

УДК 616.381-002:616 – 07:617 - 089

© Коллектив авторов, 2011.

СПОСОБ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Н.Э. Каракурсаков, А.В. Костырной, Д.В. Шестопапов, И.В. Говорунов*ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», кафедра общей хирургии (зав., д.м.н. - А.В. Костырной), г. Симферополь, Украина.*

MEASURING SEVERITY SCORE OF PATIENTS IN CASE OF PERITONITIS

N.E. Karakursakov, A.V. Kostirnoy, D.V. Shestopalov, I.V. Govorunov

SUMMARY

The result of treatment and investigation of 124 patients with peritonitis is performed. In this group 16 patients with laparostomy from 2006 till 2011 were hospitalized in 7th hospital Simferopol. Prognosis of development and diagnosis in case of postoperative peritonitis was made. Factors development of postoperative peritonitis, using preventive measures and dynamic investment of changes in intraabdominal pressure gives an opportunity to choose right variant of treatment and to get information about outcomes of illness.

СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ХВОРОГО НА ПЕРИТОНІТ

Н.Е. Каракурсаков, О.В. Костирной, Д.В. Шестопапов, І.В. Говорунов

РЕЗЮМЕ

Представлений результат заснований на обстеженні та лікуванні 124 хворих з перитонітом, у тому числі 16 хворих з лапаростоміями, за період з 2006 по 2011р., що знаходились на лікуванні в 7-й МКЛ м. Сімферополя. Наведено критерії прогнозування розвитку та ранньої діагностики післяопераційного перитоніту. Показано, що облік сукупності факторів ризику розвитку післяопераційного перитоніту, використання доступних заходів його профілактики, а також динамічне спостереження за зміною внутрішньочеревного тиску дозволяють своєчасно вибрати тактику правильного лікування та прогнозувати результат захворювання.

Ключевые слова: больной, перитонит, степень тяжести.

Объективная оценка тяжести состояния пациента при перитоните и определение вероятности неблагоприятного исхода представляют определенные сложности (1). 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 (одна из распространенных шкал — Мангеймский индекс перитонита — MPI, прогностический индекс релапаротомий — ПИР); в-третьих, использование ряда отдельных показателей гомеостаза в качестве независимых предикторов неблагоприятного исхода (1,3,4,5).

Несмотря на более чем двадцатилетнюю историю существования интегральных систем оценки тяжести состояния с постоянно увеличивающимся количеством этих систем, оценка тяжести состояния остается несовершенной (2). Все используемые шкалы имеют общие недостатки: плохая дискриминационная способность исхода для отдельного пациента при относительно точном прогнозе вероятности ле-

тального исхода для группы пациентов (6), низкая чувствительность шкал при достаточно высокой специфичности, что позволяет более или менее точно предсказать вероятность летального исхода, что не дает возможности достоверно выявить выживших пациентов (7,8). Эти особенности интегральных шкал позволяют стратифицировать пациентов для проведения научных исследований и написания отчетов, но практически делают шкалы непригодными для принятия решения по тактике лечения конкретного больного (8).

Современная хирургия имеет в арсенале около 50 интегральных прогностических шкал, но их использование, в условиях недостаточной оснащенности лечебных учреждений необходимым оборудованием, не всегда возможно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованиями поставлена задача адаптировать интегральную прогностическую шкалу при перитоните к любому хирургическому стационару, с целью оценки степени тяжести пациента, эффективности проводимой и необходимости коррекции лечебно-диагностической программы. Проанализированы результаты обследования и лечения 124 боль-

ных с перитонитом, в том числе 16 больных с лапаростомами, за период с 2006 по 2011 г., находящихся на лечении в 7-й ГКБ г. Симферополя. Приведены критерии прогнозирования развития и ранней диагностики послеоперационного перитонита. Предлагаемая

интегральная прогностическая шкала при перитоните представлена в таблице № 1. Параметры пациента (физического статуса, интраоперационных критериев, показателей внутрибрюшного давления) вносятся в интегральную шкалу представленную таблицей № 1.

Таблица № 1.

Оценка степени тяжести состояния пациента при перитоните.

