

УДК 616.381-002-07

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИТОНИТА**В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, М.А. Топчиев,**

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»

Кчибеков Элдар Абдурагимович – e-mail: Eldar_76@inbox.ru

За последние десятилетия многие исследователи отмечают рост хирургических воспалительных заболеваний органов брюшной полости и частоты гнойных осложнений. Это вызывает большую тревогу и делает проблему лечения хирургической инфекции особенно актуальной, несмотря на несомненные успехи клинической медицины, вооруженной новыми перспективными технологиями. Факторами, определяющими злободневность проблемы, являются широкая распространенность гнойно-септических заболеваний, среди которых перитонит занимает до 25% от всех хирургических больных. Ошибки в диагностике, несвоевременная госпитализация, неоправданно длительное консервативное лечение, поздние операции, тактические ошибки по ходу операции и в послеоперационном периоде, нарушения иммунной системы, связанные с действием факторов хирургического стресса являются основными причинами развития гнойно-воспалительных осложнений, среди которых послеоперационный перитонит составляет 52,4–63,8% от общего числа осложнений. Диагностические трудности обусловлены скудностью клинических проявлений осложнений, что связано с применением мощных антибактериальных средств, анальгетиков и мероприятий, направленных на коррекцию всех нарушений гомеостаза. К числу иммунохимических тестов, отражающих воспалительные и острофазовые реакции, относят определение альфа₂-макроглобулина (МГ) в биологических жидкостях.

Ключевые слова: перитонит, белки острой фазы, альфа₂- макроглобулина (МГ).

Over the past decade, many researchers are seeing an increase in surgical inflammatory diseases of the abdominal cavity and the frequency of septic complications. This causes great anxiety and makes the issue of treatment of surgical infection is particularly relevant, despite the undoubted success of clinical medicine, armed with new promising technologies. Determinants of topical issues are the prevalence of septic disease, including peritonitis, takes up to 25% of all surgical patients. Errors in diagnosis, late hospitalization, unduly prolonged conservative treatment, recent surgery, tactical errors during the operation and postoperative period, immune system disorders associated with the effect of surgical stress factors. Are the main reasons for the development of inflammatory complications, including postoperative peritonitis составляет - 52,4-63,8% of the total number of complications. Diagnostic difficulties caused by the paucity of clinical signs of complications, which is associated with powerful antibacterial agents, analgesics, and measures aimed at correcting all violations of homeostasis. To number иммунохимических тестов, отражающих воспалительные и острофазовые реакции, относят определение альфа₂- макроглобулин (МГ) in biological liquids

Key words: a peritonitis, fibers of a sharp phase, alfa₂ - macroglobulin (MG).

Введение

Распространенность острых перитонитов остается высокой, не имея тенденции снижения, отмечается у 10–25 % экстренных хирургических больных и является самой частой причиной смерти пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости, составляя 15–62% летальности [1, 2, 3]. Полиморфизм клинической симптоматики, отсутствие четкой взаимосвязи клинических проявлений и глубины морфологических изменений, а также большое количество стертых и атипичных форм значительно затрудняют диагностику острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений. При тщательной оценке лабораторных показателей, используемых обычно в клинике, вероятность ошибочного диагноза достаточно высока. Диагностические ошибки в конечном итоге приводят к тактическим ошибкам в процессе лечения и несвоевременному выполнению лапаротомий, что является главной причиной их неблагоприятного исхода. Улучшение исходов после операций на органах брюшной полости многие авторы связывают с возможностью выявлять гнойно-деструктивные изменения на ранних стадиях их возникновения [3, 4, 5].

Клиническое изучение динамики БОФ у здоровых и больных с самой разнообразной патологией, в основе которой лежит воспалительный процесс, позволило различным исследователям сойтись во мнении, что оценка содержания БОФ в жидкостях организма позволяет строить достоверный прогноз течения заболевания, говорить о его тяжести и оценивать эффективность лечебных мероприятий [6, 7]. К числу иммунохимических тестов, отражающих воспалительные и острофазовые реакции, относят определение альфа₂-макроглобулина (МГ) в биологических жидкостях [8, 9, 10]. МГ-белковый ингибитор протеиназ является важнейшим фактором защиты соединительной ткани от деструктивного воздействия эндогенных протеиназ – эластазы и коллагеназы нейтрофилов. Повышение концентрации ингибитора протеиназ (МГ) при воспалительных процессах обеспечивает благоприятный исход, снижение содержания – проявление срыва компенсаторных и защитных механизмов.

Цель исследования: улучшение качества диагностики гнойно-деструктивного процесса и его распространенности в брюшной полости.

Задача исследования: изучить уровень альфа₂-макроглобулина (МГ) в сыворотке крови и экссудате перитонитом.

Материалы и методы

Исследования проведены у 168 больных перитонитом и 120 доноров. В сыворотке крови и перитонеальном экссудате больных до оперативного лечения или непосредственно в день операции и повторно через 1–3-, 5–7-, 9–13-е сутки после оперативного вмешательства методом радиальной иммунодиффузии (мг/л) исследовалась концентрация альфа₂-макроглобулина. Полученные результаты исследований обработаны с помощью пакета статистического анализа Statistica 6, SPSS V 10.0.5, программ «STATLAND», «EXCEL-97», «Basic Statistic».

