

Помилки в діагностиці та лікуванні перитоніту

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

Буковинська державна медична академія

ERRORS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PERITONITIS

B.O. MILKOV, V.P. POLYOVY, V.V. BILOOKY, M.M. GRESKO, V.V. YATSKIV

Bucovynian State Medical Academy

Аналіз 180 спостережень хворих, у яких були допущені помилки в діагностиці та лікуванні перитоніту, визначив його причини та характер перебігу. Вказана цінність визначення ступенів тяжкості перебігу перитоніту та ступенів тяжкості загального стану хворих на перитоніт.

The authors have determined the character and causes of errors to be perpetrated in the process of diagnosing and treatment of peritonitis by means of analyzing 180 examinations of patients. The value of estimation the severity of peritonitis course and the degree of the general condition severity of patients has been pointed out.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Одним з грізних ускладнень захворювань, травм органів черевної порожнини є перитоніт, результати лікування якого залежать від характеру запалення очеревини, тяжкості загального стану хворого. Важливий вплив на негативний перебіг цієї патології мають помилки в діагностиці та виборі тактики хірургічного втручання і медикаментозної терапії.

Мета дослідження. На підставі аналізу характеру, причин помилок діагностики та лікування гострого перитоніту показати найбільш численні з них і застерегти від їх повторення.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано 180 спостережень (чоловіків – 88, жінок – 92) хворих на гострий перитоніт віком від 18 до 85 років, в діагностиці та лікуванні яких мали місце різного роду помилки. Помер 41 хворий. Причинами перитоніту були: гострий каль-

кульозний холецистит – 100 пацієнтів, про-ривна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки – 21, гострий апендицит – 20, травми живота – 5, з інших причин – 34 хворих. Для більш детальної оцінки різної тяжкості перебігу перитоніту користувались запропонованою нами класифікацією за розподілом на I, II, III-A, III-B, IV ступені тяжкості перебігу перитоніту [6, 10].

У зв'язку з тим, що перебіг захворювання залежить не тільки від характеру і тяжкості перебігу перитоніту, розроблені критерії оцінки тяжкості загального стану хворих на основі оцінних бальних систем [4, 11]. Бальною системою користувались згідно з градацією: до 8 балів – задовільний стан, 8-10 – середньої тяжкості, більше 10 – тяжкий стан [8].

Результати досліджень та їх обговорення. Характер помилок у діагностиці та лікуванні гострого перитоніту обстежених хворих подано в таблиці 1.

Таблиця 1. Помилки в діагностиці та лікуванні перитоніту

Характер помилок	Несвоєчасне оперативне втручання	Нераціональний метод лікування	Недостатнє лікування тяжкості загального стану хворих	Несвоєчасна діагностика післяопераційного перитоніту
	1	2	3	4
Кількість спостережень	129	40	18	38

У частини хворих було допущено по декілька помилок у діагностиці та методах лікування перитоніту.

1. Несвоєчасне оперативне втручання пов'язане як з пізньою діагностикою перитоніту, так і з неправильною тактикою лікування. Приклади. Серед 13 хворих на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки померло 3 (67-68 років), які були прооперовані через 24-62 год після поступлення в клініку. У них був верифікований III-Б ступінь тяжкості перебігу перитоніту, що відповідало 12-18 балам тяжкості загального стану. У вилікуваних хворих III-Б ступінь тяжкості перебігу перитоніту мав місце у хворих, які поступали в стаціонар через 1-7 днів від початку захворювання. Тяжкість загального стану у них відповідала, згідно градації, 10-14 балам. В той же час, у оперованих через 4-7 год після поступлення (які були доставлені в стаціонар через 1-2 год від початку захворювання) визначався II-III А ступінь тяжкості перитоніту та 5-9 балів тяжкості загального стану. Стан одного хворого, прооперованого через 5 год від початку захворювання, відповідав III-Б ступеню тяжкості перебігу перитоніту при 6 балах тяжкості загального стану. Такі дані вказують на сприятливий перебіг перитоніту при проривній виразці в перші 7 год з моменту захворювання. Однак зустрічаються поодинокі випадки, коли вже через 5 год після перфорації розвивається III-Б ступінь тяжкості перебігу перитоніту.

Причини несвоєчасної діагностики проривної виразки пов'язані з недостатнім використанням методів дослідження: ультразвукового, фіброгастроудоденоскопії, поєднання ендоскопічного дослідження з пневмогастрографією, відеолапароскопією, цитологічним, біохімічним дослідженням вмісту черевної порожнини, які необхідно використовувати в сумнівних випадках [1, 2].

