



Б.І. Слонецький, М.В. Максименко, С.Г. Керашвілі, І.В. Вербицький

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ В ОЦІНЦІ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ПРИ РОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО Й СТАРЕЧОГО ВІКУ

Національна медична академія імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ключові слова: перитоніт, похилий вік, старечий вік, лейкоцитарні індекси.

Ключевые слова: перитонит, пожилой возраст, старческий возраст, лейкоцитарные индексы.

Key words: peritonitis, old-age and elderly patients, leucocyte indices.

Наведено окремі аспекти імунологічної реактивності 68 хворих похилого й старечого віку при розповсюдженому перитоніті, визначеної за допомогою різних лейкоцитарних індексів. Виявлено прогресуючу декомпенсацію відповіді кісткового мозку та дегенеративний тип загального аналізу крові в осіб похилого та старечого віку.

Отражены отдельные аспекты иммунологической реактивности 68 больных пожилого и старческого возраста при распространенном перитоните, определенной с помощью различных лейкоцитарных индексов. Выявлена прогрессирующая декомпенсация ответа костного мозга и дегенеративный тип общего анализа крови у пациентов пожилого и старческого возраста.

In this article particular aspects of immunological reactivity in 68 old-age and elderly patients were reflected, which was determined by leucocyte indices. Progressive decompensation of bone marrow answer was found as well as degenerative type of common blood analyze in old-age and elderly patients.

Перитоніт як прояв абдомінальної хірургічної інфекції ускладнює перебіг хірургічного захворювання і має високі показники летальності, не зважаючи на науково-технічний прогрес. Перебіг перитоніту в осіб похилого й старечого віку ускладнюється не тільки поліморбідністю фону, на якому виникає хірургічне захворювання, але й особливостями фізіологічних процесів старіючого організму [1].

В умовах хірургічного стаціонару дуже важливою є адекватна оцінка стану хворого з метою визначення оптимальної лікувальної тактики ведення хворого, для чого розроблено різноманітні шкали з досі дискусійною чутливістю та специфічністю ознак (APACHE, MPI, MODS, SOFA, SAPS). Актуальним є пошук оптимального діагностичного алгоритму з використанням уніфікованих стандартів доступних, високочутливих і специфічних діагностичних методів. У цьому аспекті в наукових колах обговорюється питання розширення діагностичних і предикторних можливостей розгорнутого аналізу крові у хворих з абдомінальною хірургічною інфекцією [2]. З одного боку, визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) є недорогим і доступним будь-якій регіональній лабораторії аналізом, що має високу діагностичну цінність при розповсюдженому перитоніті, з іншого, деякі дослідники повідомляють про недостатню чутливість і специфічність індексу у хворих з вторинним гнійним перитонітом, порівняно із системою MODS II (Multiple Organ Dysfunction Score) [3–5].

Нині розгорнутий аналіз крові дає можливість визначити наступні індекси: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс ядерного зсуву (ІЯЗ), лімфоцитарний індекс (ЛІ), а також індекс імунореактивності (ІІР), запропонований Д.О. Івановим і Н.П. Шабаловим [6,7].

МЕТА РОБОТИ

Визначити особливості перебігу гострого розповсюдженого перитоніту в осіб похилого й старечого віку за даними лейкоцитарних індексів.

ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження залучені 68 пацієнтів з розповсюдженим перитонітом, які проходили стаціонарне лікування у хірургічних відділеннях Київської міської лікарні швидкої медичної допомоги; вік хворих – від 30 до 89 років. Пацієнтів розподілили на групи за віком: першу склали 20 хворих віком 30–59 років, другу – 36 осіб віком 60–74 роки, третю – 12 хворих віком 75–89 років. Лейкоцитарні індекси визначали у 20 умовно здорових людей віком 30–50 років та 19 осіб віком 60–90 років, що дало змогу встановити нормативні величини для даної вікової категорії.

