

ности при остром аппендиците // *Клин. хирургия*. - 1977. - № 1. - С. 1-8. 8. *Мешишен І.Ф.* Метод визначення окислювальної модифікації білків плазми крові // *Бук. мед. вісник*. -1998. -Т. 2, №1. - С. 156-158. 9. *Острый перитонит* / А.А. Шалимов, В.И. Шапошников, М.П. Пинчук - К.: Наукова думка, 1981. - 288 с. 10. *Попов В. А.* Перитонит.- Л.: Медицина, 1985.-231 с. 11. *Яковлев В.И.* Применение ципрофлоксацина при лечении и профилактике хирургической инфекции // *Антибиотики и химиотерапия*. - 1999. - Т. 44, №7.-С. 38-44. 12. *Glauber M. P., Zannett G., Baumgartner J. D., Cohen J.* Septic shock pathogenesis // *Lancet*.-1991.- Vol.338.- P. 732-736.

THE USE OF PHYSICAL FACTORS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCAL PERITONITIS

O.V.Alekseenko, A.H.Iftodiy, V.P.Poliiovyy, O.V.Bilyk, V.I.Hrebeniuk, V.B.Reva, A.O.Luste, S.P.Poliiova, S.O.Borovkova

Abstract. Ways of improving remedial measures have been studied in patients with acute purulent local peritonitis according to the blood toxicity parameters (lipid peroxidation, oxidative protein modification, molecules of medium mass, antioxidant protection, blood serum electroconduction and paramecium test). It has been established that the addition to the complex of conventional treatment of adequate drainage of the abdominal cavity, using a sorbent, ciprofloxacin antibiotic therapy, antioxidant therapy and interstitial electrophoresis prevents purulent complications during the postoperative period.

Key words: local peritonitis, ciprofloxacin, antioxidant enzymes, sorbent, interstitial electrophoresis, complications.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 6.02.2002 року

УДК: 616: 381-002-07

Б.О.Мільков, В.В.Білоокій, В.П.Польовий, М.М.Гресько

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРОГО ТА ПЕРЕБІГУ ПЕРИТОНІТУ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. - проф. І.Ю.Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Розроблені оціночні критерії тяжкості загального стану хворих з гострою хірургічною патологією, ускладненою перитонітом, дана характеристика існуючих методів діагностики ендотоксикозу, встановлені фактори, які впливають на перебіг перитоніту.

Ключові слова: перитоніт, ендотоксикоз.

Вступ. Для характеристики гострого перитоніту користуються відомими класифікаціями В.Д.Федорова [10], Б.Д.Савчука [7], В.К.Гостищева и соавт. [11], які побудовані на стадійності, розповсюдженості запального процесу та характеру ексудату. Однак вони не враховують загального стану хворого та фактори, які можуть впливати на перебіг і стан хворого, не дають конкретної оцінки тяжкості перебігу перитоніту. А.А.Шалимов и соавт. [12] визначають ступені тяжкості стану хворих за даними гемодинамічних та лабораторних показників. В.А.Попов [5] визнає фази компенсації і декомпенсації загального стану та функціональних систем. Водночас окремо взяті показники не дають достатньої інформації.

Останнім часом широкого використання набули оціночні критерії тяжкості стану хворого: АРАСНЕ-І; ІІ; SAPS-ІІ, індекс Мангейма перитоніту (ІМП), які базуються як на відповідній реакції організму на запалення, так і на спеціальних лабораторних дослідженнях, інколи довготривалих, із застосуванням складної апаратури. У практичній діяльності хірурга вирішальне значення має термінова оцінка тяжкості стану хворого з гострою хірургічною патологією, ускладненою перитонітом як при поступленні хворого, так і протягом перебігу захворювання.

© Б.О.Мільков, В.В.Білоокій, В.П.Польовий, М.М.Гресько, 2002

Мета дослідження. Розробити критерії тяжкості загального стану хворого на перитоніт та прогнозу перебігу патологічного процесу.

Матеріал і методи. Проведений аналіз клініко-лабораторних показників у 205 хворих, госпіталізованих з гострою хірургічною патологією, ускладненою перитонітом, яким у подальшому виконано оперативне втручання. Вік хворих - від 16 до 83 років. За етіологією виділяли: апендикулярний перитоніт - 121 випадок, травматичний з розривом органа та перфоративний - 29, жовчний - 16, акушерсько-гінекологічний - 24, післяопераційний - 15 випадків. У післяопераційному періоді помер 21 хворий.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі даних клінічного матеріалу вибрані найбільш інформативні параметри з урахуванням оціночних систем [11,13,14,16], адаптовані до наших умов, на базі яких побудована схема оцінки тяжкості стану хворого, яку можна застосувати при поступленні хворого на перитоніт у стаціонар цілодобово (табл.).

