

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА И РЕЗУЛЬТАТОВ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

**Здзитовецкий Д. Э., Борисов Р. Н.**

*ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России, Россия (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), e-mail: zdz64@mail.ru*

Проведён анализ результатов хирургического лечения 349 больных распространённым перитонитом. Одинаково часто ( $p=0,705$ ) применялись два варианта хирургической тактики – релапаротомии «по требованию» и «по программе». Программированные релапаротомии значительно чаще ( $p<0,001$ ) использовались у больных в фазах течения процесса – «тяжёлый сепсис» и «септический шок». Установлено, что летальность при распространённом перитоните зависит от возраста, основного заболевания, исходной тяжести общего состояния, исходной тяжести перитонита, общего количества операций и не зависит от пола больных ( $p=0,422$ ) и применяемой хирургической тактики ( $p=0,250$ ). Общая летальность составила  $35,0\pm 2,6\%$ . При послеоперационном перитоните летальность составила  $69,2\pm 9,1\%$ ; при МИП – менее 21 балла –  $12,5\pm 4,8\%$ , при МИП – 30 и более баллов –  $54,4\pm 4,3\%$  ( $p<0,001$ ); при ИБП менее 14 баллов –  $29,6\pm 3,3\%$ , при ИБП 14 и более баллов –  $41,1\pm 3,9\%$  ( $p=0,024$ ); при исходном сепсисе без полиорганной недостаточности –  $20,5\pm 3,6\%$ , при исходном септическом шоке –  $68,6\pm 7,8\%$  ( $p<0,001$ ).

**Ключевые слова:** распространённый перитонит, синдром системной воспалительной реакции, полиорганная недостаточность, релапаротомия по требованию, программированная релапаротомия.

## ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF GENERAL PERITONITIS AND RESULTS HIS TREATMENT IN BIG HOSPITAL

**Zdzitovetsky D. E., Borisov R. N.**

*Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F.Voyno-Yasenetsky, Russia (660022, Krasnoyarsk, street of Partizan Zheleznyak, 1), e-mail: zdz64@mail.ru*

The analysis of the results of surgical treatment of 349 patients with general peritonitis. Equally often ( $p=0,705$ ) used two versions of the surgical tactics – relaparotomy on demand and planned relaparotomy. Planned relaparotomy was significantly higher ( $p<0,001$ ) used in patients in the use phase of a process «severe sepsis» and «septic shock». It is established that mortality in general peritonitis depends on age, underlying disease, baseline severity of general condition, the initial severity of peritonitis, the total number of operation, and doesn't depend on sex of the patients ( $p=0,422$ ) and used surgical tactics ( $p=0,250$ ). Overall mortality was  $35,0\pm 2,6\%$ . In the postoperative peritonitis mortality was  $69,2\pm 9,1\%$ ; an MPI less than 21 points –  $12,5\pm 4,8\%$ , an MPI 30 or more points –  $54,4\pm 4,3\%$  ( $p<0,001$ ); an index of the abdominal cavity less than 14 points –  $29,6\pm 3,3\%$ , an index of the abdominal cavity 14 or more points –  $41,1\pm 3,9\%$  ( $p=0,024$ ); with initial sepsis without multiple organ failure –  $20,5\pm 3,6\%$ , with initial septic shock –  $68,6\pm 7,8\%$  ( $p<0,001$ ).

**Key words:** general peritonitis, systemic inflammatory response syndrome, multiple organ failure, relaparotomy on demand, planned relaparotomy.

Распространённый перитонит (РП) остаётся актуальной медико-социальной проблемой, прежде всего, из-за сохраняющейся высокой летальности [1, 5, 7, 8].

Важнейшим элементом успешного лечения РП является выбор хирургической тактики [1, 3, 4, 6], и прежде всего, способа (метода) ведения брюшной полости, к которым относятся: закрытый, лапароскопический, полужакрытый (традиционный, стандартный), полуоткрытый (метод программированных релапаротомий) и открытый (лапаростомия) способы [5, 7, 9].

