

Э. А. Кчибеков

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Перитонит до настоящего времени остается одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии. Летальность, особенно при разлитых формах, достигает 60-90%. Она обусловлена прогрессирующей эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью, выраженность которой определяется как клиническими проявлениями, так и уровнем отдельных веществ в биосредах организма.

Известно, что возникновение любого острого воспалительного процесса сопровождается острофазным ответом организма. Амплитуда и характер ответа зависят от активности процесса.

Ключевые слова: перитонит, лактоферрин, ферритин.

E.A. Kchibekov

MODERN ASPECTS OF ESTIMATION OF SEVERITY LEVEL CONDITION OF PATIENTS WITH PERITONITIS

The peritonitis remains one of the most severe complications in abdominal surgery, it reaches 60-90% in the poured forms. It is caused by progressing intoxication and polyorganic insufficiency which expressiveness is defined by clinical manifestations and level of separate substances in bioenvironments of the organism.

It is known that appearance of any acute inflammatory process may be accompanied by sharp response of the organism. The amplitude and character of the response depend on the activity of the process.

Key words: peritonitis, lactoferrin, ferritin.

Лечение разлитого перитонита остается одной из нестареющих проблем хирургии и реаниматологии. Несмотря на постоянное усовершенствование техники оперативного вмешательства и методов интенсивной терапии, перитонит остается основной причиной летальных исходов у больных хирургического профиля. Зачастую неблагоприятный исход в лечении перитонита обусловлен неправильной оценкой тяжести заболевания и, соответственно, отсутствием опережающего темпа интенсивной терапии [4, 5]. Общая летальность даже в крупных, хорошо оснащенных клиниках при данной патологии не опускается ниже 24-35%; при развитии септического шока достигает 60-70%, а при присоединении полиорганной недостаточности (ПОН) – 80-90% [6, 7], еще выше показатель смертности при послеоперационном перитоните. При этом основной причиной смерти больных остается прогрессирующая полиорганная недостаточность. Трудности в лечении этого грозного заболевания в значительной степени зависят от процессов, происходящих в иммунной системе больного. Массивная антибактериальная терапия, тяжелая эндогенная интоксикация, полиорганная недостаточность, грубые метаболические сдвиги, применение (с лечебной целью) препаратов, обладающих иммунодепрессивным действием, способствуют развитию выраженных иммунных нарушений вторичного генеза в организме пациента. Известно, что возникновение любого острого воспалительного процесса сопровождается острофазным ответом организма. Амплитуда и характер ответа зависят от активности процесса [2, 10]. Показано, что острофазный ответ сопровождается увеличением содержания определенных групп белков крови (белки острой фазы – (БОФ)), концентрация которых изменяется в ответ на воспаление, травму и другие патологические воздействия. Углубленное изучение патогенеза перитонита требует поиска новых методов оценки изменения гомеостаза. Так в ответ на травму включаются физиологические репаративные механизмы, и активируется синтез ферритина и лактоферрина, обладающих противовоспалительными и защитными свойствами. Таким образом, уровень ферритина и лактоферрина отражает степень мобилизации внутриклеточных защитных белков, характеризуя деструктивные и репаративные процессы [1, 3, 8, 9].

Материалы и методы. Обследовано 62 больных с острым распространенным перитонитом в возрасте от 20 до 74 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Астрахани. Причинами перитонита являлись: острый деструктивный аппендицит, перфорация гастродуоденальных язв, кишечная непроходимость, перфорация стенки кишки инородными телами. Больные разделены на группы: больные с разлитым серозным перитонитом (РСП), разлитым серозно-фибринозным перитонитом (РСФП), разлитым фибринозно-гнойным перитонитом (РФГП), разлитым каловым перитонитом. Динамика перитонита оценивались на основании клинической симптоматики и объективных показателей эндогенной интоксикации. Комплекс клинических исследований включал: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы (остаточный азот и мочевины крови, аминотрансферазы, креатинин, щелочная фосфатаза, амилаза крови и мочи, водно-электролитный состав), определявшиеся по стандартным методикам.

