

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛАСИФІКАЦІЙ ПЕРИТОНІТУ

О.Б.Матвійчук

Кафедра хірургії ФПО (зав. – проф. О.Б.Матвійчук) Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Резюме. Аналіз результатів хірургічного лікування 513 хворих на гострий перитоніт виявив термінологічні розбіжності у застосуванні чинних класифікацій перитоніту. Наслідками відмінностей у тлумаченні поширеності перитоніту є зниження значення Мангеймського індексу перитоніту. Розбіжність у тлумаченні поширеності перитоніту та термінологічна неузгодженість є причинами хибного прогнозування перебігу та вислідів післяопераційного періоду.

Ключові слова: гострий перитоніт, класифікація, Мангеймський індекс перитоніту.

Гострий перитоніт (Пт) залишається невирішеною проблемою хірургії [1-3]. Протягом десятиріч проблема термінології та класифікації Пт перебуває в центрі дискусій на всіх наукових форумах [4-6]. На пострадянському просторі найбільшого визнання набула класифікація Ю.М.Лопухіна (1997), в якій Пт поділено на відмежований (абсцес або інфільтрат) та невідмежований (без чітких меж та тенденції до відмежування), а за поширеністю – на місцевий (одна анатомічна зона), поширений (2-5 анатомічних зон) і тотальний або загальний (6 і більше анатомічних зон). Ця ж класифікація містить такі характеристики перитонеального екссудату: серозний, фібринозний, гнійний та геморагічний. В.С.Савельєв і др. [7] модифікували цю класифікацію, звузивши поширеність процесу до місцевого (відмежований та невідмежований) і поширеного та уточнивши характер екссудату: серозно-фібринозний, фібринозно-гнійний, гнійний, каловий, жовчний, геморагічний та хімічний. У зарубіжній літературі частіше вживається класифікація Пт за Е.Д.Нінчеу et al. [8]: локалізований (1 квадрант) і дифузний (2 і більше квадрантів). Для прогнозування післяопераційного перебігу частіше використовують Мангеймський індекс Пт (МІП) [9]. Проте останній містить лише фактор дифузної поширеності Пт, а характер екссудату – мутно-гнійний або калово-гнійний. Термінологічні розбіжності класифікацій Пт та МІП є причиною некоректного зіставлення результатів лікування хворих.

Мета дослідження: порівняти клінічне значення існуючих класифікацій Пт для ефек-

тивності прогнозування перебігу післяопераційного періоду та диференційованого визначення лікувальної тактики.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 513 хворих (чоловіків – 50,6%) на гострий Пт за період 2007-2011 рр. Причинами Пт були: гострий деструкційний апендицит (63,7%), перфораційна гастродуоденальна виразка (12,8%), перфораційний рак товстої кишки (9,7%), травма живота з ушкодженням тонкої кишки (5,5%), защемлення грижі з некрозом кишки (5,1%) та перфораційний дивертикуліт товстої кишки (3,2%). Вік хворих становив 19-90 (47,5+22,7) років. Інтраопераційно Пт розцінено як тотальний в 47,1% хворих, місцевий невідмежований – 51,9%, відмежований – 48,1%. Гнійний перитонеальний екссудат виявлено у 60,3% випадків, гнійно-фібринозний – 24,5%, гнійно-каловий – 9,8%, жовчний – 3,1%, геморагічний – 2,3%. Антибактерійна терапія (АБТ) тривала 7-19 (9,8+4,1) діб. У 78,1% випадків використано комбінацію фторхінолону II-III покоління з нітроїмідазолом, у 12,5% – цефалоспорино III-IV покоління з нітроїмідазолом, у 9,4% – карбапенеми. Летальність становила 10,4%.

Результати дослідження. Аналіз протоколів хірургічних втручань виявив істотні розбіжності у трактуванні поширеності Пт. Так, "загальним" Пт кваліфіковано у 35,6% протоколів операцій та формулюванні діагнозів, "розлитим" – 30,1%, "поширеним" – 23,5%, "дифузним" – 10,8%. Значення МІП підраховано у 70,9% випадків. У 16,1% хворих при підра-

