжко-дня
I	11	11,7±1,57	—	—	—	—
II	58	12,7±1,27	3	12,66±1,41	3	11,66±1,21
III-A	8	17,7±2,3	7	18,4±2,7	16	21,5±3,7
III-B	4	24,3±2,4	3	22±2,1	28	25,5±3,2

Хворі, які поступили в стаціонар з I ступенем тяжкості перебігу перитоніту видужали всі. З 83 хворих з II ступенем тяжкості (місцевий перитоніт) померло 6: 2 внаслідок тромбоемболії легеневої артерії, 3 (12-14-16 балів) – внаслідок супровідної патології, 1 (10 балів) – від триваючого перитоніту. У групі хворих з III-A ступенем тяжкості перебігу перитоніту з 37 пацієнтів помер 1 (10 балів) внаслідок прогресуючого перитоніту. З 55 хворих з III-B ступенем тяжкості перебігу перитоніту померло 20 внаслідок супровідної патології, ендогенної інтоксикації – 10, прогресуючого перитоніту – 7, укладень (кровотеча, двобічна пневмонія) – 3. У певній мірі велика летальність в даній групі пояснюється недостатнім використанням адекватних методів лікування. Так, з 45 хворих, яким не застосовувалась запрограмована повторна відкрита санація черевної порожнини померло 18 пацієнтів, не дивлячись на видалення вогнища перитоніту, застосування прискіпливої санації черевної порожнини, проведення внутрішньо-очеревинного діалізу, інтубації кишечника. Тоді як з 11 таких хворих, яким проводилась в комплексному лікуванні запрограмована лапароперція, померло тільки два пацієнти. Вивчення показників імунітету

показало, що тільки при занедбаному гнійному перитоніті повторна відкрита санація черевної порожнини призводить до відносного покращання цих показників. В усіх інших випадках відмічається погіршення імунного стану. Таким чином, запрограмована повторна лапароперція показана тільки при III-B ступені тяжкості перебігу перитоніту.

У групі 14 хворих з IV ступенем тяжкості перебігу перитоніту померло 11 пацієнтів, тоді як з семи, котрим застосовувалась повторна відкрита санація очеревинної порожнини, померло чотири хворих.

Зіставлення тяжкості перебігу перитоніту з запропонованими нами бальними оціночними критеріями показало (табл. 2), що велике значення має також визначення тяжкості загального стану хворих, яке обумовлене наявністю або відсутністю супровідної патології, вікового цензу і, взагалі, станом захисних сил організму [5]. А це обумовлює необхідність проведення лікувальних заходів проти тих причин, які крім перитоніту впливають на тяжкість стану пацієнтів, перебіг захворювання, виникнення ускладнень під час проведення хірургічного втручання, а також в післяопераційному періоді.

**Таблиця 2. Розподіл хворих за оціночними балами та ступенями тяжкості перебігу перитоніту**

Ступінь тяжкості перитоніту	До 8 балів		8-10 балів		Більше 10 балів	
	всього	з них померло	всього	з них померло	всього	з них померло
I	3	—	3	—	5	—
II	32	1	26	1	25	4
III-A	6	—	11	1	20	—
III-B	1	—	2	—	52	20
IV	—	—	—	—	14	11
Всього	42	1	42	2	116	35

## З ДОСВІДУ РОБОТИ

Аналіз окремих випадків хворих на перитоніт показав, що як при обмеженому розповсюдженні вмісту по очеревинній порожнині, так і при незначному ступені тяжкості перебігу перитоніту може бути тяжкий загальний стан хворого, що потребує інтенсивного тривалого його лікування, яке інколи закінчується летально.

Як свідчать показники таблиці 2, для визначення ефективності лікування, згідно з статистикою ле-

тальності, необхідно враховувати як ступінь тяжкості перебігу перитоніту, так і тяжкість загального стану хворих на перитоніт.

**Висновки.** 1. Для об'єктивної оцінки тяжкості стану хворих на перитоніт необхідно визначати як ступінь тяжкості перебігу перитоніту, так і загального стану хворого, згідно з градацією яких можна розробляти найбільш ефективні методи їх лікування.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гнойный перитонит (Патофизиология и лечение) // Под ред. А.Я. Цыганенко – Харьков: Контраст, 2002. – 280 с.
2. Мильков Б.О., Білоокий В.В., Польовий В.П., Гресько М.М. Оцінка тяжкості стану хворого та перебігу перитоніту // Бук. мед. вісник. – 2002. – № 1-2. – С. 34-37.
3. Мильков Б.О., Дейбук Г.Д., Шамрей Г.П. Классификация гнойных форм перитонита // Клиническая хирургия. – 1991. – № 4. – С. 57-60.
4. Острый гнойный перитонит // Спиженко Ю.П., Мильков Б.О., Лагуда А.Е. и др. – Харьков: Прапор, 1997. – 190 с.
5. Решетников Е.А., Шипилов Г.Ф., Чуванов М.В. Дискуссионные вопросы диагностики и лечения хирургического сепсиса // Хирургия. – 1999. – №10. – С. 13-15.
6. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Голигорский В.А. Абдоминальный сепсис у хирургических больных: клиническая характеристика и прогноз // Анналы хирургии. – 2000. – № 6. – С. 11-18.
7. Светухин А.М., Звягин А.А., Слепнёв С.Ю. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть 2. // Хирургия. – 2002. – № 10. – С. 60-67.
8. Совцов С.А. Основные принципы формирования клинического диагноза при перитонитах // Хирургия. – 2001. – №2. – С. 18-20.
9. Федоров В.Д., Гостишев В.К., Ермолов А.С., Богницкая Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // Хирургия. – 2000. – №4. – С. 58-62.