При выборе хирургической тактики «релапаротомия по требованию» наиболее часто применяется полужакрытый (традиционный) метод хирургического лечения, а при выборе тактики «релапаротомия по программе» – полукрытый (метод программированных релапаротомий) [4, 9].

Недостатками традиционного метода хирургического лечения являются: опасность неполной элиминации источника перитонита в ходе одной операции, поздняя диагностика развившихся осложнений и, как следствие, – несвоевременное принятие решения о необходимости повторного вмешательства и выполнения релапаротомии по требованию [6].

Важным остаётся вопрос определения показаний к применению метода программированных релапаротомий. Для выбора этапного ведения брюшной полости при РП используют традиционные показания, а также различные интегральные системы оценки степени поражения брюшной полости и тяжести общего состояния больных [1, 4, 5].

**Цель исследования:** разработка концепции выбора хирургической тактики и объёма оперативного лечения больных распространённым перитонитом, с учётом фазы течения процесса, для улучшения результатов лечения.

### **Материал и методы исследования**

Для достижения цели исследования проведен ретроспективный анализ историй болезни 349 больных РП, находившихся на лечении в хирургических отделениях МБУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н. С. Карповича» г. Красноярск в 2000–2004 гг.

Рассматривались возраст, пол больных, тяжесть общего состояния и выраженность полиорганной недостаточности (ПОН) при поступлении, нозологические формы заболевания. Особое внимание уделялось фазе течения процесса, тяжести поражения органов брюшной полости, а также объёму оперативного лечения, тактике ведения брюшной полости и результатам лечения.

В своей работе мы придерживались классификационно-диагностической схемы перитонита, принятой в 2005 г. на Всероссийской научно-практической конференции Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям [2].

Исходную степень тяжести больных оценивали по шкале SAPS-II (simplified acute physiological score – упрощённая шкала оценки острых функциональных изменений). Для оценки тяжести перитонита использовали Мангеймский индекс перитонита (МИП; M.M. Linder et al., 1987) и индекс брюшной полости (ИБП; В.С. Савельев и соавт., 1996). Наличие и степень выраженности ПОН исходно и в динамике определяли по шкале SOFA (sequential organ failure assessment – последовательная оценка органной недостаточности). При оценке тяжести синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) придерживались определений согла-

сительной конференции ACCP/SCCM (R. Bone et al., 1992–2002).

Операции у всех больных проводились по общепринятой методике. В послеоперационном периоде всем больным РП в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии проводились в полном объёме интенсивная инфузионно-трансфузионная и адекватная антибактериальная терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений и стресс-язв ЖКТ, нутритивная поддержка, по показаниям использовались различные методы экстракорпоральной детоксикации, при необходимости проводились респираторная поддержка и инотропная стимуляция.

Статистическая обработка полученных данных проводилась методами вариационной статистики на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows' 6.1» (StatSoft, USA). Параметрические данные представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $\sigma$  – среднее квадратичное отклонение. Непараметрические данные приведены в виде медианы ( $Me$ ) и интерквартильного размаха:  $Me$  (25 %; 75 %). Относительные частоты (доли) представлены со стандартной ошибкой доли, выраженной в % ( $S\%$ ). Для сравнения несвязанных групп по количественным признакам использован  $U$ -критерий Манна-Уитни, связанных групп по количественным признакам – критерий Вилкоксона для парных сравнений, всех групп по качественному признаку – критерий  $\chi^2$  по Пирсону или (при необходимости) двусторонний вариант точного критерия Фишера. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался, равный – 0,05.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Наиболее частыми причинами РП были перфоративные гастродуоденальные язвы [88 (25,2±2,3 %)] и острый аппендицит [71 (20,3±2,2 %)], на долю которых пришлась почти половина всех случаев РП. Немалое значение среди причин перитонита также имели перфорации толстой кишки опухолевого [45 (12,9±1,8 %)] и неопухолевого генеза [21 (6,0±1,3 %)].

Значительную долю среди причин РП занимали заболевания, характеризующиеся крайне тяжёлым, порой фатальным, течением и высоким риском летального исхода. Так, острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) было четвёртой по частоте [40 (11,5±1,7 %)] причиной РП. При этом у 21 (52,5±7,9 %) больного с ОНМК некроз кишечника был столь обширным, что эти случаи признаны неоперабельными и закончились летальным исходом. Послеоперационный период после операций, не связанных с перитонитом, осложнился РП у 26 (7,4±1,4 %) больных. Панкреонекроз, при котором невозможно выполнить главный этап лечения – удаление источника, осложнился РП у 19

(5,4±1,2 %) больных. Таким образом, доля ОНМК, послеоперационного перитонита и панкреонекроза, среди причин РП составила 85 (24,4±2,3 %) случаев.

РП одинаково часто ( $p=0,496$ ) встречался как у мужчин, так и у женщин (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика больных распространённым перитонитом по возрасту и полу

Пол \ Возраст, лет	Мужчины, n (%±S %)		Женщины, n (%±S %)		Всего, n (%±S %)	
		Летальность		Летальность		Летальность
<20	9 (5,0±1,6)	0	3 (1,8±1,0)	0	12 (3,4±1,0)	0
21–30	18 (10,1±2,3)	0	15 (8,8±2,2)	0	33 (9,5±1,6)	0
31–40	21 (11,7±2,4)	3 (14,3±7,6)	9 (5,3±1,7)	2	30 (8,6±1,5)	5 (16,7±6,8)
41–50	28 (15,6±2,7)	7 (25,0±8,2)	23 (13,5±2,6)	4 (17,4±7,9)	51 (14,6±1,9)	11 (21,6±5,8)
51–60	48 (26,8±3,3)	18 (37,5±7,0)	34 (20,0±3,1)	12 (35,3±8,2)	82 (23,5±2,3)	30 (36,6±5,3)
61–70	26 (14,5±2,6)	11 (42,3±9,7)	37 (21,8±3,2)	14 (37,8±8,0)	63 (18,1±2,1)	25 (39,7±6,2)
71–80	25 (14,0±2,6)	17 (68,0±9,3)	35 (20,6±3,1)	21 (60,0±8,3)	60 (17,2±2,0)	38 (63,3±6,2)
>80	4 (2,2±1,1)	3	14 (8,2±2,1)	10	18 (5,2±1,2)	13
Все	179 (100,0)	59 (33,0±3,5)	170 (100,0)	63 (37,1±3,7)	349 (100,0)	122 (35,0±2,6)

Среди всех причин РП у мужчин значимо чаще встречались перфоративные гастродуоденальные язвы ( $p=0,001$ ) и панкреонекроз ( $p=0,004$ ), а у женщин – ОНМК ( $p=0,025$ ).

Большинство больных РП были в возрасте до 60 лет (59,6±2,6 %). Среди различных возрастных групп наиболее многочисленной [82 (23,5±2,3 %)] была группа больных в возрасте 51–60 лет. При этом среди мужчин наибольшее количество больных было в этой же возрастной группе [48 (26,8±3,3 %)], а среди женщин – в группе 61–70 лет [37 (21,8±3,2 %)].

Выявлены особенности распределения больных по нозологическим формам перитонита в зависимости от возраста. Среди больных до 30 лет (45 больных) у подавляющего большинства [44 (97,8±2,2 %)] причиной РП были острый аппендицит [28 (62,2±7,2 %)] и перфоративные гастродуоденальные язвы [16 (35,6±7,1 %)] и только у 1 (2,2±2,2 %) пациента – панкреонекроз. В возрасте от 31 до 60 лет (163 больных) перфоративные гастродуоденальные язвы и острый аппендицит также оставались основными причинами РП [53 (32,5±3,7 %) и 30 (18,4±3,0 %) соответственно]. Кроме того, в данной возрастной группе было большинство больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (6 из 9), травмой органов брюшной полости (8 из 12), панкреонекрозом (12 из 19) и послеоперационным перитонитом [16 из 26 (61,5±9,5 %)]. У больных старше 61 года (141 больной) наиболее

частыми причинами РП были ОНМК [30 (21,3±3,4 %)] и опухоли толстой кишки [29 (20,6±3,4 %)]. Так же на этот возраст приходится большинство больных с перфорацией толстой кишки неопухолевого генеза [15 из 21 (71,4±9,9 %)], перфорацией тонкой кишки (4 из 6), а также с другими заболеваниями (8 из 12).