хунку МПП "загальний", "розлитий" і "поширений" було кваліфіковано як "дифузний". Проведено власний підрахунок значення МПП для кожного хворого. При підрахунку МПП із застосуванням класифікації E.J.Hinchey et al. [8] у 31,7% випадках встановлено зниження первинного показника (з III до II – у 35,1%, з II до I – у 42,7%). Значення МПП при використанні класифікації В.С.Савельєва и др. [7] також мали відхилення: з III до II – у 26,5%, з II до I – у 19,1%. Причинами виявлених відхилень були невідповідності описаних даних складовим МПП на ґрунті утрудненої оцінки поширеності Пт, а також суб'єктивізм тлумачення характеру ексудату. Зниження ступеня тяжкості за МПП може виявляти негативний вплив на визначення тактики інтенсивної терапії післяопераційного періоду. Так, при II і, особливо, III ступені тяжкості за МПП у клініці прийнято використовувати деескалаційну АБТ карбапенемами в комбінації з пробіотиками в умовах відділення інтенсивної терапії та анестезіології. Натомість при I ступені тяжкості за МПП консервативна терапія проводиться в умовах хірургічного відділення, АБТ має емпі-

ричний, з 3-ї доби – раціональний і при неефективності – ескалаційний характер. Отже, проведене дослідження виявило істотні термінологічні розбіжності у трактуванні хірургами поширеності Пт та застосуванні його класифікацій, що потенційно могло б негативно вплинути на тактику інтенсивної терапії, зокрема АБТ, частоту ускладнень та летальність. Вагомість коректного порівняння статистичних даних лікування хворих на Пт диктує необхідність уніфікації термінології та класифікації Пт в Україні та за її межами.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. Неоднорідність тлумачення поширеності Пт і термінологічна незгодженість є причинами хибного прогнозування перебігу та вислідів післяопераційного періоду. 2. Термінологія та класифікації Пт повинні бути уніфікованими на національному та міжнародному рівнях. 3. Тактика комплексного, зокрема протимікробного лікування, має бути диференційованою залежно від тяжкості стану хворого та прогнозу захворювання. 4. Перспективним видається розроблення кількісних характеристик розповсюдженості Пт та характеру ексудату.

Література

1. Гостищев В.К. Перитонит / Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко П.О. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с. 2. Распространённый гнойный перитонит / [Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н. и др.]. – Харьков: Прапор, 2008. – 280 с. 3. Ханевич М.Д. Перитонит: инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия / Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Староконь П.М. – М.: МедЭкспертПресс, 2004. – 205 с. 4. Оцінка тяжкості стану хірургічного хворого / [Сипливий В.О., Дронов О.І., Конь К.В., Свтушенко Д.В.]. – К.: Майстерня Книги, 2009. – 128 с. 5. Хирургический сепсис: современные подходы к оценке тяжести / В.А.Сипливый, С.В.Гринченко, А.В.Береснев [и др.] // Укр. ж. хірургії. – 2009. – № 1. – С. 121-124. 6. Definition and classification of peritonitis / G.Borgonovo, A.Amato, E.Varaldo [et al.] // *Medicine et Maladies Infectieuses*. – 1995. – Vol. 25, suppl. 5. – P. 7-12. 7. Савельев В.С. Перитонит: прак. рук. / Савельев В.С., Гельфанд В.С., Филимонова М.И. – М.: Лунтепра, 2006. – 208 с. 8. Hinchey E.J. Treatment of perforated diverticular disease of the colon / E.J.Hinchey, P.G.Schaal, G.K.Richards // *Adv. Surg.* – 1978. – Vol. 12. – P. 85-109. 9. Der Mannheim peritonitis-index. Ein instrument zur intraoperativen prognose der peritonitis / M.M.Linder, H.Wacha, U.Feldmann [et al.] // *Chirurg.* – 1987. – Vol. 58, № 2. – P. 84.-92.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИЙ ПЕРИТОНИТА

Резюме. Анализ результатов хирургического лечения 513 больных острым перитонитом выявил терминологические различия в использовании действующих классификаций перитонита. Следствием различий в трактовании распространённости перитонита есть снижение значения Мангеймского индекса перитонита. Различие в трактовании распространённости перитонита и терминологическая несогласованность являются причинами ложного прогнозирования протекания и последствий послеоперационного периода.

Ключевые слова: острый перитонит, классификация, Мангеймский индекс перитонита.

CLINICAL VALUE OF CLASSIFICATIONS OF PERITONITIS

Abstract. An analysis of the results of surgical treatment of 513 patients with acute peritonitis has revealed terminological discrepancies in the use of the existing classifications of peritonitis. The consequences of distinctions in interpreting the prevalence of peritonitis is a decrease of the value of the Manheim index of peritonitis. Differences of interpreting the prevalence of peritonitis and terminological noncoordination are the causes of a faulty prognosis of the course and consequences of the postoperative period.

Key words: acute peritonitis, classification, Manheim index of peritonitis.

Danylo Halyts'kyi National Medical University (L'viv)

Надійшла 28.04.2012 р.

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський (Чернівці)