

Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита

Ф.Г.НАЗЫРОВ, А.В.ДЕВЯТОВ, Д.Ш.ХОДЖИЕВ, А.Х.БАБАДЖАНОВ, Р.Ю.САДЫКОВ

Standardization of complex dynamic diagnosing and tactics of treatment of postoperative peritonitis

F.G.NAZYROV, A.V.DEVYATOV, D.SH.HODJIEV, A.H.BABADJANOV, R.YU.SADIKOV

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан

На большом клиническом материале, накопленном в Республиканском центре, городских и областных стационарах, районных клиниках Республики Узбекистан, рассмотрены вопросы, касающиеся особенностей структуры первичных вмешательств, частоты развития осложнений, летальности и тактики лечения больных с послеоперационным перитонитом после экстренных и плановых операций на органах брюшной полости. Изучены возможности и дана оценка эффективности применения прогностических интегральных шкал, совокупность результатов которых позволила стандартизировать протоколы ведения больных с послеоперационным перитонитом, адекватно оценить риск и выбор оптимальной тактики повторного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, динамическая диагностика, тактика лечения

Structural issues of primary interventions, development frequency, mortality and treatment tactics of postoperative peritonitis after emergency and selective abdominal operations were analyzed on huge clinical material. The assessment and opportunity of prognostic integral scale application, summery of results, which let to standardize protocols of treatment of patients with postoperative peritonitis, adequately estimate risk and selection of optimal tactics of reoperation.

Key words: postoperative peritonitis, dynamic diagnosing, tactics of treatment

В хирургической практике среди критических ситуаций нет более драматического, а нередко и трагического положения, чем тяжелые ранние послеоперационные осложнения, требующие повторного оперативного вмешательства. Ранняя релапаротомия продолжает оставаться основным средством спасения больного при развитии таких серьезных послеоперационных осложнений, как перитонит, внутрибрюшное кровотечение, механическая непроходимость, деструктивный панкреатит и др. [1, 3, 4]. Послеоперационный перитонит относится к наиболее сложным и прогностически неблагоприятным осложнениям [2, 5-8]. Отсутствие единой стандартизированной тактики ведения этой категории пациентов обуславливает эмпирический подход к выбору целесообразности, сроков и способа повторной операции. В связи с этим, основной задачей настоящего исследования явилась попытка внедрения стандартизированных протоколов ведения послеоперационного перитонита на основе различных прогностических критериев с их адаптацией под индивидуальные возможности различных звеньев хирургической службы Здравоохранения Узбекистана.

Материалы и методы

Для проведения мультицентрового анализа в исследование включены результаты лечения 317 больных

с послеоперационным перитонитом (ПП), пролеченных в 17 стационарах, которые были распределены на 3 группы исследования. В группу 1 (Республиканский уровень) включены пациенты (191 пациент, в том числе 79 – после первичных экстренных операций и 112 – после плановых вмешательств), которые наблюдались в Республиканском специализированном центре хирургии им. академика В.Вахидова во всех абдоминальных отделениях за период с 1976 по 2008 гг. включительно. В группу 2 (городской и областной уровень) включено 96 пациентов (77 и 19 пациентов, соответственно), которые наблюдались в различных клиниках городского и областного уровня хирургической службы за 2000-2008 гг.: Нукусский филиал РНЦЭМП; Ташкентские городские больницы №1 и №7; Ташкентский областной многопрофильный медицинский центр; городская клиника г. Самарканда; клиника Самаркандского государственного медицинского института. В группу 3 (районные клиники) включено 30 больных после первичных экстренных операций, которые наблюдались в 10 районных клиниках Республики Каракалпакстан за 2000–2008 гг.: Чимбай, Шаманай, Турткул, Элликкала, Нукус, Амударья, Беруний, Канлыккул, Кегейли, Муйнак.

Женщин было 72 (22,7%), мужчин – 245 (77,3%), средний возраст больных составил в группе 1 – 47,15±12,09 лет, в группе 2 – 48,12±13,28 лет и группе

3 – 35,29±11,47 лет. Следует отметить, что в группе 3 средний возраст пациентов был достоверно ($P<0,05$) меньше, чем в группах 1 и 2.

