

**Сигуа Б.В., Петров С.В., Игнатенко В.А., Вовк А.В.,
Чернышев Д.А., Котков П.А.**

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Неизбежный прогресс в развитии анестезиологии, фармакологии и хирургии привел к росту выживаемости среди наиболее тяжелой категории хирургических больных с осложненной интраабдоминальной инфекцией. Вероятно, это же обстоятельство во много способствовало распространению в клинической практике случаев третичного перитонита как одного из возможных вариантов течения вторичных форм. Лечение данной категории больных, безусловно, представляет собой наибольшие трудности ввиду отсутствия единого подхода к проведению санационных релапаротомий, каковые на настоящий момент являются наиболее эффективным патогенетическим методом лечения третичного перитонита.

Цель исследования. Разработка дифференцированного подхода к выбору оперативной тактики у пациентов с осложненной интраабдоминальной инфекцией на основе анализа их предрасположенности к развитию третичных форм перитонита.

Материалы и методы. Для достижения указанной цели были проанализированы результаты лечения 111 больных с вторичным распространенным перитонитом, оперированных в неотложном порядке по поводу различных хирургических заболеваний органов брюшной полости, 9 из которых в дальнейшем были выполнены санационные вмешательства по поводу развившегося третичного перитонита. Указанные релапаротомии осуществлялись в режиме "по требованию", т.е. при наличии признаков прогрессирования воспалительного процесса в брюшной полости, оцениваемых на основании клинико-лабораторных данных. В дальнейшем ретроспективно была проанализирована корреляционная связь между рядом факторов и вероятностью развития у больного третичного перитонита и на основании полученных результатов построена балльно-прогностическая шкала (БПШ) оценки тяжести распространенного перитонита. В числе таких прогностически значимых факторов: возраст больного, сумма баллов по шкалам APACHE II и SOFA, наличие злокачественного новообразования, стимулированной перистальтики, инфильтрации тонкой кишки, характер экссудата и внутрибрюшное давление. Подсчет значений БПШ позволил разделить больных в соответствии с риском развития самоподдерживающегося инфекционного процесса в брюшной полости.

Применение балльно-прогностической шкалы в клинической практике было реализовано в стратегии плановых релапаротомий, использовавшейся в проспективной группе из 109 больных. Превышение порогового значения в 11 баллов позволяло отнести пациента к подгруппе высокого риска развития третичного перитонита и запланировать санационное вмешательство в пределах 2-х суток с последующей повторной интраоперационной оценкой тяжести текущего воспалительного процесса и принятием решения о наличии необходимости продолжения плановых релапаротомий. Снижение показателя БПШ позволяло осуществить первичное фасциопластическое закрытие брюшной полости в случае отсутствия существенной латерализации брюшной стенки.

Результаты. В ходе сравнительного анализа результатов зафиксирован рост общего количества произведенных по поводу третичного перитонита хирургических санаций в основной группе (с 13 до 39), а также среднего койко-дня (с $6,2 \pm 8,3$ до $17,3 \pm 12,2$ суток) и длительности пребывания в реанимационном отделении (с $3,0 \pm 2,4$ до $11,3 \pm 4,7$). Подобные результаты связаны, вероятнее всего, с большей выживаемостью наиболее тяжелой категории пациентов с третичными перитонитами, требовавшими длительного стационарного лечения. Общая летальность в проспективной группе была статистически ниже ($p=0,001$), составив 30,2% (33 пациента) против 51,3% (57 больных) в ретроспективной группе: снижение относительного риска летального исхода составило 41%. Следует отметить, что увеличение частоты благоприятных исходов во многом обусловлено благодаря росту выживаемости в подгруппе больных высокого риска – в ретроспективной группе среди таких пациентов была практически 100%-я летальность (31 из 32 человек) против 58,8% (20 больных из 34) проспективной группы.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанный лечебный подход, подразумевающий дифференцированный выбор хирургической тактики, на основе предложенной БПШ, к применению в широкой клинической практике.