



Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространённом перитоните

А.Р. Сараев, К.М. Курбонов, Ш.К. Полвонов, Д.С. Халимов

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Представлены результаты применения оригинальной шкалы балльной оценки тяжести состояния пациента – индекс перитонита (ИП) – у 188 больных с распространённым перитонитом. ИП ≤ 12 баллов имелся у 94 больных с распространённым перитонитом, от 13 до 22 баллов – у 74 и ≥ 23 баллов – у 20. По результатам применения той или иной тактики, объёма хирургического лечения и интенсивной терапии лишь 13 (6,9%) больных подверглись релапаротомии. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дня.

Ключевые слова: перитонит, балльная оценка тяжести состояния, релапаротомия

Введение. К настоящему времени разработано множество различных систем оценки тяжести состояния и прогнозирования исхода больных с распространённым перитонитом (РП), способствующих оптимизации выбора дальнейшей хирургической тактики.

Основу любой прогностической системы составляет комплекс практически значимых параметров, определяющих факторы риска и прогноз заболевания. Известно, что больные с одинаковым количеством баллов будут иметь примерно равный риск летального исхода. Хотя, справедливости ради, следует подчеркнуть, что все системы позволяют сделать это лишь приблизительно. Наиболее часто используемые системы: Мангеймский индекс перитонита, разработанный M.Linder и H.Wacha, перитонеальный индекс Altona (PIA) и его усовершенствованный вариант PIA II, оценка по Горису (MOSF), APACHE II и III [1-4].

При сравнительном изучении этих систем, у пациентов с РП выявлено [5], что только шкалы APACHE II и MPI имеют значение в прогнозе течения заболевания, однако и они не содержат убедительной информации для индивидуального подхода к лечебной тактике.

Динамический контроль и прогнозирование исхода у больных с РП позволяют оптимизировать хирургическую тактику и провести коррекцию интенсивной терапии, методы и режимы детоксикации [4,5]. В связи с этим, для экспресс-прогнозирования вероятности летального исхода и оптимизации выбора тактики экстренной помощи при РП нами разработана прогностическая шкала, позволяющая

более объективно оценить тяжесть перитонита и оптимизировать выбор лечебной тактики с учётом «индекса перитонита» (ИП) и процента прогнозируемой летальности.

Цель исследования: улучшить результаты лечения распространённого перитонита путём оптимизации прогнозирования его исходов и выбора лечебной тактики.

Материал и методы. Основу интегральной оценки степени и характера РП – ИП – составили 3 группы факторов: факторы риска, стадия развития процесса, вероятность прогрессирования патологических изменений в брюшной полости (табл.1). Первоначально значения ИП по выделенным критериям были определены на основании экспертной оценки. В соответствии с параметрами шкалы 188 больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложнившихся РП, оперированных в хирургических отделениях ГКБ СМП г.Душанбе в период с марта 2004 по декабрь 2013 года, были распределены на 3 группы, к которым применялась соответствующая лечебная тактика. Возраст больных варьировал от 15 лет до 81 года, средний возраст – 38,5 года. Мужчин было 113 (60%), женщин – 75 (40%).

Основными нозологиями, явившимися причиной РП, служили острая кишечная непроходимость – 54 (28,7%), перфорация полого органа – 70 (37,2%), деструктивный аппендицит – 46 (24,5%), деструктивный холецистит – 5 (2,7%), панкреонекроз – 5 (2,7%), другая патология – 8 (4,2%). Среди наблюдаемых больных преобладали пациенты с тяжёлым течением (оценка тяжести физического состояния проведена