У 100 хворих на гострий калькульозний холецистит під час виконання оперативного втручання – холецистектомії – визначався жовчний перитоніт. З них у 20 випадках спостережень клініка відповідала II ступеню тяжкості перебігу перитоніту, у 26 – III-А, у 9 – III-Б, у одного – IV, у 44 хворих визначався приміхуровий інфільтрат. Усі хворі були прооперовані на 3-10 добу з часу поступлення в

клініку. Зрозуміло, що більшість з них (70%) зверталась за медичною допомогою не в першу добу захворювання, але затримка хірургічного втручання призвела до погіршення перебігу захворювання внаслідок появи ускладнень. У цій групі померло 4 хворих на гострий флегмонозний холецистит, ускладнений перитонітом III-Б ступеня тяжкості перебігу перитоніту при 15-16 балах тяжкості загального стану, які були прооперовані через 3-6 днів після поступлення в стаціонар. В даний час, коли доведена неефективність консервативної терапії при гострому калькульозному холециститі (прогресування деструкції жовчного міхура, утворення приміхурового інфільтрату, поява в черевній порожнині жовчного вмісту) зволікання з оперативним втручанням є тактичною помилкою. Тому у хворих на гострий калькульозний холецистит консервативна терапія (крім хворих з тяжкою супутньою патологією) має бути передопераційною підготовкою [3, 7].

У хворих на гострий апендицит, оперованих через 2-7 днів після поступлення в клініку, визначалися III-А – III-Б ступені тяжкості перебігу перитоніту з 11-14 балами тяжкості загального стану. Післяопераційний період складав у цій групі 20-37 ліжко-днів. Несвоєчасне оперативне втручання при тяжкому загальному стані хворих призводить до погіршення стану хворих, що підтверджується показниками бальної системи оцінки загального стану, і, як наслідок, потребує інтенсивної терапії впродовж наступного лікування.

2. Нераціональність лікування в основному проявлялась в тому, що у хворих III-А ступеня тяжкості перебігу перитоніту був продовжений ліжко-день. При III-Б ступені тяжкості перебігу перитоніту не використано всього арсеналу лікувальних заходів: повторної запрограмованої лапароскопії, динамічної лапароскопії для санації і спостереження за перебігом перитоніту, зменшення "транслокації" мікрофлори кишечника, використання аферентних методів детоксикації. Мали місце також недоліки в проведенні оперативного втручання: неповна ліквідація джерела перитоніту, недостатня санація очеревинної порожнини.

3. На необхідність детальної оцінки тяжкості загального стану з метою його лікування вказують наступні приклади: четверо хворих (вік

60-73 роки) на гострий калькульозний холецистит (2 – флегмонозний, 2 – гангренозний), ускладнений перитонітом II ступеня тяжкості його перебігу при 12-14 балах тяжкості загального стану, які були прооперовані на 2-3 добу після поступлення в клініку, померли від супутньої патології. Троє хворих на гострий апендицит з перитонітом III-A ступеня при 12-13 балах тяжкості загального стану знаходились в стаціонарі після операції 21-24 доби в зв'язку з корекцією тяжкості загального стану. Немаловажне значення тут відіграє супутня патологія, яка провокує певні органи і системи та імунний захист. Так, при вивченні титру специфічних антитіл проти хірургічної мікрофлори у хворих на перитоніт на фоні ішемічної хвороби серця відмічено зниження їх показників, порівняно з такими без ішемічної хвороби серця.

4. Труднощі виникають також у ранній діагностиці післяопераційного перитоніту в хворих, які оперовані з приводу гострого хірургічного захворювання, ускладненого перитонітом (з 38 хворих померло - 15). Це може бути обумовлено клінікою перитоніту, який триває, або післяопераційними ускладненнями внаслідок неспроможності швів порожнистих органів, анастомозів, утворення нориць жовчних позапечічкових шляхів, дефектів оперативних втручань. Тут необхідна, поряд з застосуванням ультразвукової діагностики, лапароскопії, прискіплива інтерпретація показників лабораторних досліджень, критеріїв бальної системи оцінки тяжкості загального стану таких хворих.

При обстеженні хворих на гостру хірургічну патологію проводиться ціла низка лабораторних досліджень. У повсякденній ургентній хірургічній практиці користуються також показниками білої крові. Аналіз їх часом буває хибним. Покращання деяких показників не завжди вказує на видужання. Внаслідок впливу перитоніту на організм хворого можуть виникнути порушення, коли для видужання його потрібний інший гомеостаз. В разі досягнення цієї мети в організмі хворого створюються умови для сприятливого перебігу патологічного процесу. Зрозуміло, що показники діяльності функціональних систем та стану внутрішніх середовищ, які задіяні в даному процесі, будуть відмінні від таких у здорової людини. Тут створюється