Таблиця

Оцінка тяжкості стану хворого на перитоніт

	Показники	Бали
1.	Вік хворого: 50-60 р.	1
	60-70 р.	2
	більше 70 р.	3
2.	Термін захворювання: більше 1 доби	1
3.	Сухий язик	1
4.	Середній АТ (мм рт.ст): < 90	1
5.	Частота серц. скорочень: 100-120 за 1 хв.	1
	більше 120 за 1 хв.	2
6.	Кількість лейкоцитів ($\times 10^9/\text{л}$): 7-9	1
	10-12	2
	13 і більше	3
	8-5 при зсуві лейкоц. формули вліво	4
	менше 5 при зсуві лейкоц. формули вліво	5
7.	Паличкоядерні нейтрофіли (%): 7-9	1
	10-13	2
	14-20	3
	більше 20	4
8.	Сегментоядерні нейтрофіли (%): 60-65	1
	більше 65	2
	менше 60	4
9.	Органна: а) дисфункція	1
	б) недостатність	3

При сумі балів до 8 - стан хворого задовільний, 8-10 - середньої тяжкості і більше 10 - важкий.

Визначення тяжкості стану хворого на перитоніт дозволяє розпочати відповідне лікування, починаючи з доопераційного періоду.

Водночас необхідно мати інформацію і про тяжкість перебігу самого перитоніту, враховуючи зміни органа - джерела перитоніту, характеру внутрішньоочеревинного випоту, його розповсюдженості та вираженості ендотоксикозу, що впливає на тактику хірургічного втручання, санації, дренивання та післяопераційного ведення хворого.

Найбільшого поширення дістала оцінка ендотоксикозу за показниками лейкограми периферичної крові та математичними формулами, що базуються на ній. Серед них найбільш поширеним є визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) за Я.Я.Кальф-Каліфом [3]. Аналіз лейкограми та ЛІІ у 120 хворих на апендикулярний перитоніт свідчить, що у більшості відмічався лейкоцитоз, зсув нейтрофілів вліво, збільшення ЛІІ. Однак, у певного відсотка хворих показники білої крові, ЛІІ не завжди адекватні ендотоксикозу при перитоніті. Так, у хворих на розлитий перитоніт кількість лейкоцитів до $8 \cdot 10^9/\text{л}$ була у 32%, ЛІІ до 1,0 - у 27,1%. Враховуючи, що методи оцінки синдрому інтоксикації, в основному, базуються на відповіді організму на патологічний фактор, а ця реакція не завжди буває адекватною, особливо при тяжкому перитоніті, запропоновані різні тести. У більшості випадків вони є малопридатними через складність технічного виконання, значну

варіабельність, недостатню інформативність (можуть вказувати на наявність інтоксикації, але не її ступінь), потребують тривалого часу на їх проведення [2,4,6].

Вивчена нами реакція білої крові лабораторних мишей на внутрішньом'язове введення їм венозної крові хворих на перитоніт показала залежність кількості лейкоцитів у тварин від тяжкості інтоксикації [9]. Необхідність певних умов утримання біологічних об'єктів не дозволяє широко застосовувати цей метод для експрес-діагностики. Визначення показників питомої електропровідності сироватки венозної крові (ПЕСВК) [1, 8] дозволяє точніше оцінювати ступінь ендотоксикозу. При показниках її у нормі $1,52-1,60 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$ ($n = 40$), збільшення ендотоксикозу супроводжується зниженням ПЕСВК до $1,0 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$. На основі наведених даних за розповсюдженістю випоту в очеревинній порожнині, його характером та величиною ПЕСВК, нами проведений вибірковий аналіз цих показників і запропоновано розподіл хворих за ступенями тяжкості перебігу перитоніту :

I ступінь - легкий перебіг - місцевий серозний перитоніт, ПЕСВК - $1,44 \pm 0,04 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$;

II ступінь - перебіг середньої тяжкості - місцевий гнійний, жовчний, розповсюджений серозний перитоніт, ПЕСВК - $1,31 \pm 0,2 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$;