Параметры шкалы	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Возраст	30 - 40 лет	41 - 50	51-60 лет	Более 61 года
Сопутствующая патология				Заболевания сердца, легких, печени, почек, сахарный диабет, онкопатология, заболевания крови
Степень распространенности перитонита	Местный-ограниченный	Местный	Распространенный	Общий
Источник перитонита	Желудок, кровь	Желчь, тонкая кишка	Панкреатический секрет	Толстая кишка
Характер перитониального выпота	Серозный	Серозно - фибринозный	Гнойный	Гнойный с фиксированными наложениями фибрина, геморрагический, каловый
Интраоперационные критерии при первичном вмешательстве	Локализованный источник воспаления	Дилатация кишечной трубки до 3 см	Формирующиеся межпечельные абсцессы и абсцессы брюшной полости	Дилатация кишечной трубки > 5 см, сформированные межпечельные абсцессы и абсцессы брюшной полости
Осложнения со стороны послеоперационной раны	Эвентерация III ст.	Эвентерация IV ст. Локальной нагноение лапаротомной раны.	Нагноение послеоперационной раны по всему длиннику лапаротомной ране. Локализованная эвентерация в гнойную рану.	Флегмона передней брюшной стенки. Эвентерация в гнойную рану на всем протяжении
Осложнения со стороны органов брюшной полости	Жидкостное скопление в области зоны вмешательства.	Формирующийся абсцесс в области анастомоза/наложенных швов.	Внутрибрюшное кровотечение.	Несостоятельность наложенных швов, открытие внутренних свищей/острых язв ЖКТ.
Уровень внутрибрюшной гипертензии(до операции)	1-я степень 12 – 15 мм рт.ст.	2-я степень 16-20 мм рт.ст.	3-я степень 21-25 мм рт. ст.	4-я степень более 26 мм рт.ст.
Колебания внутрибрюшного давления (в послеоперационном периоде)		На 1 мм рт.ст. в час	На 2 мм рт.ст. в час	На 3 и более мм рт.ст. в час.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Результаты оценки степени тяжести пациентов с перитонитом:

0 – 15 баллов – прогноз благоприятный; релапаротомия не показана.

16 – 32 баллов – летальность 40%, показания к релапаротомии ставятся по динамике послеоперационного периода (сохраняющаяся интоксикация, парез кишечника).

33 – 50 баллов – неблагоприятный (летальность 80-85%), неоднократная программированная санация брюшной полости.

Более 56 баллов – летальность 100%.

Представленная прогностическая интегральная шкала проста в выполнении, может быть использована практически в любом хирургическом стационаре, кроме этого обладает чувствительностью – 84%, специфичностью – 80%.

По материалам представленной шкалы создана компьютерная программа, которая подсчитывает баллы и интерпретирует результат после внесения данных в специально созданную оболочку, с возможностью вывода в печать полученных данных, что в определенной степени упрощает работу со шкалой и позволяет вносить документальные данные о прогнозе исхода заболевания в историю болезни пациента.

ВЫВОДЫ

Представленная прогностическая интегральная шкала позволяет вовремя вносить коррективы в лечебно-диагностическую программу перитонита, выполняемая в хирургическом стационаре любого уровня, не требует дорогостоящего оборудования и

лабораторных исследований (что не маловажно в условиях недостаточного финансирования здравоохранения), приемлема для принятия решения по тактике лечения конкретного больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В. С. Савельева. М.: Триада, 2004 с 12-15;

2. Гельфанд Е. Б. Абдоминальный сепсис при перитоните: клиническая характеристика и эффективность антибактериальной терапии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 1999 с 12-14;

3. Гельфанд Е. Б., Гологорский В. А., Гельфанд Б. Р. Клиническая характеристика абдоминального сепсиса у хирургических больных. Инфекции и антимикробная терапия, 2000 с 34-36;

4. Гельфанд Б. Р. Сепсис: современное состояние проблемы. Инфекции и антимикробная терапия, 2001 с 43-46;

5. Гринберг А. А., Грызунов Ю. А., Гридчик И. Е. и др. К прогнозу течения распространенного перитонита. Вестник интенсивной терапии, 1998 с 21-22;

6. Гридчик И. Е., Закиров Д. Б., Пар В. И. К прогнозу течения абдоминального сепсиса. Вестник интенсивной терапии, 2004 с 31-33;

7. Светухин А. М., Звягин А. А., Слепнев С. Ю. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Часть I. Хирургия, 2002 с 56-58;

8. Хирургические инфекции: Руководство для врачей. Под ред. И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова. СПб.: Питер, 2003 с 56-60.