

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

*Белик Б.М.1, Мизиев И.А.4,5, Осканян М.А.1, Ефанов С.Ю.1,
Мареев Д.В.2, Ахкубеков Р.А.5, Сапралиев А.Р.1, Суярко В.А.2,
Исмаилова К.Г.3, Маслов А.И.*

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ: МОДИФИЦИРОВАННЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ

¹*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ; ²МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А.Семашко»;
³ФГКУ «1602 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, г.
Ростов-на-Дону; ⁴ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М.Бербекова»; ⁵ГБУЗ «Республиканская клиниче-
ская больница» Минздрава Кабардино-Балкарской Республики, г. Наль-
чик Российская Федерация*

Актуальность. Исходя из положений, принятых на Третьем между-
народном консенсусе (2014) по сепсису (Сепсис-3), произошла существен-
ная эволюция взглядов на эту проблему. Это диктует необходимость поиска
и включения в диагностический алгоритм новых дополнительных и
уточняющих критериев абдоминального сепсиса при распространенном
гнойном перитоните (РГП), а также совершенствование стратегии и спосо-
бов хирургического контроля источника интраабдоминальной инфекции
(ИАИ) у данной категории больных.

Цель исследования: совершенствование алгоритма диагностики и
подходов к лечению абдоминального сепсиса у больных с РГП.

Материал и методы. На основе многоцентрового исследования про-
веден анализ результатов обследования и хирургического лечения 222
больных с РГП и абдоминальным сепсисом, находившихся на клинических
базах ФГБОУ ВО «РостГМУ» (г. Ростов-на-Дону) и медицинского факуль-
тета ФГБОУ ВО «КБГУ» (г. Нальчик). С целью проведения структурного
анализа из генеральной совокупности больных с РГП были выделены 4 ка-
тегории пациентов: у 32 (14,4%) больных отмечалась транзиторная (менее
48 часов) органная недостаточность (1-я группа), у 42 (18,9%) – имела-
сь стойкая дисфункция одного органа (2-я группа), у 81 (36,5%) – двух ор-
ганов (3-я группа) и у 67 (30,2%) пациентов – трех и более органов (4-я груп-
па). Диагностика абдоминального сепсиса основывалась на следующем ал-
горитме: наличие крупномасштабного (мультифокусного) и/или распро-
страненного очага деструкции и инфицирования в брюшной полости +
наличие синдрома энтеральной недостаточности II-III стадии, проявляю-
щегося в течение 72 часов и более после оперативного вмешательства +
стойкая (в течение 48-72 часов) органная дисфункция двух и более ор-
ганов.

нов, соответствующая оценке по шкале SOFA или Quick SOFA ≥ 2 баллов. При оценке тяжести состояния пациентов также использовали шкалу APACHE II и Мангеймский индекс перитонита (МИП). Из 222 пациентов у 122 (54,9%) хирургическое лечение РГП проводилось традиционным методом (лапаротомия, устранение источника ИАИ, санация и дренирование брюшной полости, назоинтестинальная интубация кишечника). У 70 (31,5%) пациентов осуществлялись санационные программированные релапаротомии (ПРЛТ). У 30 (13,5%) пациентов выполнялась экстренная релапаротомия (ЭРЛТ) по требованию в связи с возникшими интраабдоминальными осложнениями или прогрессированием перитонита. Из 222 пациентов с РГП умерли 70 (летальность – 31,5%).

Результаты. В 1-й группе больных с РГП (индекс шкалы APACHE II - $10,8 \pm 0,6$ баллов, МИП - $19,7 \pm 1,5$ баллов) всем пациентам производилась однократная традиционная лапаротомия (ТЛТ). Из 32 пациентов умер 1 (летальность – 3,1%). Во 2-й группе больных (индекс шкалы APACHE II - $13,9 \pm 1,2$ баллов, МИП – $23,6 \pm 1,8$ баллов) из 42 пациентов у 37 (88,1%) выполнялась ТЛТ и у 5 (11,9%) больных осуществлялись ПРЛТ. Из 42 пациентов умерли 5 больных (летальность – 11,9%). При этом 4 летальных исхода отмечались у больных, которым производилась ТЛТ (летальность – 10,8%), и 1 пациент умер из числа тех 5 больных, которым выполнялись ПРЛТ (летальность – 20,0%). В 3-й группе пациентов (индекс шкалы APACHE II - $19,6 \pm 1,7$ баллов, МИП – $24,4 \pm 1,9$ баллов) из 81 больного у 32 (39,5%) выполнялась ТЛТ. Из их числа умерли 7 пациентов (летальность – 21,9%). У 29 (35,8%) пациентов лечение РГП осуществляли с использованием ПРЛТ. Из их числа умерли 10 больных (летальность – 34,5%). У 20 (24,5%) пациентов была выполнена ЭРЛТ. Из их числа умерли 5 пациентов (летальность – 25,0%). В целом в 3-й группе умерли 22 больных (летальность – 27,2%). В 4-й группе больных (индекс шкалы APACHE II - $29,8 \pm 3,8$ баллов, МИП – $31,7 \pm 2,8$ баллов) из 67 пациентов у 21 (31,3%) выполнялась ТЛТ. Из их числа умерли 17 пациентов (летальность – 80,9%). У 36 (53,7%) больных осуществляли ПРЛТ. Из числа этих больных умерли 19 (летальность – 52,8%). У 10 (14,9%) пациентов выполнялись ЭРЛТ по требованию. Из их числа умерли 6 пациентов (летальность – 60,0%). В целом в 4-й группе умерли 42 пациента (летальность – 62,7%).

Выводы. При выборе хирургической стратегии лечения больных с РГП и абдоминальным сепсисом следует применять дифференцированный подход с учетом характера и выраженности органных дисфункций. У больных с транзиторной органной дисфункцией или стойкой функциональной недостаточностью одного органа в качестве хирургического контроля источника ИАИ наиболее оправданным и вполне достаточным является выполнение однократной ТЛТ. У больных РГП с дисфункцией двух

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

органов хирургическое вмешательство также может быть ограничено ТЛТ при условии радикальной санации очага (или очагов) ИАИ в ходе одной операции и обеспечения тщательного клинико-лабораторного мониторинга за пациентом в послеоперационном периоде с целью раннего выявления и устранения интраабдоминальных осложнений. При этом у данной категории больных следует отдавать предпочтение выполнению релапаротомии по требованию. У больных РГП со стойкой дисфункцией более двух органов однократная ТЛТ не в состоянии обеспечить полноценный хирургический контроль источника ИАИ. У данной категории пациентов с РГП при выборе хирургической стратегии лечения в значительной мере следует считать обоснованным и целесообразным применение этапных ПРЛТ до полной ликвидации источника (очагов) ИАИ.