В сыворотке крови больных при поступлении, непосредственно в день операции и повторно через 3-5-7 дней после оперативного вмешательства методом иммуноферментного анализа (ИФА) (нг/мл) исследовались концентрации ферритина (Ф) и лактоферрина (ЛФ).

Полученные результаты исследований обработаны с помощью пакета статистического анализа Statistica 6.0, SPSS V 10.0.5, программ «STATLAND», «EXCEL-97», «Basic Statistic» с учетом стандартных методик вариационной статистики, включая вычисление критерия t Стьюдента для оценки достоверности различий.

Результаты и обсуждение. Результаты иммунохимического тестирования (Ф) и (ЛФ) сопоставлены с данными общеклинического обследования и представлены в таблице 1.

Таблица 1

Концентрации (Ф) и (ЛФ) в сыворотке крови у больных перитонитом

Белок-реактант	Результаты определения БОФ при перитоните		
	РСП (n=24)	РСФП (n=21)	РФГП (n=13)
ИФА, нг/мл			
Ф	224±77,56	333±96,42	336±98,23
ЛФ	1672±236,47	1901±320,68	4370±225,84

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверно по сравнению с предыдущим измерением

В сыворотке крови и перитонеальном экссудате увеличение концентрации (Ф) и (ЛФ) коррелирует со степенью тяжести заболевания. При этом наиболее высокая концентрация белков отмечается при гнойных формах перитонита.

Современные стандарты лечения острого разлитого перитонита (ОРП) требуют определения эффективности терапии от момента поступления, и на этом основании выделения пациентов с прогрессирующим и регрессирующим ОРП. На наш взгляд, исследуемые нами БОФ могут служить показателями эффективности проводимой терапии больных ОРП. Увеличение этих показателей в 1,5-3 раза может явиться критерием слабой эффективности проводимой терапии.

Выводы:

1. Ф и ЛФ в биологических жидкостях является информативным белком воспаления у больных перитонитом.
2. Интенсивность нарастания уровня Ф и ЛФ в сыворотке крови и перитонеальном экссудате больных перитонитом свидетельствует о возникновении послеоперационных осложнений, может использоваться для прогнозирования эффективности лечения.
3. Таким образом, полученные предварительные результаты дают основание предполагать целесообразность применения теста на Ф и ЛФ в прогнозировании гнойных осложнений хирургических заболеваний органов брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. – М.: Медицина, 1991. – 496 с.
2. Алешкин В.А., Новикова Л.И., Лютов А.Г. Белки острой фазы и их клиническое значение // Клиническая медицина. – 1988. – Т. 66, № 8. – С. 39-48.
3. Альперин П.М., Митерев Ю.Г. К вопросу о классификации железодефицитных анемий // Гематология и трансфузиология. – 1983. – №. 9. – С. 11-14.
4. Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. – Мн.: Молодечно, 2001. – 265 с.
5. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестарющуюся проблему. Стратегия и тактика лечения // Вестник интенсивной терапии. – 1997. – № 1. – С. 10-16.
6. Илюкевич Г.В., Смирнова Л.А. Ферропротеины как маркеры системного воспалительного ответа при остром распространенном перитоните // Весці НАН Беларусі. Сер. мед.-біял. навук. – 2002. № 2. – С. 23-25.
7. Лаберко Л.А., Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. [и др.]. Индивидуальный прогноз тяжести течения послеоперационного периода и исхода распространенного перитонита // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 29-33.
8. Меркулов А.Г., Шевченко О.П. Количественное иммуноферментное определение лактоферрина в сыворотке и плазме крови // Вопр. мед. химии. – 1989. – № 6. – С. 125-128.
9. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
10. Назаров П.Г. Реактанты острой фазы воспаления. – СПб.: Наука, 2001. – 401 с.

Кчибеков Элдар Абдурагимович, докторант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru