

ОБЪЕКТИВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА И ВЕРОЯТНОСТИ РЕЛАПАРОТОМИИ

¹Сизуа Б.В., ^{1,2}Петров С.В., ^{1,2}Котков П.А., ²Игнатенко В.А.

*¹Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова,*

*²Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Городская больница
Святой преподобномученицы Елизаветы»,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. Неудовлетворенность результатами лечения пациентов с третичным перитонитом послужила причиной смещения поля научной деятельности в сторону поиска эффективных профилактических мероприятий. С учетом того, что единственным потенциально результативным хирургическим методом воздействия на ин-

фицированную брюшную полость является санационная релапаротомия, расширение показаний к проведению последней может иметь положительный эффект в плане предотвращения аутохтонной перистенции воспалительного процесса. Впрочем, общеизвестные тяжелые осложнения практики санационных релапаротомий у больных с распространенным вторичным перитонитом закономерно ограничивают их профилактическое применение. Ввиду этого, поиск факторов риска развития третичного перитонита, выявление больных, подверженных высокой вероятности прогрессирования перитонита и проведение санационных вмешательств у отобранных таким путем групп пациентов представляется перспективным направлением лечения. Существующие статистические приемы позволяют определять факторы, связанные с интересующим исходом без необходимости патогенетического обоснования выявленных корреляций, а достаточный объем выборки обеспечивает достоверность обнаруженных закономерностей. Данный подход был реализован в приведенной работе.

Цель исследования: разработка и клиническое применение математического инструмента, позволяющего выделять среди больных с вторичным перитонитом пациентов, нуждающихся в плановых санационных релапаротомиях.

Материалы и методы. Для определения клинических факторов, оказывающих влияние на вероятность развития третичного перитонита, были проанализированы результаты лечения 111 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу распространенного вторичного перитонита в условиях хирургических отделений СПб ГБУЗ "Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы". В приведенную ретроспективную группу больных не вошли пациенты с панкреатогенными, послеоперационными перитонитами и распространенным необратимыми сосудистыми поражениями кишечника. Третичный перитонит был диагностирован в ходе повторных вмешательств у 13 больных (11,7%), среди которых было проведено 24 санационных вмешательства в режиме "по требованию". Прогностическое значение ряда клинических, лабораторных и инструментальных факторов было определено путем последовательного проведения корреляционного и многофакторного регрессионного анализов. Сила выявленной связи оценивалась согласно шкале Chaddock R.E. Из более чем 60 параметров в конечном итоге

были отобраны 8 факторов, продемонстрировавших среднюю или заметную корреляционную связь с вероятностью развития третичного перитонита. Данные факторы (возраст, наличие злокачественного новообразования, стимулированной перистальтики, инфильтрации тонкой кишки, характер внутрибрюшного экссудата, степень органной недостаточности и уровень интраабдоминальной гипертензии) составили балльную шкалу, значение которой отражало вероятность автономного прогрессирования воспалительного процесса в брюшной полости и потребность в проведении санационных релапаротомий.

Превышение порогового значения шкалы в 11 баллов, определенного путем проведения гос-анализа, служило значимым аргументом в пользу проведения плановой санационной релапаротомии в сроки до 2-х суток после первичного вмешательства. Данный тактический подход был реализован в проспективной группе из 109 больных, среди которых была выделена подгруппа из 34 (31,2%) человек с высоким риском развития третичного перитонита – из них 20 пациентам были суммарно осуществлены 36 запланированных санационных оперативных вмешательств. Повторная интраоперационная оценка значения балльной шкалы в числе прочих факторов определяла необходимость повторных санаций или прекращение оных с попыткой фасциопластического закрытия брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным результатам, средние койко-день и длительность пребывания в реанимационных отделениях среди выживших больных проспективной группы ($17,3 \pm 12,2$ и $6,2 \pm 8,3$) были статистически значимо выше, чем аналогичные показатели ретроспективной группы ($11,3 \pm 4,7$ и $3,0 \pm 2,5$ соответственно). Данное обстоятельство, вероятно, объясняется большей выживаемостью в проспективной группе больных с наиболее тяжелыми формами перитонита, требующими длительного стационарного лечения. Частота и тяжесть послеоперационных осложнений существенно не отличалась среди больных сравниваемых групп и в целом соответствовала таковой согласно литературным данным. Роста числа энтероатмосферных фистул, как одного из наиболее тяжелых осложнений, присущих больным после неоднократных вмешательств, также зафиксировано не было. Что касается наиболее приоритетного исхода, то применение описанного лечебного подхода позволило снизить послеоперационную летальность с

51,3% (57 больных) до 30,2% (33 пациента) в ретроспективной и проспективной группах соответственно ($p=0,001$). Подобное снижение процента летальных исходов обусловлено ростом выживаемости среди пациентов с высокими значениями балльной шкалы: в ретроспективной группе выжил всего 1 человек из 31, в то время как в проспективной группе удовлетворительные результаты лечения были получены у 14 больных из 34.

Выводы. Внедрение разработанной прогностической шкалы в клиническую практику позволило стратифицировать больных вторичным перитонитом в соответствии с вероятностью недостаточной одномоментной санации брюшной полости и выстроить эффективную стратегию плановых релапаротомий среди больных высокого риска.