У больных РП в равной степени ( $p=0,705$ ) применялись два варианта хирургической тактики – релапаротомии «по требованию» и «по программе» (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика больных распространённым перитонитом по нозологиям и исходной хирургической тактике ведения брюшной полости

Заболевания	Метод ведения брюшной полости		Программированные релапаротомии, n (%±S %)	
	Релапаротомии по требованию, n (%±S %)	Летальность	Релапаротомии по требованию, n (%±S %)	Летальность
Перфоративные гастродуоденальные язвы (N=88)	39 (44,3±5,3)	4 (10,3±4,9)	49 (55,7±5,3)	10 (20,4±5,8)
Острый аппендицит (N=71)	36 (50,7±5,9)	3 (8,3±4,6)	35 (49,3±5,9)	3 (8,6±4,7)
Опухоль толстой кишки (N=45)	25 (55,6±7,4)	13 (52,0±10,0)	20 (44,4±7,4)	9 (45,0±11,1)
Острое нарушение мезентериального кровообращения (N=40)	22 (55,0±7,9)	21 (95,5±4,4)	18 (45,0±7,9)	5
Послеоперационный перитонит (N=26)	8 (30,8±9,1)	4	18 (69,2±9,1)	14
Перфорация толстой кишки (N=21)	10 (47,6±10,9)	6	11 (52,4±10,9)	5
Панкреонекроз (N=19)	16	10	3	3
Травма живота (N=12)	6	2	6	2
Другие (N=12)	7	3	5	1
Острая спаечная кишечная непроходимость (N=9)	5	0	4	1
Перфорация тонкой кишки (N=6)	3	1	3	2
Все (N=349)	177 (50,7±2,7)	67 (37,9±3,6)	172 (49,3±2,7)	55 (32,0±3,6)

Только при послеоперационном перитоните значительно чаще использовались релапаротомии «по программе» ( $p=0,006$ ), а при панкреонекрозе – релапаротомии «по требованию» ( $p<0,001$ ).

Хирургическая тактика релапаротомия «по требованию» (РПТ) при лечении РП применялась в случаях, когда при первичной операции не прогнозировалось неблагоприятное течение инфекционного процесса в брюшной полости (табл. 3). Одного оперативного вмешательства для купирования РП было достаточно у 147 (83,1±2,8 %) пациентов. У 24 (13,5±2,6 %) больных для купирования РП и ликвидации интраабдоминальных осложнений потребовалось выполнение релапаротомий «по требованию», а у 6 (3,4±1,4 %) – переход на программированные санации.

К сожалению, не всегда в результате одной операции можно выполнить полноценную санацию брюшной полости и достичь полного контроля над источником инфекции. В таких случаях для динамического контроля и активного воздействия на инфекционный процесс в брюшной полости при РП выполняли программированные релапаротомии (ПР). Подобная хирургическая тактика применена у 172 больных РП. Более чем у половины этих больных [97 (56,4±3,8%)] для купирования РП было достаточно одной этапной санации брюшной полости, а у 18 (10,5±2,3%) потребовалось 4 и более ПР.

Таблица 3

Характеристика больных распространённым перитонитом по хирургической тактике

Варианты хирургической тактики	Количество больных n (%±S %)	Летальность n (%±S %)
Релапаротомии «по требованию» (полузакрытый метод)		
Только первичная операция	147 (83,1±2,8)	53 (36,1±4,0)
РПТ	24 (13,5±2,6)	10 (41,7±10,1)
РПТ с переходом на ПР	6 (3,4±1,4)	4
Все	177 (100,0)	67 (37,9±3,6)
Релапаротомии «по программе» (полуоткрытый метод)		
1 ПР	97 (56,4±3,8)	21 (21,6±4,2)
2 ПР	31 (18,0±2,9)	10 (32,3±8,4)
3 ПР	26 (15,1±2,7)	11 (42,3±9,7)
4 и более ПР	18 (10,5±2,3)	13
Все	172 (100,0)	55 (32,0±3,6)