Все выполненные первичные операции по категории сложности были распределены на следующие типы:

Общехирургические операции: аппендэктомия, традиционная холецистэктомия, паллиативное лечение осложнений язвенной болезни (ушивание перфорации и остановка кровотечения), лечение кишечной непроходимости (иссечение спаек, выведение стомы, обходные анастомозы), вскрытие небольших гнойников брюшной полости, неотложные операции при травмах органов брюшной полости без резекционных технологий, прошивание вен кардии желудка для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при портальной гипертензии (ПГ) (операция Пациоры), неосложненные формы эхинококкоза органов брюшной полости, традиционная герниопластика. Другими словами, это вмешательства, не требующие специфического хирургического инструментария, расширения объема предполагаемого вмешательства, длительной реанимации и, соответственно, специалистов узкого профиля. Этот тип операций выполняется на всех уровнях хирургической службы, при этом в отличие от клиник республиканского и областного значения, является основным спектром вмешательств, применяемых в районных клиниках.

Высокотехнологичные операции: радикальное лечение осложнений язвенной болезни (резекция желудка), калькулезные холециститы, осложненные механической желтухой, лапароскопические холецистэктомии и аппендэктомии, наложение обходного холедоходуоденоанастомоза (ХДА) и холецистоэнтероанастомоза (ХЭА), тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора (операция Ф.Г.Назырова), наружное дренирование желчных протоков при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС), операции при острых панкреатитах и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Выполнение этого типа операций зависит от двух составляющих: с одной стороны – это хирургическое, диагностическое и реанимационно-анестезиологическое оснащение клиники, а с другой – квалификация хирурга.

Операции, выполняемые преимущественно в Республиканских специализированных центрах: радикальное лечение опухолей ЖКТ (гастрэктомии, гемиколонэктомии, панкреатодуоденальные резекции), реконструктивно-восстановительные операции на желчных протоках, реконструктивные операции на желудке при болезнях оперированного желудка (БОЖ), радикальная коррекция синдрома ПГ (портосистемное шунтирование), перитонео-атриальное шунтирование при диуретикорезистентных формах асцита, операции на пищеводе. Этот тип операций в основном характерен для республиканского звена

хирургической службы, касается тяжелой категории пациентов и напрямую зависит от узкой специализации и квалификации хирурга, адекватного оснащения диагностическим, специальным хирургическим оборудованием и инструментарием, возможностями динамического мониторинга, квалифицированными специалистами реаниматологической и анестезиологической служб.

Конечно, мы понимаем условность этого распределения, особенно для ургентной хирургии, но для объективного анализа качества хирургической помощи эта градация необходима, тем более, что основной задачей для хирургической службы является разработка тактико-диагностических и, соответственно, лечебных стандартов для такой тяжелой категории вмешательств, как релапаротомии. Характер первичных операций отражен в таблице 1.

Сроки развития ПП были приблизительно одинаковыми в группах сравнения, с максимальной частотой в период 3–5 суток – 64,6–70,1% и 6–9 суток – 15,2–18,8% пациентов.

Распространенность перитонита и характер перитонеального экссудата играют важную роль в особенностях лечения и прогнозе заболевания. Следует отметить, что в основном интраоперационно выявлялись разлитые формы перитонита, причем с наибольшей частотой после первичных экстренных вмешательств (табл. 2).

В зависимости от специфики выполняемых операций можно отметить, что в группе 1 в 40,5% случаев после экстренных операций и в 20,5% после плановых вмешательств перитонит был желчной этиологии, в группе 2 эти показатели составили 6,5% и 42,1%, соответственно. Во всех группах при разлитом ПП преобладал серозно-фибринозный и гнойный характер экссудата.

Особую проблему при стертой клинической картине составляет диагностика ПП. Диагностический мониторинг, а точнее его качество, также зависит от уровня хирургической службы.

Информативность различных методов диагностики, в плане верификации ПП, зависела не только от уровня стационара и, соответственно, диагностического потенциала, но и кратности применения, то есть качественного динамического мониторинга. Так, основываясь только на клиничко-лабораторных данных ПП верифицирован у 63,4% пациентов группы 1 и только 42,7% в группе 2 и 40,0% в группе 3 (табл. 3).