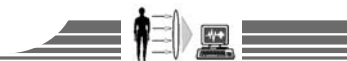
Всім пацієнтам проводили загальноклінічні, біохімічні й інструментальні дослідження, визначали й аналізували лейкоцитарні індекси: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за формулою Я.Я. Кальф-Каліфа (1941), індекс ядерного зсуву (ІЯЗ) за Г.А. Даштаянцом (1978), лімфоцитарний індекс (ЛІ), індекс імунореактивності (ІІР), користувались критеріями діагностики сепсису й класифікацією АССР/SCCM (1992) [2,3].

Діагноз перитоніту підтверджували інтраопераційно.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програм Microsoft Excell' 97, Statistica 7 (StatSoft).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Першу групу хворих склали 11 (55%) чоловіків і 9 (45%) жінок, другу – 19 (52,8%) чоловіків і 17 (47,2%) жінок; третю – 4 (33,3%) чоловіка і 8 (66,7%) жінок. Отже, у кожній віковій категорії існувала різниця кількості хворих за статтю з переважанням чоловіків у першій і другій групах, жінок – у третій. Значна кількість пацієнтів зверталась по медичну допомогу не в перші години захворювання: лише 10 (14,7%) осіб госпіталізовані в перші 6 год від початку захворювання, 18 (26,5%) – до 12 годин, у 25 (36,8%) пацієнтів минуло більше 24 годин, а у 15 (22,1%) – більше 48 годин від початку захворювання.



Лейкоцитарні індекси з урахуванням віку (групи хворих) і характеру ексудату

Лейкоцитарні індекси	Норма		Перша група, n=20		Друга група, n=36		Третя група, n=12	
	30–50 років	Старше 60 років	Серозно-фібринозний, n=11	Гнійний, n=9	Серозно-фібринозний, n=11	Гнійний, n=25	Серозно-фібринозний, n=3	Гнійний, n=9
ЛП	1,34±0,06	0,82±0,04	7,02±0,67	8,78±0,72**	5,89±0,65**	3,56±0,51*	2,43±0,33*	0,98±0,41 **
ІЯЗ	0,07±0,01	0,05±0,01	0,38±0,01	0,54±0,01**	0,82±0,02**	1,03±0,01*	1,08±0,01**	1,23±0,01 **
ЛІ	0,58±0,02	0,43±0,03	0,72±0,01	0,66±0,02 **	0,32±0,01**	0,29±0,01*	0,24±0,02**	0,15±0,01 **
ІІР	8,43±0,23	5,68±0,31	9,87±0,34	9,32±0,37 **	4,12±0,28**	3,88±0,19*	3,12±0,18**	2,99±0,19 **

Примітки: * – $p < 0,05$ достовірність різниці індексів між групами; ** – $p < 0,05$ достовірність різниці показників при різному характері ексудату.

Бал за модифікованою шкалою АРАСНЕ II у першій групі пацієнтів складав 16,7, другої – 29,2, в третій групі стан хворих найчастіше був критичним – бал складав 34,5. Слід зазначити, що кількість балів за шкалою АРАСНЕ II позитивно корелювала з термінами від початку захворювання і була максимальною у хворих з терміном госпіталізації більше 48 годин від початку захворювання ($r=0,56$, $p < 0,05$).

Результати аналізу особливостей перебігу розповсюдженого перитоніту виявили значні розбіжності в загальному аналізі крові, що показано у таблиці 1.

У всіх групах спостерігали статистично достовірні зміни лейкоцитарної формули, крім того мали місце відмінні значення показників лейкоцитарних індексів у пацієнтів з різним перебігом перитоніту. У хворих першої групи підвищувались значення ЛП, ІЯЗ, ЛІ, ІІР порівняно з показниками умовно здорових людей і пацієнтами другої та третьої груп. Такі зміни індексів вважають сприятливими, оскільки вказують на регенеративний тип реакції кісткового мозку та напруженість імунної відповіді.

У пацієнтів другої та третьої груп виявлено прогресуюче зниження ЛП та ІІР відносно вікових значень, на відміну від пацієнтів віком 30–50 років, причому критичні показники зазначених індексів мали місце у хворих третьої групи. ЛП та ІЯЗ, хоча й були підвищені у хворих другої та третьої груп, порівняно з віковими нормами, достовірно ($p < 0,05$) нижчі відповідних значень у хворих першої групи. Встановлено варіабельність значень індексів відносно різного типу ексудату з нижчими значеннями всіх індексів у пацієнтів з гнійним перитонітом. Слід зазначити, що лейкоцитарні індекси мали достовірно нижчі значення у хворих третьої групи порівняно з пацієнтами другої групи.

Проведений кореляційний аналіз показників ЛП, ІІР і балів шкали АРАСНЕ II виявив від'ємний зв'язок середньої сили між зазначеними показниками ($r=-0,67$, $p < 0,05$), що відповідає клінічній дійсності: чим менша імунологічна

реактивність і більш дегенеративні зміни в аналізі крові, тим тяжчий стан хворого.

ВИСНОВКИ

У пацієнтів похилого й старечого віку виявлено дегенеративний тип лейкоцитарної формули, що проявлялось несуттєвим підвищенням значень лейкоцитарного індексу інтоксикації, індексу ядерного зсуву та зниженням лімфоцитарного індексу й індексу імунореактивності. Такі зміни зумовлені віковою імуносупресією, що корелювало з тяжкістю загального стану хворих за шкалою АРАСНЕ II.

При гнійному перитоніті спостерігали більш зміни лейкоцитарних індексів у всіх хворих з тенденцією до нижчих значень, що підтверджує меншу напруженість імунної відповіді у пацієнтів з гнійним розповсюдженим перитонітом і може розцінюватись як прогностичний фактор розвитку сепсису.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кавин В.О. Ендогенна інтоксикація при гострому перитоніті та його лікування / В.О. Кавин, Ю.Л. Попович, Н.С. Ковальчук, В.М. Федорак // Шпитальна хірургія. – 2009. – №1. – С. 49–51.
2. Василюк М.Д. Ендотоксикоз у хворих з перитонітом і прогнозування його перебігу / М.Д. Василюк, В.О. Кавин // Галицький лікарський вісник. – 2004. – Т. 11, №4. – С. 104–107.
3. Гаин Ю.М. Способ оценки тяжести состояния больных, прогнозирования исхода и коррекции иммунных нарушений при абдоминальном сепсисе. Инструкция по применению / Ю.М. Гаин, В.Г. Богдан, С.А. Алексеев, С.В. Шахрай. – 2004. – 17 с.
4. Ерюхин И.А. Эндотоксикоз в хирургической клинике / Ерюхин И.А., Шашиков Б.В. – СПб.: Издательство «Logos», 1995. – 304 с.
5. Матвійчук О.Б. Параметри ендогенної інтоксикації при перитоніті / О.Б. Матвійчук, І.І. Матишинець, А.П. Мельник та ін. // Український журнал хірургії. – 2010. – №2. – С. 143–145.
6. Павляк А.Я. Порівняльний аналіз прогностичної цінності лейкоцитарного індексу інтоксикації та інтегрального показника MODS 2 в діагностиці розповсюдженого гнійного перитоніту / А.Я. Павляк // Архів клінічної медицини. – 2010. – Вип. 2. – С. 42–47.
7. Шабалов Н.П. Сепсис новорожденных / Шабалов Н.П., Иванов Д.О. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2003. – №5. – С. 46–56.

Відомості про авторів:

Слонєцький Б.І., д. мед. н., професор, каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України.
 Максименко М.В., к. мед. н., асистент каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України.
 Керашвілі С.Г., аспірант каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України.
 Вербицький І.В., клінічний ординатор каф. медицини невідкладних станів НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України.

Адреса для листування:

Слонєцький Борис Іванович, м. Київ, вул. Курчатова, 21, кв. 48.
 Тел.: (050) 448 87 76, (044) 518 62 11.