ТАБЛИЦА 1. ИНДЕКС ПЕРИТОНИТА

Факторы риска – Ф	Стадия процесса – С	Вероятность прогрессирования – В
Возраст старше 70 лет или тяжёлые сопутствующие заболевания	10 Септический шок	10 В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом, грубые фибриновые наложения, межпетлевые гнойники и сращения в области кишечных петель
Возраст 50-70 лет или онкозаболевание*	8 Абдоминальный сепсис, поздняя стадия	8 Брюшина инфильтрирована, в брюшной полости густой гной, толстые фибриновые наложения
Средней тяжести сопутствующие заболевания*	6 Абдоминальный сепсис, начальная стадия	6 Брюшина тусклая, петли кишечника расширены с субсерозными кровоизлияниями и петехиями, брюшная полость содержит гнойный выпот с фибриновыми наложениями на кишечных петлях
Женский пол или лёгкие сопутств. заболевания*	4 Эндогенная интоксикация поздняя стадия	4 Брюшина отёчная, гиперемизованная, в брюшной полости гнойный выпот
Не выявленные риски	2 Эндогенная интоксикация начальная стадия	2 Отёк, гиперемия брюшины, в брюшной полости мутный выпот или жёлчь
Прогнозируемая летальность (%) $L = \Phi \times [(C + B)/2]$		

Примечание: * – при отсутствии вышеперечисленных рисков

по шкале SAPS). Проводился учёт данных обследования пациентов, включая клинические и лабораторные показатели. Для выявления тяжести интоксикации и абдоминального сепсиса исследован уровень лейкоцитов крови, СОЭ, ЛИИ по Кальф-Калифу, С-реактивного белка, молекул средней массы.

Результаты и их обсуждение. Нами построена шкала интервалов с определением максимальных и минимальных факторов риска, стадии течения РП и морфологических изменений брюшины. Исходя из клинического представления о сравнительной важности факторов (предикторов), им были присуждены балльные составляющие в зависимости от их «весовой» значимости в установлении степени тяжести РП и прогнозировании его исходов. Баллы выражают «коэффициент наглядности» фактора относительно максимальной величины (10 баллов) максимально выраженного фактора. Таким образом, балльные значения отражают соотношения предикторов в условных единицах, проверенных на многолетней клинической практике и установленных путём «экспертной оценки». При суммировании баллов получаем «ИП».

Прогнозируемая летальность, рассчитанная по приведённой формуле, указывает на минимально вероятный процент летального исхода у больного с распространённым перитонитом.

Сумма баллов (ИП) может указывать на предпочтение в оказании того или иного объёма экстренной помощи при распространённом перитоните (в этом смысле индекс взят в упрощённой форме для об-

легчённого и быстрого принятия решения о дальнейшей тактике лечебных мер). При приграничных цифрах баллов решение о лечебной тактике принимается исходя из клинической ситуации. В нашей работе патогенетическим обоснованием для выбора метода лечения РП были результаты предшествующих исследований [4,5].

При ИП до 12 баллов включительно и прогнозируемой летальности до 16% – хирургическое вмешательство: полная, адекватная и ранняя ликвидация или ограничение всех основных, дополнительных и потенциальных источников (очагов) эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического характера; санация и дренирование брюшной полости. По возможности эти мероприятия должны быть выполнены видеолапароскопическим методом. Инфузионно-трансфузионная терапия, антибактериальная терапия, профилактика синдрома полиорганной недостаточности (СПОН).

От 13 до 22 баллов и прогнозируемой летальности от 16 до 40% – предоперационная подготовка (2-3 часа), хирургическое вмешательство: ликвидация источника перитонита; санация и дренирование брюшной полости, декомпрессия тонкого кишечника. Инфузионно-трансфузионная терапия (восполнение объёма циркулирующей плазмы, восстановление ионно-электролитных, коллоидно-осмотических и кислотно-основных отношений); респираторная терапия с использованием методов вспомогательной и искусственной вентиляции лёгких при развитии острой дыхательной недостаточности, нутритивная поддержка; антибактериальная терапия, иммуно-



рапия, экстракорпоральные методы детоксикации, использование кортикостероидов.

При ИП свыше 22 баллов и прогнозируемой летальности свыше 40% – предоперационная подготовка (до 4-х часов), хирургическое вмешательство по жизненным показаниям направленное на уменьшение и отведение токсического содержимого брюшной полости, отграничение источника перитонита, интубация тонкого кишечника в целях декомпрессии и для дальнейшего проведения энтерального лаважа или энтеросорбции. В таких случаях целесообразно запланировать этапные санации брюшной полости (программируемая санационная или запланированная релапаротомия), поскольку тяжесть физического состояния больного не позволяет в данное время выполнить необходимый объем хирургического вмешательства.