УЗИ является самым простым методом оценки состояния органов брюшной полости, но информативность этого метода зависит от возможностей аппарата и подготовки исследователя, при этом в РСЦХ эффективность УЗИ составила 60,8%, в группе 2 – 45,5%, а в группе 3 только 20,0%. Компьютерная томография (КТ) относится к дорогостоящим и, в данных ситуациях, трудно выполнимым исследованием, однако ее информативность составила 66,7–67,9%. Наибольшая

Таблица 1

**Частота послеоперационного перитонита
после экстренных и плановых вмешательств в группах исследования**

Категория операций	Группа 1				Группа 2				Группа 3	
	Экстренные		Плановые		Экстренные		Плановые		Экстренные	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Общехирургическая категория										
Аппендэктомия	1	1,3			10	13,0			12	40,0
Ушив. перф. или остан. кровот. при язвен. бол. желудка и 12 п.к.	7	8,9			16	20,8			9	30,0
Операции на тонкой кишке	1	1,3			14	18,2			6	20,0
Операции на толстой кишке	5	6,3	6	5,4	15	19,5	2	10,5	1	3,3
Холецистэктомия	2	2,5	1	0,9	4	5,2	6	31,6	1	3,3
Эхинококкэктомия	3	3,8	3	2,7	1	1,3				
Герниопластика (с резек. киш-ка)	1	1,3			4	5,2				
Операция Пациоры	3	3,8			1	1,3				
Высокотехнологичная категория										
Резекция желудка	13	16,5	39	34,8	4	5,2	2	10,5	1	3,3
ХЭК с дренированием холедоха	4	5,1	2	1,8	3	3,9				
Наружное дренир. ЖП	10	12,7	4	3,6			1	5,3		
Обходной ХЭА с ЭЭА по Брауну	3	3,8	2	1,8	2	2,6	1	5,3		
Ваготомия с дренир. операцией			6	5,4			1	5,3		
ЛапХЭК			1	0,9			1	5,3		
СЭ при ПГ			1	0,9						
Разобщающие операции при ПГ	1	1,3	4	3,6						
Категория, выполняемая преимущественно в Республиканских центрах										
Реконструк.операция на желудке	5	6,3	8	7,1	1	1,3				
Гастрэктомия	2	2,5	9	8,0			1	5,3		
Гемиколонэктомия	2	2,5	4	3,6	1	1,3	3	15,8		
Билиодигестивные анастомозы	11	13,9	11	9,8	1	1,3				
Реконстр.-восст. операции на ГХ	5	6,3								
ПДР			8	7,1			1	5,3		
ПСШ			3	2,7						

Примечание: процентный показатель рассчитан от общего количества каждой операции

Таблица 2

Распространенность перитонита и характер перитонеального экссудата

Распространенность перитонита и характер экссудата		Группа 1				Группа 2				Группа 3	
		Экстренные		Плановые		Экстренные		Плановые		Экстренные	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Местный	гнойный	4	5,1	11	9,8	6	7,8	1	5,3	5	16,7
Диффузный	серозный	2	2,5	11	9,8	3	3,9	1	5,3	3	10,0
	гнойный	4	5,1	12	10,7	6	7,8	2	10,5	4	13,3
	желчный	10	12,7	8	7,1	1	1,3	2	10,5		
	всего	16	20,3	31	27,7	10	13,0	5	26,3	7	23,3
Разлитой	серозный	4	5,1	12	10,7	13	16,9	1	5,3	5	16,7
	сер.-фибр.	9	11,4	25	22,3	19	24,7	2	10,5	6	20,0
	гнойный	24	30,4	18	16,1	25	32,5	4	21,1	7	23,3
	желчный	22	27,8	15	13,4	4	5,2	6	31,6		
	всего	59	74,7	70	62,5	61	79,2	13	68,4	18	60,0

диагностическая ценность была получена при проведении лапароскопической диагностики – 85,7% (у 12 из 14 пациентов в группе 1).