III-A ступінь - тяжкий перебіг - розповсюджений гнійний, жовчний, фібринозний, місцевий занедбаний гнійний перитоніт, ПЕСВК - $1,26 \pm 0,2 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$;

III-B ступінь - дуже тяжкий перебіг - розповсюджений (звичайно розлитий або загальний) гнійний або гнилісний, каловий перитоніт, ПЕСВК - $1,17 \pm 0,03 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$;

IV ступінь - термінальний стан - занедбаний гнилісний перитоніт, ПЕСВК - $1,08 \pm 0,04 \cdot 10^{-2} \text{ом}^{-1}/\text{см}^{-1}$.

Висновки.

1. Застосування оціночних критеріїв дозволяє визначити тяжкість загального стану хворого на перитоніт вже при поступленні його в стаціонар.

2. Ступінь тяжкості перитоніту вказує на розповсюдженість внутрішньоочеревинного випоту, його характер та ступінь вираженості ендотоксикозу.

Література. 1. Білокий В.В. Ендотоксикоз при гострій хірургічній патології і методи його діагностики. Автореф. дис... канд. мед. наук. - Дніпропетровськ, 1994. - 16 с. 2. Кирковський В.В. Детоксикаційна терапія при перитоніті. - Минск: Поліфакт-Альфа, 1997. - 200 с. 3. Лейкоцитарний індекс інтоксикації, іммунологічне порушення при разлитом гнійном перитоніті /И.Н.Большаков, Р.Е.Титовцев, Н.И.Камзалакова и др. - Клини. медицина, 1991. - Т. 69, № 6. - С. 60-61. 4. Острый гнійный перитонит /Ю.П.Сниженко, Б.О.Мильков, А.Е.Лагода и др. - Харьков: Прапор, 1997. - 190 с. 5. Попов В.А. Перитонит. - Л.: Медицина, 1985. - 232 с. 6. Руднов В.А. Сепсис. Эволюция представлений, необходимость унификации терминологии и критериев диагноза // Хирургия. - 2000. - № 4. - С. 36-40. 7. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. - М.: Медицина, 1979. - 192 с. 8. Способ диагностики эндогенной интоксикации. А.с. № 1388801. Б.О.Мильков, О.А.Смирский, И.Ф.Мещищен, С.Д.Федоряк. Открытия, изобретения. - 1988. - № 14. - С. 201. 9. Способ диагностики эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях. А.с. № 1153889. Б.О.Мильков, Ф.Г.Кулачек, С.Ф.Красенко, М.И.Пупарук, Н.А.Смирнова. Открытия, изобретения. - 1985. - № 17. - С. 12. 10. Федоров В.Д. Лечение перитонита. - М.: Медицина, 1974. - 230 с. 11. Федоров В.Д., Гостинцев В.К., Ермолов А.С., Богинская Т.П. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // Хирургия. - 2000. - № 4. - С. 58-62. 12. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пичук М.П. Острый перитонит. - К.: Наукова думка, 1981. - 287 с. 13. SAPSII - опыт применения для оценки тяжести состояния больных с септическим шоком / В.Н. Недашковский, М.Ю. Киров, Е.М. Егорина и др. // Вест. интенсивной терапии. - 1999. - №2. - С. 3-7. 14. Bone RC, Balk RA, Carr JF. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. // Crit Care Med. - 1992. - V. 20. - P. 864-874. 15. Castella X, Artigas A, Bion J, Kari A. A comparison of severity of illness scoring systems for intensive care unit patients: results of a multicenter, multinational study // Crit-Care-Med. - 1995 Aug. - 23 (8). - P. 1327-1335. 16. Moreno R, Miranda DR, Fidler V, Van-Schilfgaarde R. Evaluation of two outcome prediction models on an independent database // Crit-Care-Med. - 1998. - Jan: 26(1). - P. 1658-1662.

EVALUATION OF A PATIENT'S SEVERITY STATUS AND PERITONITIS COURSE

B.O.Milkov, V.V.Bilookyi, V.P.Poliivyi, M.M.Gresko

Abstract. The authors have elaborated assessment criteria of the severity of patients general state with acute surgical pathology, complicated by peritonitis. A characteristic of the existing methods of diagnosing endotoxemia has been presented and factors influencing the course of peritonitis have been established.

Key words: peritonitis, endotoxemia.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 8.02.2002 року