

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Покровский Е. Ж.*, кандидат медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

РЕЗЮМЕ Представлены результаты анализа причин летальных исходов при распространенном перитоните в зависимости от сроков поступления больных, непосредственной причины воспаления брюшины, наличия тактических и диагностических ошибок. Непосредственные причины неблагоприятного исхода установлены по результатам патологоанатомического вскрытия.

Ключевые слова: перитонит, летальность.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: pokrowski@mail.ru

Диагноз перитонита в общем смысле подразумевает любую форму и степень выраженности воспаления брюшины. Еще И. И. Греков с горькой иронией замечал, что «исправить» угнетающую статистику исходов перитонита довольно просто: стоит лишь «разбавить» наблюдения истинного перитонита теми его формами, для излечения которых достаточно одной своевременно назначенной и правильно выполненной операции. Возможно, поэтому в медицинской литературе встречаются как оптимистичные показатели летальности (12–15%), так и пессимистичные (до 50%). Средние значения удерживаются на уровне 20–30% [2, 4]. В связи с этим чрезвычайно важно иметь объективную картину неблагоприятных исходов в зависимости от сроков поступления больных, причины перитонита и других критериев, позволяющих в последующем анализировать результаты лечения этой группы пациентов.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ летальности больных с распространенным перитонитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В своей работе мы ориентировались на классификационно-диагностическую схему перитонита, разработанную под руководством академика В. С. Савельева в факультетской хирургической клинике им. С. И. Спасокукоцкого РГМУ [1, 4, 5].

Изучены результаты лечения 1075 больных с вторичным распространенным перитонитом, находившихся в клинике общей хирургии (МУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иванова) и клинике хирургических болезней педиатрического факультета (МУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иванова) с 2002 по 2010 гг. Средний возраст пациентов составил $62,3 \pm 18,6$ года. Мужчин – 57%, женщин – 43%. Сопутствующая патология наблюдалась у 83,2%. Преобладали заболевания сердечно-сосудистой (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) и дыхательной (хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) систем. Из 1075 больных с распространенным перитонитом умерло 168 человек. Общая летальность составила 15,62%. Но эта картина становится несколько иной, если рассматривать летальность в зависимости от стадии полиорганной дисфункции в соответствии с классификацией перитонита.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все больные с неблагоприятными исходами поступили позже чем через 24 часа от начала заболевания. Основная причина поздних поступлений – несвоевременное обращение за медицинской помощью. Доля диагностических ошибок на догоспитальном этапе составила 0,74% (8 человек).

ANALYSIS OF LETHAL OUTCOMES IN DIFFUSE PERITONITIS

Pokrovsky E. Zh.

ABSTRACT Authors presented the results of the analysis of lethal outcomes in diffuse peritonitis depending on patient hospitalization term, direct cause of peritoneum inflammation, presence of tactic and diagnostic errors. Ingenious causes of unfavorable outcome were stated according to the autopsy results.

Key words: peritonitis, lethality.

Это пациенты, которые обращались за медицинской помощью и не были госпитализированы в лечебное учреждение. Таким образом, один из путей снижения частоты неблагоприятных исходов очевиден – своевременное обращение за медицинской помощью.

Перитонит в большинстве случаев носил вторичный характер, обусловленный деструкцией органов брюшной полости [1, 2, 4, 5]. Характер деструкции разнообразен (табл. 1).

Основной причиной являются запущенные опухоли толстого кишечника – 26,2%. На втором и третьем месте – травмы полых (23,2%) и паренхиматозных (18,5%) органов, обусловленные автодорожной травмой, падением с высоты, ранениями. Четвертый по значимости – инфицированный панкреонекроз (16,1%). Удельный вес других заболеваний (острый аппендицит, острый холецистит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки) невелик.

Большой интерес представляет структура летальности в зависимости от стадии (фазы) распространенного перитонита, тяжести состояния больных (перитонит с сепсисом, с тяжелым сепсисом и инфекционно-токсическим шоком) или компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной полиорганной дисфункции [3].

Количественный состав групп больных с той или иной степенью полиорганной дисфункции, – величина непостоянная, зависящая от клинической ситуации, складывающейся в послеоперационном периоде (табл. 2).

Перед первой операцией из 1075 обследованных в стадии компенсации было 78 человек, а в стадии декомпенсации – 36. Важно, что у больных, имевших перед операцией компенсированную стадию полиорганной дисфункции, затем летальных исходов не наблюдалось. А все 36 пациентов с декомпенсированной стадией умерли в различные сроки, несмотря на интенсивные лечебные мероприятия, включавшие и санационную релапаротомию (летальность – 100%).

Улучшить показатели летальности пациентов с перитонитом позволяет успешное лечение больных с субкомпенсированной стадией полиорганной дисфункции, составивших большинство (961 человек). На фоне проводимых мероприятий они переходили в группы с компенсированной и декомпенсированной стадиями полиорганной дисфункции.