В таблице 4 приведен характер повторных вмешательств у больных с ПП. В зависимости от этиологии перитонита мы распределили операции по следу-

Информативность различных методов диагностики послеоперационного перитонита

Методы диагностики	Информативность метода					
	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Клинико-лабораторные данные	121	63,4	41	42,7	12	40,0
УЗИ брюшной полости	48	60,8	35	45,5	6	20,0
КТ брюшной полости	19	67,9	2	66,7		
Обзорная рентгенография брюшной полости	51	26,7	15	23,8	1	14,3
Контрастная рентгенография	17	32,1	3	27,3		
ЭФГДС	17	39,5	5	18,5	1	50,0
Диагностическая лапароскопия	12	85,7				

ющим осложнениям: несостоятельность швов после ушитой перфорации или наложенных анастомозов; желчный перитонит (несостоятельность культи пузырного протока, ятрогенное повреждение холедоха, несостоятельность швов БДА); перитонит другой этиологии – случаи, когда перитонит развивался после первичной операции без верифицированного провоцирующего фактора, прогрессировал после первичной экстренной операции или ситуации с не верифицированным основным диагнозом – дивертикулит (Меккеля) с перфорацией (группа 3 – 2 пациента, которым произведена аппендэктомия), развитие аппендицита с разлитым перитонитом у больного группы 3 после ушивания перфоративной язвы, развитие перфорации язвы ДПК (группа 1 – у 2 больных после гемиколэктомии и эхинококкэктомии), а также асцит-перитонит у больного ЦП после спленэктомии, который привел к эвентрации.

Результаты и их обсуждение

За последнее десятилетие основным направлением в развитии хирургической службы для больных с различными послеоперационными осложнениями стала разработка и внедрение различных прогностических систем, касающихся как оценки тяжести состояния пациентов, так и возможного определения потенциального риска смерти от этого осложнения. Разработки в этом направлении ведутся всеми ведущими мировыми клиниками и к настоящему периоду разработанные прогностические шкалы были признаны многими специалистами, а их диагностическая ценность позволила стандартизировать оценку состояния пациентов во многих странах. Объективная оценка тяжести состояния пациента при перитоните и определение вероятности неблагоприятного исхода представляют определенные сложности. К настоящему времени существует несколько подходов к решению данной задачи. Во-первых, использование широко распространенных интегральных шкал оценки тяжести состояния (APACHE, APACHE II, APACHE III, SAPS, SAPS II, SOFA, MODS и ряда других); во-вторых, использование специфических шкал, разработанных с учетом особенностей перитонита (самая

известная шкала – Мангеймский индекс перитонита – МИП, прогностический индекс релапаротомий – ПИР); в-третьих, использование ряда отдельных показателей гомеостаза в качестве независимых предикторов неблагоприятного исхода [5].

Однако такое разнообразие оценочных шкал может говорить и о недостатках последних. В связи с этим, после тщательного всестороннего анализа литературы, мы остановились на наиболее оптимальных вариантах расчета прогноза и в ретроспективном плане определили их диагностическую значимость для клиник различного уровня.

Для оценки вероятности повторного вмешательства проведен анализ по определению прогностического индекса релапаротомии (ПИР), предложенного в качестве прогностического критерия повторных оперативных вмешательств. Система включает балльную оценку по 8 критериям (выполнение первой операции по экстренным показаниям; дыхательная недостаточность; почечная недостаточность; парез кишечника спустя 72 часа после операции; боль в животе спустя 48 часов после операции; инфекционные осложнения в области операции; нарушения сознания; патологические симптомы, возникающие спустя 96 часов после операции), при этом значение ПИР более 20 баллов – абсолютное показание к релапаротомии. Проведя ретроспективный анализ можно констатировать тот факт, что при всей простоте применения этого индекса по данным истории болезни мы смогли распределить больных по ПИР только в 1 и 2 группах. Истории болезни 3 группы классифицировать не удалось, так как не было данных о состоянии динамики сознания или не были приведены некоторые лабораторные показатели. По этой же причине систематизировать истории болезни в группе 1 удалось только у 164 пациентов из 191; в группе 2 у 44 из 96 пациентов. Средние значения ПИР в группах исследования, а также распределение больных по данному показателю приведены в таблице 5.