Обнаружены значимые различия в выраженности исходных проявлений системного воспаления у больных РП в зависимости от хирургической тактики (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика больных распространённым перитонитом по исходной фазе течения процесса и технологии ведения брюшной полости

Фаза \ Метод	Релапаротомии по требованию n (%±S %)		Программированные релапаротомии n (%±S %)		Всего n (%±S %)	
		Летальность		Летальность		Летальность
Отсутствие сепсиса	27 (15,3±2,7)	0	0	0	27 (7,7±1,4)	0
Сепсис	63 (35,6±3,6)	16 (25,4±5,5)	64 (37,2±3,7)	10 (15,6±4,5)	127 (36,4±2,6)	26 (20,5±3,6)
Тяжёлый сепсис	73 (41,2±3,7)	41 (56,2±5,8)	87 (50,6±3,8)	31 (35,6±5,1)	160 (45,8±2,7)	72 (45,0±3,9)
Септический шок	14 (7,9±2,0)	10	21 (12,2±2,5)	14 (66,7±10,3)	35 (10,0±1,6)	24 (68,6±7,8)
Все	177 (100,0)	67 (37,9±3,6)	172 (100,0)	55 (32,0±3,6)	349 (100,0)	122 (35,0±2,6)

Тяжёлые проявления ССВР чаще диагностировались у больных с этапными санациями брюшной полости (p=0,010). Хирургическая тактика релапаротомия «по требованию» одинаково часто использовалась как при отсутствии или нетяжёлых проявлениях системного

воспаления, так и при сочетании ССВР с ПОН ( $p=0,750$ ). В то же время программные санации брюшной полости значимо чаще использовались у больных РП в фазах течения процесса «тяжёлый сепсис» (ТС) и «септический шок» (СШ) ( $p<0,001$ ).

Различия в исходной тяжести состояния больных в группах с различной хирургической тактикой продемонстрированы и в таблице 5. Значимые различия отмечаются и по тяжести состояния (по шкале SAPS-II), и по выраженности ПОН (по шкале SOFA), и по степени поражения брюшной полости (ИБП). Только значения МИП не имеют значимых различий в группах.

Таблица 5

Исходная тяжесть состояния больных распространённым перитонитом

Шкалы	Хирургическая тактика	Релапаротомии «по требованию»	Релапаротомия «по программе»	p
	Баллы, Ме (25 %; 75 %)			
SAPS-II		20 (13; 30)	26 (20; 34)	<0,001
SOFA		2 (0; 3)	2 (1; 4)	0,003
МИП		27 (23; 31)	28 (23; 32)	0,469
ИБП		12 (8; 12)	14 (14; 14)	<0,001

Общая летальность при РП составила  $35,0\pm 2,6$  % (122 из 349) (табл. 1, 4).

Летальность при различных нозологических формах РП колебалась в значительных пределах (табл. 2). Наиболее низкие показатели летальности отмечались при остром аппендиците ( $8,5\pm 3,3$  %), острой спаечной кишечной непроходимости (1 из 9) и перфоративной гастродуоденальной язве ( $15,9\pm 3,9$  %). При РП вследствие травм органов брюшной полости погиб каждый третий больной (4 из 12). При опухолях толстой кишки летальность возрастала до  $48,9\pm 7,5$  %, а при перфорациях толстой кишки неопухолевого генеза – до  $52,4\pm 10,9$  %. Наиболее высокий уровень летальности отмечался при ОНМК ( $65,0\pm 7,5$  %), панкреонекрозе (13 из 19) и послеоперационном перитоните ( $69,2\pm 9,1$  %).

Значимых различий в показателях летальности среди мужчин и женщин не было ( $p=0,422$ ). Только при перфоративной гастродуоденальной язве летальность была значимо выше у женщин ( $p=0,024$ ).