Результаты и их обсуждение

Результаты иммунохимического тестирования МГ сопоставлены с данными общеклинического обследования и представлены в таблице.

Детальный анализ средних уровней МГ в сыворотках крови больных перитонитом во взаимосвязи со степенью

тяжести процесса выявляет четкие тенденции к снижению уровня МГ в сыворотке крови и экссудате с увеличением степени тяжести и характером перитонеального экссудата: чем тяжелее перитонит, тем больше депрессия биосинтеза МГ в биологических жидкостях. При этом средние концентрации МГ в перитонеальном экссудате достоверно в 2–4 раза ниже, чем в сыворотке. Из таблицы видно, что, независимо от степени тяжести перитонита, на 3-и сутки после лапаротомии наблюдается относительный подъем средних уровней МГ, который при тяжелых формах перитонита (ГП и ФП) сменяется на 5–7-е и 9–13-е сутки дальнейшей прогрессивной депрессией экспрессии МГ в экссудат.

ТАБЛИЦА.

Динамика БОФ в перитонеальном экссудате и сыворотке крови больных с перитонитом

БОФ	Срок после операции	Гнойный перитонит (ГП) (n=56)		Фибринозный перитонит (ФП) (n=65)		Серозный перитонит (СП) (n=47)		Доноры (n=120)
		экссудат	кровь	экссудат	кровь	экссудат	кровь	
МГ (мг/л)	До (во время) операции		462±125*		992±135	310±49**	931±90	1033±67
	1-3 сутки	190±40**	443±98*	240±15**	1044±139	360±92**	1245±149	
	5-7 сутки	240±69**	610±143*	320±29**	1156±162	–	1223±161	
	9-13 сутки	130±28**	735±233	290±30*	1225±176	–	1150±111	

Примечания: * - достоверные (начиная с $p<0,05$) различия с сывороточным уровнем в у доноров, ** - достоверные (начиная с $p<0,05$) различия с сывороточным уровнем в аналогичной группе больных.

Таким образом, при перитоните низкий уровень МГ в сыворотке крови (ниже 500 мг/л) и экссудате (ниже 300 мг/л) до операции и отсутствие повышения уровня МГ на 1–3-и сутки после операции с высокой степенью вероятности могут свидетельствовать о распространенном гнойном процессе в брюшной полости.

Закключение

Таким образом, обнаружение более низких концентраций МГ в перитонеальном экссудате создает предпосылку для разработки на основе этого диагностического биоматериала более простых, экономичных и высокочувствительных тестов для абдоминальной хирургии и позволяет объективно оценить характер воспалительного процесса. Использование теста на МГ в практике позволяет расширить методы дифференциальной диагностики, предотвратить развитие тяжелых осложнений и оптимизировать выбор лечебной программы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г., Мумров Е.А. Роль и место релапаротомии в лечении тяжелых форм распространенного перитонита. Харківська хірургічна школа. 2005. № 1 (15). С. 38–40.
2. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. и др. Программирование в оценке результатов лечения распространенного перитонита. «Хирургия 2004»: Материалы 5 Российского научного форума. Москва. 2004. С. 86–87.
3. Кушалаков А.М. Клинико-иммунохимическая диагностика и прогнозирование осложнений острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости: Автореф. дис... канд. мед. наук. Астрахань. 2004. 173 с.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /под редакцией Савельева В.С. Триада-X. 2004. 16 с.
5. Schoffel U., Zeller T., Lansen M. et al. Monitoring of the inflammatory response in early peritonitis. Am. J. Surg. 1989. Vol. 157. № 6. P. 576–572.
6. Григорьев Е.В., Чурляев Ю.А. и др. Лабораторные маркеры системного воспаления при перитоните. 8-й Всерос. съезд анестезиологов-реаниматологов «Перитонит, сепсис, антибиотики в интенсивной терапии».

7. Назаров П.Г. Реактанты острой фазы воспаления. С.-Пб.: Наука, 2001. 401 с.
8. Веремеенко К.Н., Семенюта О.С., Кизим А.И. и др. А 2-макроглобулин: структура, свойства и физиологическая роль. Укр. биохим. журн. 1983. Т. 55. № 2. С. 218-233.
9. Климова И.И., Чирикова Т.С., Кобышева Т.В., Зорина Р.М. Ингибиторы протеиназ (α -2-макроглобулин, α -1-антитрипсин) в крови жителей Горного Алтая при хронических тонзиллитах и риносинуситах. Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2004. Т. 3. № 1. С. 33–36.
10. Munck-Petersen C., Christiansen B., Heickendorff L., Ingerslev I. Synthesis and secretion of α 2-macroglobulin by human hepatocytes in culture. Eur. J. Clin. Invest. 1988. Vol. 18. P. 543-551.