

УДК 617.55 – 083.98

Нові методи ранньої діагностики гострих хірургічних захворювань у пацієнтів із супровідною патологією

Ф.В. ГРИНЧУК

Буковинська державна медична академія

NEW METHODS OF DIAGNOSTICS OF ACUTE SURGICAL DISEASES AT PATIENTS WITH ACCOMPANYING PATHOLOGY

F.V. GRYNCHUK

Bucovinian State Medical Academy

Проведений аналіз результатів застосування поширених методів діагностики (загального аналізу крові, біохімічного аналізу крові, оглядової рентгенографії, фіброгастроуденоскопії, відеолапароскопії) у 143 хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини. Встановлено, що їх вірогідність складас не більше 70 % і знижується до 50 % у пацієнтів із супровідною патологією. Показана висока інформативність розробленого діагностичного комплексу, який включає оригінальні методи визначення оптичних властивостей плазми венозної крові.

The analysis of results of application of the widespread diagnostic methods of (whole blood count, blood biochemical analysis, ultrasound tomography, X-ray film, fibrogastroduodenoscopy, videolaparoscopy) in 143 patients with acute surgical diseases of bodies of abdominal cavity was made. It has been established, that their reliability as a whole was not more than 70 % and lowered up to 50 % in patients with accompanying pathology. High informativeness of the proposed diagnostic complex which includes original methods of definition of optical properties of venous blood plasma has been shown.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. За останні роки в практику широко впроваджені нові методи лабораторної та інструментальної діагностики, серед яких визначення рівня цитокінів, комп'ютерна та магнітнорезонансна томографія, відеолапароскопія тощо [1,4,7]. Однак, питання ранньої діагностики гострих хірургічних захворювань (ГХЗ) залишається [3,10,6] актуальним. Особливого значення воно набуває у пацієнтів із супровідною патологією (СП), у яких клінічні прояви ГХЗ суттєво змінюються [5,9,10]. Це є основною причиною діагностичних і тактичних помилок [2,8]. Враховуючи високу частоту захворюваності на ГХЗ, актуальними є дослідження, спрямовані на розробку нових, високоінформативних методів їх діагностики.

Матеріал і методи. Клінічний матеріал склали 143 хворих із ГХЗ віком від 17 до 81 р., серед них було хворих на апендицит (ГА) – 39 пацієнтів, холецистит – 45 (ГХ), панкреатит (ГП) – 22, перфоративну виразку (ПВ) – 14, кишкову непрохідність

(ГКН) – 12, защемлену грижу (ЗГ) – 11 пацієнтів. Чоловіків було 68 (47,55 %), жінок – 75 (52,45 %). У 88 (61,54 %) пацієнтів діагностовано супровідні захворювання: ішемічна хвороба серця – 23, хронічні анемії – 7, ревматоїдний поліартрит – 3, запальні захворювання матки та придатків – 7, гіперплазія простати – 9, цукровий діабет – 8, туберкульоз – 3, неспецифічні бронхолегеневі запальні захворювання – 5, хронічний пієлонефрит – 4, нейроциркуляторна дистонія – 3, церебральний атеросклероз – 3, хронічний гепатит – 3, інші – 13. У 34 пацієнтів діагностовано 2 і більше супровідних захворювання.

При госпіталізації виконували комплекс досліджень, який включав загальний аналіз крові (ЗАК), біохімічний аналіз крові та коагулограму, за показаннями – визначення амілази крові та сечі, проведення оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, ультразвукового сканування (УЗС), фіброгастроуденоскопії (ФГДС), відеолапароскопії (ВЛС) [5].

Паралельно застосовані оригінальні методи діагностики запально-деструктивних захворювань у

черевній порожнині шляхом визначення оптичної густини (позитивне рішення про видачу патента по заявці № 2003077018 від 25.07.2003) та спектрів люмінесценції (позитивне рішення про видачу патента по заявці № 2003077019 від 25.07.2003) плазми крові, забраної з периферійної вени.

Результати досліджень та їх обговорення.