Что касается уровня летальности в различных возрастных группах, то в возрасте до 30 лет случаев смерти при РП за анализируемый период не было (табл. 1). С возрастом летальность возрастала с  $16,7\pm 6,8$  % (в возрастной группе 31–40 лет) до  $63,3\pm 6,2$  % (в группе 71–80 лет), а среди пациентов старше 80 лет она составила «13 из 18». Значимых различий в летальности у мужчин и женщин в различных возрастных группах не отмечено.

Не выявлено различий в уровнях летальности в зависимости от применяемой хирургической тактики ( $p=0,250$ ). Также не отмечено значимых отличий в летальности в

зависимости от применяемой хирургической тактики и при различных нозологических формах перитонита (табл. 2).

При ведении брюшной полости полужакрытым способом наименьшая летальность отмечена при выполнении только одной операции ( $36,1 \pm 4,0$  %) (табл. 3). При некупируемом воспалительном процессе в брюшной полости или развитии интраабдоминальных осложнений, потребовавших выполнения РПТ, летальность возрастала до  $41,7 \pm 10,1$  %. Наибольший уровень летальности (4 из 6) в этой группе был, когда после выполненной РПТ переходили на программированные санации брюшной полости.

При ведении брюшной полости «по программе» наименьшая летальность была при выполнении одной программированной санации ( $21,6 \pm 4,2$  %). С увеличением количества этапных санаций возрастал и уровень летальности:  $32,3 \pm 8,4$  % при выполнении 2 ПР,  $42,3 \pm 9,7$  % при 3 ПР и «13 из 18» при 4 и более ПР.

Говоря об отсутствии значимых различий в уровнях летальности в группах больных с РП, в зависимости от применяемой хирургической тактики, необходимо помнить, что исходная тяжесть состояния, выраженность ПОН, степень поражения органов брюшной полости, а также выраженность исходных проявлений системного воспаления были значимо выше у пациентов с программными санациями брюшной полости (табл. 5).

Летальность при РП напрямую зависела от исходной тяжести перитонита (табл. 6). При МИП менее 21 балла летальность составила  $12,5 \pm 4,8$  %, при МИП 21–29 баллов –  $25,5 \pm 3,4$  % ( $p=0,059$ ), при МИП 30 и более баллов –  $54,4 \pm 4,3$  % ( $p<0,001$ ). Соответственно, при ИБП менее 14 баллов летальность составила  $29,6 \pm 3,3$  %, а при ИБП 14 и более баллов –  $41,1 \pm 3,9$  % ( $p=0,024$ ). При анализе летальности пациентов с различной хирургической тактикой в зависимости от тяжести РП по МИП значимых различий не найдено ( $p>0,381$ ). Также отсутствовали значимые различия летальности у пациентов с ИБП менее 14 баллов ( $p=0,704$ ). При ИБП 14 и более баллов в группе пациентов с этапными санациями брюшной полости уровень летальности был значимо ниже, чем при полужакрытом ведении ( $p<0,001$ ).

Таблица 6

Зависимость летальности от исходной тяжести перитонита и хирургической тактики ведения брюшной полости

Летальность, n (%±S %)			
Метод ведения брюшной полости	Релапаротомии «по требованию»	Программированные релапаротомии	Все
Тяжесть перитонита			
МИП менее 21 балла (N=48)	5/29 (17,2±7,0)	1/19	6/48
	$p=0,381^*$		(12,5±4,8)
МИП 21-29 баллов (N=165)	21/77 (27,3±5,1)	21/88 (23,9±4,5)	42/165
	$p=0,616$		(25,5±3,4)
МИП 30 и более баллов (N=136)	41/72 (56,9±5,8)	33/64 (51,6±6,2)	74/136
	$p=0,529$		(54,4±4,3)
ИБП менее 14 баллов (N=186)	47/156 (30,1±3,7)	8/30 (26,7±8,1)	55/186
	$p=0,704$		(29,6±3,3)

ИБП 14 и более баллов (N=163)	17/21 (81,0±8,6)	50/142 (35,2±4,0)	67/163
	p<0,001		(41,1±3,9)

Примечание: \* – двусторонний вариант точного критерия Фишера.