Распределение частоты летальности в зависимости от ПИР показало, что при ПИР менее 20 баллов летальность была минимальной и составила 9,7% в группе 1 и 14,3% – в группе 2. При ПИР от 20 до 22 баллов

Таблица 4

Характер проведенных повторных вмешательств у больных с послеоперационным перитонитом

Характер повторного вмешательства	Экстренная хирургия				Плановая хирургия							
	Несостоят.швов после операций на органах ЖКТ		Желчный перитонит		Перитонит другой этиологии		Несостоят.швов после операций на органах ЖКТ		Желчный перитонит		Перитонит другой этиологии	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Группа 1												
Наложение стомы	4	5,1					5	4,5				
Санация брюшной полости					7	8,9	26	23,2	1	0,9	3	2,7
Ушивание несостоятельности швов	28	35,4	9	11,4			47	42,0	9	8,0		
Резекция кишечника	1	1,3										
Гемиколонэктомия							1	0,9				
БДА			1	1,3					1	0,9		
Ликвидация эвент.с санац.бр.пол.					1	1,3						
Наружное дренирование холедоха			20	25,3					10	8,9		
Восстан.ГХ			2	2,5								
Реконстр. операция на желудке	1	1,3					2	1,8			2	1,8
Ушивание перфор. язвы ДПК												
Лечебная лапароскопия (санация)	1	1,3			4	5,1	2	1,8			3	2,7
Группа 2												
Наложение стомы	19	24,7			3	3,9	4	21,1				
Санация брюшной полости	1	1,3	1	1,3	22	28,6	1	5,3				
Ушивание несостоятельности швов	18	23,4	2	2,6			5	26,3	4	21,1		
Резекция кишечника	5	6,5										
Наружное дренирование холедоха			5	6,5					5	26,3		
Гемиколонэктомия	1	1,3										
Группа 3												
Наложение стомы	11	36,7										
Санация брюшной полости					10	33,3						
Ушивание несостоятельности швов	6	20,0										
Резекция кишечника					2	6,7						
Аппендэкт.с санац.брюш. полости					1	3,3						

Показатели ПИР на момент повторной операции

Группа	Среднее значение	ПИР < 20		ПИР > 20	
		Абс.	%	Абс.	%
Группа 1 (n=164)	21,4±1,7	31	18,9%	133	81,1%
Группа 2 (n=44)	22,7±2,5	14	31,8%	30	68,2%

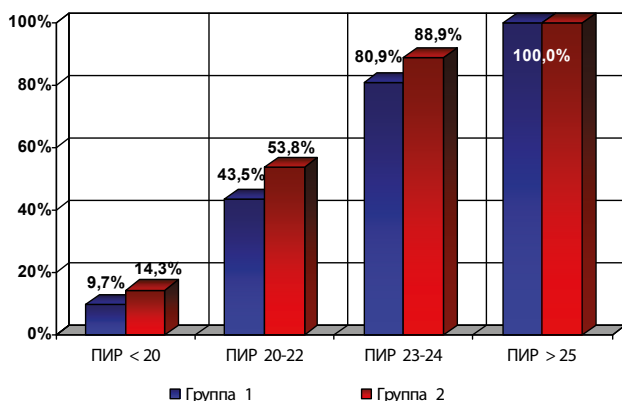


Рис. 1. Частота летальности в зависимости от показателя ПИР.

частота летальности резко возросла и достигла – 43,5% и 53,8%, соответственно; при ПИР 23–24 балла – 80,9% и 88,9% (рис. 1).

Объективная интегральная и количественная оценка тяжести состояния больных в критическом состоянии, в том числе и при абдоминальном сепсисе, не может быть выполнена без использования объективных систем-шкал оценки функциональных нарушений (APACHE II, SAPS) и оценки степени органических нарушений (MODS, SOFA). Между этими системами, несмотря на почти одинаковый методологический подход, существует принципиальная, образно говоря, идеологическая разница. В частности, основная цель объективных систем оценки тяжести состояния больных – прогноз и оценка риска летального исхода.

При этом APACHE II и SAPS высоко специфичны (90%) в отношении прогноза благоприятного исхода, но менее чувствительны (50–70%) относительно прогноза летального исхода. Более того, эти системы приемлемы для прогноза исхода и сравнительного анализа групп больных, а не для оценки отдельных пациентов [1]. Именно поэтому они не рекомендованы для про-

гностической оценки у конкретного больного и не могут быть основой для принятия решения в клинической практике, что было отмечено на согласительной конференции Европейского общества интенсивной медицины (1998). Следовательно, можно считать, что шкалы MODS и SOFA являются клинически значимым инструментом объективной оценки тяжести состояния больных и прогнозирования исхода критического состояния при абдоминальном сепсисе.

