

**ДИНАМИКА ПРЕДИКТОРНЫХ
СВОЙСТВ КРИТЕРИЕВ
АБДОМИНАЛЬНОГО
СЕПСИСА И ПОЛИОРГАННОЙ
ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО
ПЕРИТОНИТА**

Костюченко К.В., Рыбачков В.В.
МСЧ ОАО «Автодизель»,
Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА
Ярославль, Россия

Высокая летальность при хирургическом лечении распространённого перитонита является актуальной проблемой хирургического лечения распространённого перитонита (РП) и достигает в ряде случаев 65%. Наиболее позитивными считаются показатели летальности при гнойном РП - 25-30%. [Б.К.Шуркалин, 2004; В.Н.Чернов, 2004]. Представляет интерес предикторная (предсказательная) ценность одиночных симптомов и их совокупностей в отношении прогноза результатов лечения. Изучены результаты лечения и обследования 477 пациентов, оперированных по поводу РП, развившегося в результате прогрессирования заболеваний органов брюшной полости (исключены пациенты с распространённым перитонитом, возникшим после плановых операций, больные с панкреонекрозом, онкопатологией и инфарктом кишечника). С учётом характеристики экссудата брюшной полости (гнойный - 236; фибринозный - 131; серозный 110) и возможности в ходе одной операции устранить причину интоксикации применялась традиционная хирургическая тактика (ТХТ) (421 пациент); метод программированных санационных релапаротомий (ПСР), включающий интраоперационный перитонеально-энтеральный лаваж с кратностью до 4 (56 пациентов). Отдельно оценивались результаты лечения у пациентов с распространённым гнойным перитонитом (РГП). Обследование включало индикаторы, лежащие в основе критериев абдоминального сепсиса (температура^оС, ЧСС, ЧДД, лейкоциты крови, в том числе относительное число незрелых форм лейкоцитов) и полиорганной дисфункции (среднее артериальное давление, гематокрит, балл шкалы комы Глазго (GCS)) [Bone R.C.1992; Baue A.E. 1980], которые были тестированы в качестве потенциальных предикторов прогноза исходов лечения. Для оценки прогностических свойств индикаторов был применён ROC-анализ (Receiver Operating Characteristic Analysis), в ходе которого определялась ROC_{AREA} - площадь под ROC-кривой [J.A. Hanley, 1982].

Общая летальность в группе исследования составила 19,9% (при РГП - 35,2%). Летальность при применении ТХТ составила 19,0% (при РГП - 37,4%); при применении ПСР (РГП-54 пациента; РПП-2 пациента) - 26,8%. Определение пре-

дикторных свойств (ПС) проводилось периоперационно и в течение пяти хирургических суток, как в генеральной совокупности (ГС), так и в подгруппе с РГП. Для абсолютного числа лейкоцитов крови и гематокрита в ГС эти свойства оказались невелики - максимум отмечен (лейкоциты) на третьи хирургические сутки - ROC_{AREA} 0,66 при $SE_{(AREA)} > 0,05$; гематокрит - на вторые хирургические сутки - ROC_{AREA} 0,51 при $SE_{(AREA)} < 0,05$. Состояние гемодинамики обладало клинически значимыми ПС в ГС и достигали (ЧСС) ROC_{AREA} 0,81 при $SE_{(AREA)} < 0,05$ на пятый день после операции и (среднее АД) ROC_{AREA} 0,78 при $SE_{(AREA)} < 0,05$ на второй хирургический день. Частота дыхательных движений обладала также высокими ПС - ROC_{AREA} 0,74 (первые хирургические сутки)-0,83 (третьи хирургические сутки). Температура тела обладала наивысшими ПС на третий хирургический день - ROC_{AREA} 0,76. В последующем этот критерий не превышал 0,70. Наиболее высокими ПС в ГС обладал балл GCS - ROC_{AREA} 0,81-0,92 при $SE_{(AREA)} < 0,05$. В подгруппе РГП отмечено нарастание прогностических свойств частоты сердечных сокращений к пятому хирургическому дню до ROC_{AREA} 0,78; стабильно высокие ПС в течение всего раннего послеоперационного периода у GCS - ROC_{AREA} 0,72-0,88. Уменьшение ПС при РГП по сравнению с ГС в таких показателях как среднее АД (ROC_{AREA} 0,73); лейкоцитоз (ROC_{AREA} 0,55-0,65); температура ^оС (ROC_{AREA} 0,56-0,65) может быть основано, как на уменьшении выборки, так и на реальной динамике. Гематокрит и число незрелых форм лейкоцитов не обладали существенными ПС. Частота дыхательных движений характеризовалась постепенным ростом ПС к пятым суткам (ROC_{AREA} до 0,77).

Наиболее информативными для прогноза в раннем послеоперационном периоде являются балл шкалы комы Glasgow и ЧДД. В связи с патогенетической связью между этими критериями появляется необходимость усиления протокола лечения с включением методов гипербарической оксигенации, детоксикационной терапии, иммунотерапии, современной медикаментозной поддержки. Несмотря на снижение чувствительности оценки, эти критерии остаются высоко информативными для прогноза при РГП даже при относительно небольшом объёме исследования. Менее информативными для прогноза исходов оказались симптомы гемодинамических расстройств - среднее АД, ЧСС. Лейкоцитоз и гематокрит, также как и температурная реакция, определяемые в динамике не показали высокой прогностической ценности. Наиболее ранними индикаторами неблагополучия, как в зоне раневого процесса, так и в отношении прогрессирования полиорганной дисфункции являются клинически значимые ($ROC_{AREA} > 0,70$) прогностические факторы.