Сепсис (ССВР 2–4, ТС, СШ) исходно был у 322 (92,3±1,4 %) больных РП (табл. 4). При этом обнаружена прямая зависимость между наличием и выраженностью сепсиса и летальностью. При отсутствии сепсиса летальных исходов не было, при ССВР 2–4 летальность составила 20,5±3,6 % (26/127), при ТС – 45,0±3,9 % (72/160), а при СШ – 68,6±7,8 % (24/35) (p<0,001, для всех сравнений).

При отсутствии или невыраженных исходных проявлениях системного воспаления у больных РП значимых различий в уровнях летальности при различной хирургической тактике не отмечено (p=0,538) (табл. 4). У пациентов с исходным ТС при проведении программных санаций летальность была значимо ниже, чем при полузакрытом методе (p=0,002), а при исходных проявлениях СШ летальность не зависела от выбранной хирургической тактики (p=0,163).

### **Заключение**

Основными общедоступными вариантами хирургической тактики при РП остаются полузакрытый и полуоткрытый методы ведения брюшной полости. При этом, использование метода программированных релапаротомий при РП позволяет своевременно выполнять санацию инфекционных очагов в брюшной полости. Наиболее рационально применение этого метода у пациентов с РП в фазе течения процесса «тяжёлый сепсис» и при ИБП 14 и более баллов, когда он значимо эффективней, чем полузакрытое ведение брюшной полости.

В то же время необходимо помнить, что само оперативное вмешательство является фактором, отягощающим течение системного воспаления. Это подтверждается значимым ростом летальности при увеличении количества санационных вмешательств. Поэтому при ведении больных методом программированных санаций оптимальным является выполнение не более 3 релапаротомий. Исходя из этого, наиболее перспективным направлением в оптимизации хирургической тактики при РП являются мероприятия, направленные как на уменьшение количества санационных вмешательств, так и на выраженность системного воспаления. Как нам представляется, для выполнения этой задачи наиболее эффективно применение продлённой санации брюшной полости в меж- и послеоперационном периодах.

### **Список литературы**

1. Галимаянов Ф. В., Прудков М. И., Богомяглова Т. М. Этапная тактика хирургического лечения больных третичным перитонитом и тяжёлым абдоминальным сепсисом // Инфекции в хирургии. – 2010. – № 1. – С. 19.

2. Классификация перитонита (принята на Всероссийской научно-практической конференции РАСХИ, 2005 г.) / В. С. Савельев, И. А. Ерюхин, М. И. Филимонов и др. // Инфекции в хирургии. – 2007. – № 1. – С. 12-14.
3. Плоткин Л. Л. Релапаротомии у пациентов с разлитым гнойным перитонитом, аспекты агрессивности / Л. Л. Плоткин // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2008. – № 3. – С. 11-14.
4. Программируемые релапаротомии в лечении распространённого перитонита. Варианты тактических решений / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд и др. // Инфекции в хирургии. – 2009. – № 4. – С. 26-31.
5. Рыбачков В. В. Перитонит / В. В. Рыбачков, К. В. Костюченко, С. В. Маевский. – Ярославль: ЯрМедиаГруп, 2010. – 305 с.
6. Савельев В. С. Выбор режима этапного хирургического лечения распространённого перитонита / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд и др. // Анналы хирургии. – 2009. – № 4. – С. 5-10.
7. Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis: a French prospective observational multicenter study / R. Gauzit, Y. Péan, X. Barth et al. // Surg. Infect. – 2009. – Vol. 10. № 2. – P. 119-127.
8. Hasper D. Management of severe abdominal infections / D. Hasper, J.C. Schefold, D.C. Baumgart // Recent Pat. Anti-infect. Drug Discov. – 2009. – Vol. 4. № 1. – P. 57-65.
9. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis / B. Lamme, M.A. Boermeester, E.J. Belt et al. // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91. № 8. – P. 1046-1054.

#### **Рецензенты:**

Винник Ю. С., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Минздравсоцразвития России, г. Красноярск.

Капсаргин Ф. П., д.м.н., доцент, зав. кафедрой урологии, андрологии и сексологии ИПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Минздравсоцразвития России г. Красноярск.