Интенсивная терапия больным с высоким индексом перитонита проводится по принципам, которые лежат в основе лечения шока: коррекция расстройств гемодинамики (инфузионные среды и гепарин); нормализация газообмена и обеспечение адекватной оксигенации; парентеральное питание, направленное на поддержание адекватного метаболизма. Необходимы также анаболические гормоны, инсулин, ингибиторы протеолитических ферментов, витамины, мочегонные препараты. Антибактериальная терапия, иммунотерапия, экстракорпоральные методы детоксикации, использование кортикостероидов занимают особое место при развитии септического шока, так как имеют этиологическую направленность.

В наших исследованиях индекс перитонита ≤ 12 баллов имелся у 94(50%) больных с распространенным перитонитом, от 13 до 22 баллов – у 74 (39,4%) и ≥ 23 баллов – у 20 (10,6%). По результатам применения той или иной тактики, объема хирургического лечения и интенсивной терапии лишь 13 (6,9%) больных подверглись релапаротомии. Умерших было 38 (20,2%) пациентов, у большинства из которых индекс перитонита составлял более 23 баллов. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 9,2 койко-дня.

Таким образом, исследования, выполненные в нашей клинике, позволяют утверждать, что предложенная шкала «ИП» может быть использована в качестве одного из инструментов установления тяжести распространенного перитонита и вероятного прогноза заболевания, а также выбора дальнейшей лечебной тактики.

В завершение следует отметить, что предложенный нами комплекс параметров, естественно, не обладает полным совершенством и не достигает значимости цифрового формата. Мы считаем предложенную прогностическую шкалу рабочей моделью и её использование в большей степени учитывает состояние больных, что, по нашему мнению, будет способствовать облегчению выбора эффективного метода лечения. Необходимы дальнейшие исследования, которые выявят дополнительные преимущества и недостатки данной прогностической шкалы, продемонстрируют её роль в дифференцированном подходе к выбору эффективных методов лечения распространённого перитонита. В этих целях мы в дальнейшем планируем более детально исследовать возможность её применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко К.В. Клинические модели распространённого перитонита (Полувековой опыт медицинской науки и практики) / К.В.Костюченко. - Ярославль. - 2003. - 70с.
2. Савельев В.С. Перитонит / В.С.Савельев, Б.Р.Гельфанд, М.И.Филимонов. - М.: Литтера. - 2006.
3. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В.Д.Фёдоров, В.К.Гостищев, А.С.Ермолов, Т.Н.Богницкая // - Хирургия. - 2000. - № 4. - С.58-62.
4. Van Goor H. Interventional management of abdominal sepsis: when and how / H.Van Goor. Springer-Verlag GmbH. - 2002; 387 (5-6): 191-200.
5. Чернов В.Н. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространённом гнойном перитоните / В.Н.Чернов, Б.М.Белик, Х.Ш.Пшуков. - Хирургия. - 2004; 3: 47-50.



Summary

Results forecasting and choice of therapeutic tactics in generalized peritonitis

A.R. Saraev, K.M. Kurbanov, Sh.K. Polvonov, D.S. Halimov

Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TGMU

The results of application of original scale of score severity the patient - the index of peritonitis (SP) - in 188 patients with generalized peritonitis. Peritonitis index ≤ 12 points was in 94 patients with generalized peritonitis, from 13 to 22 points - in 74, and ≥ 23 points - in 20 patients. As a result of the application of varying tactics, extent of surgery and intensive care, only 13 (6,9%) patients underwent relaparotomy. The lethal outcome was in 38 (20,2%) cases, in majority of which Peritonitis index was more than 23 points. The average length of hospital stay was 9.2 bed-days.

Key words: peritonitis, Score severity of the condition, relaparotomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сараев Алишер Рахматуллоевич –
ассистент кафедры хирургических болезней №1
ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Айни-1, пр. 46
E-mail: dr.saraev@mail.ru