Система оценки SOFA (Sepsis-Related Organ Failure Assessment, Vincent J., 1996) предназначена для динамической оценки тяжести полиорганной дисфункции и эффективности лечебных мероприятий является наиболее удобной и простой для применения. Отличительной особенностью этой шкалы является ее высокая чувствительность для больных с перитонитом, так как она предназначена именно для оценки септических проявлений и полиорганной дисфункции, а с другой стороны, динамические показатели баллов отражают эффективность проводимого лечения, что тоже немаловажно в ведении этой тяжелой категории пациентов. Согласно данным распределения, показатель SOFA в 1-4 балла получен у 25,3% пациентов группы 1 и 26,1% в группе 2. Показатель SOFA в 5-8 баллов у 51,6% и 43,5%, более 9 баллов у 23,2% и 30,4%, соответственно (табл. 6). Соответственно распределению по тяжести показателя SOFA частота летальности составила в группе 1 при SOFA в 1–4 балла – 8,3%, 5–8 баллов – 40,8% и более 9 баллов – 100%, в группе 2 – 16,7%, 50,0% и 100%, соответственно (рис. 2).

Учитывая полученные результаты анализа, можно констатировать, что применение прогностических шкал позволяет не только адекватно оценить тяжесть основной патологии и ее осложнений, но и с высокой степенью точности верифицировать степень проявления полиорганной дисфункции, и, соответственно, определить групповой прогноз риска летальности.

Распределение больных с послеоперационным перитонитом по показателю шкалы SOFA на момент повторной операции

Распределение по баллам SOFA	Группа 1 (n=95)		Группа 2 (n=23)	
	Абс.	%	Абс.	%
1-4 балла	24	25,3%	6	26,1%
5-8 баллов	49	51,6%	10	43,5%
Более 9 баллов	22	23,2%	7	30,4%
Всего	95	100,0%	23	100,0%

коррекцию ВЭБ и других нарушений. Основное значение в определении эффективности терапии отводится динамическому УЗИ (динамика очаговых образований, выпота, кишечной перистальтики и т. д.), а также балльной оценке по системе SOFA, регресс показателя которой свидетельствует о положительном эффекте проводимых консервативных мероприятий. В случае неэффективности терапии, будут отмечаться как нарастание динамического показателя по шкале SOFA, так и ПИР. Соответственно, если значение ПИР будет превышать 20 баллов, то это является абсолютным показанием к релапаротомии.

На этом этапе следует обратить внимание на следующую особенность. За последние годы лапароскопическая хирургия заняла особое место и наблюдается прогрессивный прирост возможностей этого малоинвазивного вмешательства. Несмотря на небольшой клинический опыт РСЦХ в проведении повторных вмешательств лапароскопическим способом, этот метод можно отнести в разряд операций выбора, тем более, что миниинвазивный эффект при адекватно проведенной операции снижает риск развития или прогрессирования различных осложнений. Конечно, вероятность выполнения лапароскопии зависит от многих факторов, но в плане диагностического пособия показания к его применению не отличаются от стандартных показаний к этому типу вмешательств в экстренной абдоминальной хирургии. Поэтому мы вынесли возможность лапароскопической диагностики в отдельное направление.

Соответственно предложенному алгоритму, при возможности проведения лапароскопической диагностики, повторное вмешательство, особенно в неясных клинических ситуациях, целесообразней начать с этого метода операции. При ревизии оценивается распространенность перитонита и его характер, верифицируется источник этого осложнения. При ограниченном или разлитом перитоните с серозным выпотом или ферментативной этиологии, отсутствии признаков несостоятельности швов или перфорации, то есть причинного фактора перитонита, лапароскопическую диагностику можно перевести в лечебную лапароскопию, предусматривающую санацию брюшной полости, адекватное дренирование. При лапароскопически верифицированном причинном факторе перитонита (несостоятельность, перфорация и т.д.) или изолированном фибринозно-гнойном перитоните для адекватного выполнения вмешательства целесообразней перейти на релапаротомию. Однако, в случае тяжелой ПОН со значением SOFA более 9 баллов и крайне высоком риске летальности, допустимо проведение лечебной лапароскопии с тщательной санацией, тампонированием источника и адекватным дренированием брюшной полости.