певна ситуація, яку можна назвати "норма для патології". Така норма має відповідні межі для кожного показника, при виході за які необхідно проводити корекцію [5]. Так, знаючи які показники клініко-лабораторних досліджень, в тому числі кількість лейкоцитів, лейкоцитарна формула, повинні мати місце на кожному етапі до- і післяопераційного періоду при сприятливому перебігу захворювання, можна, в певній мірі, визначити в конкретного хворого ступінь тяжкості перебігу перитоніту, прогнозувати його ускладнення та недоліки лікування. Інтерпретуючи показники в процесі лікування перитоніту, слід мати на увазі і те, що антибіотикотерапія, а також інші фактори (наприклад, грип) негативно впливають на імунний захист. Так, титр специфічних антитіл проти хірургічної інфекції, як показали наші дослідження, будучи найбільш високим в зимовий період, різко знижується при запаленні очеревини, внаслідок чого летальність підвищується [9]. Такі дані необхідно враховувати і проводити відповідну корекцію вторинного імунодефіциту.

Результатом недостатньої профілактики післяопераційних ускладнень вважають пневмонію та тромбоемболію легеневої артерії. Діагноз пневмонії рідко встановлюється як при патологоанатомічному розтині, так і в процесі лікування хворих на перитоніт. Але наші цілеспрямовані дослідження показали, що діагноз пневмонії в післяопераційному періоді зустрічається у 42% хворих на перитоніт. Частіше (65%) вона виникає в нижніх відділах легень. За даними спірометрії, при гострій хірургічній патології діафрагмальне дихання знижується на 10-20%, після проведення оперативного втручання ще на 10-20%, грудне на 5-15%. Відновлюється ж воно через 7-10 днів після операції. Проведені дослідження вказують на необхідність профілактики пневмонії як під час проведення інтубаційного наркозу і оперативного втручання, так і в післяопераційному періоді. Сюди входить застосування фізичних, інгаляційних методів, ліквідація метеоризму, дозована гіпервентиляція легень з акцентом на діафрагмальне дихання.

Тромбоемболії ж легеневої артерії (4 хворих) були наслідком недооцінки порушень згортальної системи крові у цієї категорії хворих, особливо старшого віку.

Висновки. 1. Найбільш частими помилками, які зустрічаються в лікуванні хворих на перитоніт, є несвоєчасні діагностика та хірургічне лікування перитоніту, помилки в тактиці лікування, несвоєчасна діагностика післяопераційного перитоніту, недостатня профілактика післяопераційних ускладнень, недостатнє лікування тяжкості загального стану хворих.

2. Для діагностики перитоніту, особливо в

сумнівних випадках і ранньому періоді його розвитку, необхідно використовувати максимальний арсенал лікувально-діагностичних заходів.

3. У лікуванні хворих на перитоніт поряд з визначенням ступеня тяжкості перебігу перитоніту необхідно враховувати динаміку показників загального стану хворих з метою своєчасної їх корекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белов С.Г., Тамм Т.І., Крамаренко К.А. Стандарти діагностики і лікування перфоративної виразки // Шпитальна хірургія. – 2004. – №4. – С.149-151.
2. Бойко В.В., Климова Е.М., Сытник А.Л. Диагностические и лечебные аспекты перфоративной гастродуоденальной язвы // Харківська хірургічна школа. – 2003. – №1. – С. 35-37.
3. Вардинець І.С., Кіт О.М., Герасимчук Ю.М. Діагностика та хірургічне лікування гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку // Шпитальна хірургія. – 2004. – №4. – С.71-73.
4. Гнойный перитонит (Патофизиология и лечение) / Под ред. А.Я. Цыганенко. – Харьков: Контраст, 2002. – 280 с.
5. Мильков Б.О. Понятие нормы для патологического состояния // Клін. хірургія. – 1993. – №3. – С. 51-52.
6. Мильков Б.О., Дейбук Г.Д., Шамрей Г.П. Классификация гнойных форм перитонита // Клин. хирургия. – 1991. – № 4. – С. 57-60.

7. Мильков Б.О., Кухарчук О.Л., Бочаров А.В., Білокий В.В. Перитоніт як ускладнення гострого холециститу. – Чернівці, 2000. – 174 с.
8. Мильков Б.О., Білокий В.В., Польовий В.П., Гресько М.М. Оцінка тяжкості стану хворого та перебігу перитоніту // Бук. мед. вісник. – 2002. – №1-2. – С.34-37.
9. Мильков Б.О., Польовий В.П., Гресько М.М. Деякі актуальні питання оцінки тяжкості стану хворих при проривних гастродуоденальних виразках // Харківська хірургічна школа. – 2003. – №1. – С.48-50.
10. Острый гнойный перитонит // Спиженко Ю.П., Мильков Б.О., Лагуда А.Е. и др. – Харьков: Прапор, 1997. – 190 с.
11. Федоров В.Д., Гостищев 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.