При аналізі клінічних проявів виявлено, що типова клінічна картина мала місце у 77 % хворих на ГА, 87 % хворих на ГХ, 82 % хворих на ПВ, 62 % хворих на ГП, 74 % хворих на ГКН і у 95 % хворих на ЗГ. Характерно, що стерта, атипова клінічна симптоматика спостерігалась у більшості пацієнтів із супроводною патологією.

Лейкоцитоз із зсувом формули вліво спостерігався тільки у 27 (69,23 %) хворих на ГА. При цьому показники були інформативними лише у 67 % пацієнтів із СП. Подібні тенденції мали місце у пацієнтів із ПВ. При ГХ загальний аналіз крові виявився діагностично значимим, в цілому, лише у 28 (62,22 %) хворих та у 51 % пацієнтів із СП. У хворих на ЗГ та ГКН зміни аналізу мали місце лише при явищах перитоніту. При гострому панкреатиті ЗАК був інформативним лише у хворих із клінікою деструктивного процесу, рівень амілази змінювався тільки у 61 % хворих.

Зростання вмісту сечовини, креатиніну, зменшення кількості загального білка спостерігались, переважно, у хворих із явищами перитоніту та при ГКН. При наявності СП такі зміни були більш вираженими.

У всіх хворих на ГХ і ГП застосовано УЗС, при цьому лише у 63 % випадків отримана достовірна інформація про стан жовчного міхура, підшлункової залози і навколишніх тканин.

При проведенні оглядової рентгенографії органів черевної порожнини вільний газ виявлявся у половині пацієнтів із ПВ, що потребувало контрастного підсилення або виконання ФГДС. Однак навіть ці заходи дозволили встановити діагноз лише у частині випадків. Типова рентгенологічна картина мала місце у 60 % хворих на ГКН.

Відеолапароскопія проведена у 2-х пацієнтів із ГА, 3-х – із ПВ, 3-х – із ГХ, 4-х – із ГП та у 2-х – із ГКН, де клінічні прояви та дані неінвазивних методів обстеження не дозволяли вірогідно виключити наявність деструктивного процесу в черевній порожнині, а виконання первинної лапаротомії було небажаним внаслідок наявності СП. Даний метод дозволив встановити діагноз лише у 9 (75 %) пацієнтів, що було зумовлено наявністю технічних перешкод у решти.

Таким чином, інформативність поширеного комплексу досліджень при ГХЗ складає, в цілому, не

більше 70 % та значно знижується у хворих із СП. Найбільш інформативним методом обстеження виявилась ВЛС, однак її широке застосування унеможливується внаслідок інвазивності методу та численних протипоказань до застосування.

Клінічні діагнози ретроспективно зіставлені з даними, отриманими за розробленими методами діагностики. Виявлено, що при катаральному ГА величина оптичної густини плазми практично не відрізнялась від нормальної ($0,509 \pm 0,026$). При деструктивних формах апендициту показник вірогідно переважав ($0,620 \pm 0,011$; $p < 0,001$).

Подібні зміни виявлені у хворих на ГХ ($0,673 \pm 0,023$; $p < 0,001$). Характерно, що при катаральному холециститі показники також не перевищували нормальні ($0,479 \pm 0,017$).

Аналіз змін показників у хворих на ГКН та ЗГ засвідчив, що при збереженій життєздатності ураженої ділянки кишки оптична густина плазми суттєво не змінювалась ($0,491 \pm 0,025$). У пацієнтів із некрозом кишки параметри були суттєво змінені ($0,644 \pm 0,051$; $p < 0,05$).

Аналогічні зміни виявлені і у пацієнтів із ГП ($0,638 \pm 0,037$; $p < 0,05$). Разом з тим, у хворих, які поступали з підозрою на панкреатит, але після обстеження останній був виключений, параметри оптичної густини не відрізнялись від контрольних ($0,533 \pm 0,009$).

Перфорації виразок супроводжувались збільшення оптичної густини плазми ($0,645 \pm 0,015$), чого не було при виразкових кровотечах ($0,529 \pm 0,012$; $p < 0,001$).

Порівняльне дослідження спектрів люмінесценції у хворих на ГА виявило, що при деструктивних формах максимум фотолюмінесценції мав місце на довжині хвилі $\lambda = 472,025 \pm 0,171$ нм, а при катаральних – на $\lambda = 476,074 \pm 0,089$ нм ($p < 0,005$).