При релапаротомии выбор хирургической тактики также зависит от тяжести ПОН. Если при ревизии

выявлен серозно-фибринозный или ферментативный перитонит, а значение системы оценки SOFA составляет 1–4 балла, то возможно расширение вмешательства до высокотехнологичного уровня. Например, осложнения недиагностированной язвенной болезни (перфорация) после проведения вмешательств по поводу другой экстренной абдоминальной патологии (холециститы, кишечная непроходимость, аппендэктомия и т. д.) при SOFA 1–4 балла может предполагать выполнение резекции желудка или ваготомии с дренирующей операцией (рис. 3).

Исключением в плане выбора сложности операции для пациентов с ПОН по шкале SOFA 1–4 балла для клиник Республиканского значения, областного и городского уровня при наличии специализированных отделений может быть перитонит билиарной этиологии (при несостоятельности швов холедоха или БДА, желчеистечении из пузырного протока после ХЭК на фоне резидуального множественного холедохолиза, ятрогенных повреждениях гепатикохоледоха и т. д.), при котором возможно выполнение реконструктивно-восстановительных операций с использованием прецизионных технологий.

Выводы

1. Послеоперационный перитонит является одним самых тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений, в структуре которых его частота достигает 31,1–43,8%. В зависимости от уровня хирургической службы и, соответственно, категории сложности выполняемых операций сводная частота летальности после повторных вмешательств по поводу этого осложнения достигает 51,3% – в РСЦХ, 63,5% – в стационарах городского и областного уровня и 36,7% – в районных клиниках. При этом в 81,1–90,9% случаев основной причиной фатальных исходов является полиорганная недостаточность.

2. Основными предрасполагающими факторами развития или прогрессирования ПП являются: необоснованное расширение объема операции, несоблюдение обязательных принципов хирургического лечения перитонита и недооценка состояния пациентов.

3. Доступный диагностический потенциал у пациентов с ПП обуславливает их различную верификационную информативность, составляющую только 14,3–50,0% в районных клиниках, 18,5–6,7% в стационарах городского и областного уровня и 26,7–90,0% в клинике Республиканского значения.

4. Оптимальным вариантом стандартизации протоколов ведения этой категории пациентов является применение прогностических интегральных шкал, совокупность результатов которых позволяет адекватно оценить риск повторного оперативного вмешательства и соответственно оптимизировать выбор тактики лечения на всех уровнях хирургической службы здравоохранения.

Список литературы

1. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З., Гельфанд Е.Б. Антибактериальная терапия хирургической абдоминальной инфекции и абдоминального сепсиса. *Consilium medicum* 2000; 2; 9: 374–379.
2. Макарова Н.П., Киршина О.В. Лапаростомия в лечении распространённого перитонита. *Хирургия* 2000; 3: 30–32.
3. Мамчиц В.И. Внутривнутрибрюшное кровотечение после операций на органах брюшной полости, требующее выполнения релапаротомии. *Клин. хир.* 1992; 8: 31–34.
4. Назыров Ф.Г., Девятов В.Я. Драмы и трагедии в хирургии. Монография. М: Геотар 2005; 305.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит: Практическое руководство. М. Литтерра 2006; 208.
6. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis - how to identify patients at risk for persistent sepsis. *Eur. J. Med. Res.* 2003; 8: 125–34.
7. Koperna T., Schulz F. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intra-abdominal infection. *World J Surg.* 2000; 24: 32–37.
8. Maloman E., Lepădatu C., Sainsus N., Ungureanu S., Balica I. Enhancement of antibiotic activity with proteolytic enzymes. Intra-abdominal sepsis unresolved issues. *Proceeding of The First international Humboldt Workshop on Surgical Research. Bucharest 2005: 107–112.*
Поступила 26.10.2010 г.

Информация об авторах

1. Назыров Феруз Гафурович – д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: azam746@mail.ru
2. Девятов Андрей Васильевич – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: azam746@mail.ru
3. Ходжиев Дониар Шомуратович – к.м.н., директор Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи; e-mail: azam746@mail.ru
4. Бабаджанов Азам Хасанович – к.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова; e-mail: azam746@mail.ru
5. Садыков Рустам Юсупович – врач ординатора Каракалпакского филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской помощи; e-mail: azam746@mail.ru