Подібні зміни виявлені у хворих на ГХ, де при деструктивних його формах максимум спостерігався при $\lambda = 470,127 \pm 0,028$ нм, а при катаральних – на $\lambda = 475,105 \pm 0,250$ нм ($p < 0,001$).

У пацієнтів із ГКН та ЗГ із некрозом кишки показник склав $\lambda = 468,116 \pm 1,134$ нм, в той час, як при відсутності некрозу значення були в межах $\lambda = 475,092 \pm 1,056$ нм ($p < 0,001$).

Аналогічні зміни виявлені і у пацієнтів із ГП, де максимум фотолюмінесценції спостерігався на $\lambda = 471,122 \pm 1,106$ нм та у хворих на ПВ ($\lambda = 469,192 \pm 2,257$ нм).

Таким чином, розроблені нами методи діагностики запально-деструктивних захворювань органів черевної порожнини є високо вірогідними. Застосування їх у комплексі обстежень у хворих на ГХЗ органів черевної порожнини дозволяє значно збіль-

шити його інформативність, що особливого значення набуває у хворих із супровідною патологією. Це дозволяє рекомендувати його до подальшого застосування у клінічній практиці.

Висновки. 1. Інформативність поширеного комплексу обстежень хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини не більша 70 % і знижується майже до 50 % у пацієнтів із супровідною патологією, що не задовольняє практичних потреб.

2. Розроблені методи діагностики запально-деструктивних захворювань у черевній порожнині, які

базуються на визначенні оптичної густини та інтенсивності фотолюмінесценції плазми венозної крові, є специфічними та високоінформативними.

3. Застосування їх у комплексі обстежень у хворих на гостру хірургічну абдомінальну патологію дозволяє досягти майже 100 % інформативності, що особливого значення набуває при наявності у них супровідної патології.

4. Перспективним є подальше впровадження розроблених методів та вивчення їх інформативності для прогнозування та діагностики післяопераційних септичних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е., Мендель Н.А., Бучнев В.И. и др. Нужна ли в хирургии единая лечебно – диагностическая доктрина // *Хірургія України*. – 2003. – № 4(8). – С. 3-12.
2. Бобров О.Е., Ткаченко О.О., Семенюк Ю.С., Мендель М.А. Панкреатологія на роздоріжжі // *Шпитальна хірургія*. – 2002. – №1. – С. 123-131.
3. Бойко В.В., Криворучко И.А., Голобородько Н.К., Сейдаметов Р.Р. Хирургический подход к лечению внутрибрюшных послеоперационных осложнений // *Кліні. хірургія*. – 2003. – № 4-5. – С. 10-11.
4. Гончар М.Т., Кучірка Я.М., Дмитрів Л.І., Решетило В.А. Невідкладна діагностика та вибір тактики лікування гострого панкреатиту // *Кліні. хірургія*. – 2003. – № 11. – С. 45-46.
5. Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини / І.Ю. Полянський, Б.О. Мільков, Ф.В. Гринчук та ін./ Під ред. І.Ю. Полянського. – Чернівці, 1999. – 208 с.
6. Коротков Н.И., Кукушкин А.В. Диагностика и лечение отграниченных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства под контролем ультразвукового сканирования и рентгеновской компьютерной томографии // *Эндоскоп. хирургия*. – 2002. – № 3. – С. 23-24.
7. Ничитайло М.Ю., Капшигар О.В. Лапароскопія у диференціальній діагностиці гострого апендициту та гострих запальних гінекологічних захворювань // *Шпитальна хірургія*. – 2003. – № 3. – С. 18-21.
8. Павловський М.П., Шахова Т.І., Вишневський В.І. та ін. Особливості перебігу, діагностики і лікування післяопераційного перитоніту // *Гал. лікар. вісник*. – 2002. – № 3. – С. 216-218.
9. Полянський І.Ю. Поєднана гостра хірургічна патологія як проблема сучасної хірургії // *Бух. мед. вісник*. – 1999. – Т. 3, № 3-4. – С. 67-72.
10. Pomata M., Vargiu N., Martinasco L., Licheri S. Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse peritonitis // *G. Chir.* – 2002. – Vol.23, № 5. – P. 193-198.