Наиболее существенные изменения происходят ко второму дню – лечебные мероприятия у большой группы больных имели успех, хотя у 474 пациентов (44,1%) с субкомпенсированной ста-

Таблица 1. Причины перитонита в случаях летальных исходов (n = 168)

Причина	Число пациентов	
	абс.	%
Острый аппендицит	5	2,9
Острый холецистит	15	8,9
Инфицированный панкреонекроз	27	16,1
Перфоративная язва	2	1,2
Перфорация толстой кишки на фоне опухоли	44	26,2
Травма полого органа	39	23,2
Травма паренхиматозного органа	31	18,5
Урологические заболевания (травма мочевого пузыря)	3	1,8
Перфорация кишечника на фоне доброкачественного поражения	2	1,2

Таблица 2. Распространенность полиорганной дисфункции в послеоперационном периоде (n = 1075)

Сроки заболевания	Число пациентов		
	с компенсацией	с субкомпенсацией	с декомпенсацией
При поступлении	78	961	36
1-й день	82	956	37
2-й день	564	474	37
3-й день	602	417	56
4-й день	645	369	61
5-й день	746	256	73

дией полиорганной дисфункции до тех пор, пока не наступил перелом в лечении. На наш взгляд, это та группа пациентов, которым одной успешно выполненной операции для выздоровления недостаточно, необходимо интенсивное лечение, включающее запланированные санации брюшной полости. Успех мероприятий в этой группе позволит улучшить результаты лечения пациентов с распространенным перитонитом не только статистически. Исключение из анализа результатов лечения больных, которым достаточно одной операции без повторных санаций, позволит более объективно оценить успех той или иной методики. Таким образом, летальность у пациентов с сохраняющейся до второго дня субкомпенсированной полиорганной дисфункцией составляет 27,8% (132 человек из 474). Анализ от различных подходов к лечению позволил выявить некоторые тенденции (табл. 3).

У пациентов с сохраняющейся до второго дня после операции полиорганной дисфункцией в стадии субкомпенсации (тяжелый сепсис) и эндоскопические, и открытые санации более эффективны, чем проведение только консервативных мероприятий (летальность снижается с 29,3 до 22,6%). Показания к санации определяются интраоперационно в первый день. Однако вопрос о проведении санации больным с полиорганной дисфункцией в стадии субкомпенсации остается открытым, так как ретроспективный анализ свидетельствует, что она показана не всем ли-

цам этой группы. Вопрос требует дальнейшего изучения.

При анализе непосредственных причин летального исхода по данным патологоанатомических вскрытий (табл. 4) установлено, что в той или иной степени явления перитонита имели место у всех больных.

Прогрессирование воспаления брюшной полости с формированием массивных фибриновых наложений, гнойно-фибринозным выпотом и т. п. отмечено в 26,8% случаев. Являясь пусковым механизмом интоксикации с развитием полиорганной дисфункции, перитонит инициирует почечно-печеночную (16,1%) и сердечно-сосудистую недостаточность (31,5%), которые усугубляют заболевание и приводят к смертельному исходу. Это наблюдение важно для формирования плана ведения больных в послеоперационном периоде, несколько ограничивающего агрессивную тактику лечения пациентов этой группы. Со стороны дыхательной системы всегда находятся воспалительные изменения, зачастую обусловленные продленной искусственной вентиляцией легких, но преобладающая патология дыхательной системы диагностирована у 4,2% больных. В 4,8% случаев обнаружена тромбоэмболия легочной артерии. Напрямую не связанные с прогрессированием перитонита причины обусловлены шоком (4,8%), анемией (9,5%) и острым нарушением мозгового кровообращения (2,2%).

Таблица 3. Летальность больных с распространенным перитонитом и субкомпенсированной полиорганной дисфункцией (n = 132)

Вид лечения	Число летальных исходов	
	абс.	%
Операция + консервативная терапия (n = 300)	88	29,3
Операция + консервативная терапия + эндоскопическая санация (n = 142)	32	22,5
Операция + консервативная терапия + открытая санация (n = 53)	12	22,6

Таблица 4. Непосредственная причина летального исхода (по данным патологоанатомических вскрытий)

Причина	Число случаев	
	абс.	%
Прогрессирование перитонита, интоксикация	45	26,8
Острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда	53	31,5
Тромбоэмболия легочной артерии	8	4,8
Почечно-печеночная недостаточность	27	16,1
Пневмония	7	4,2
Острые нарушения мозгового кровообращения	4	2,3
Шок различного генеза	8	4,8
Постгеморрагическая анемия	16	9,5

ВЫВОДЫ

1. Все пациенты с тяжелыми формами распространенного перитонита поступали в хирургический стационар позже чем через 24 часа от начала заболевания. Своевременность госпитализации и устранение основной причины до развития воспаления брюшины способны существенно улучшить результаты лечения. Процент диагностических ошибок на догоспитальном этапе невысок и составляет 0,74%.
2. Наиболее частыми причинами, приводящими к летальному исходу в общехирургическом отделении, до настоящего времени являлись: перфорация опухоли толстой кишки (26,2%), травмы полого и паренхиматозного органов (23,2

и 18,5% соответственно) и инфицированный панкреонекроз (16,1%). Снижение смертности и изменение структуры летальности возможно при своевременной диагностике опухолей толстого кишечника.

3. Больным с тяжелым сепсисом или субкомпенсированной полиорганной дисфункцией требуется внедрение дополнительных критериев, позволяющих на доказательной основе выбирать на тот или иной способ лечения.
4. Летальный исход при распространенном перитоните обусловлен как прогрессированием воспаления брюшины (26,8%), так и декомпенсацией сопутствующей патологии или возникновением смертельных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая характеристика абдоминального сепсиса у хирургических больных / Е. Б. Гельфанд [и др.] // Инфекция и антибактериальная терапия. – 2000. – № 1. – С. 3–11.
2. Перитонит : практ. рук-во / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. – М. : Литтерра, 2006.
3. Полиорганная дисфункция и возможности ее коррекции при распространенном перитоните : метод.

пособие для врачей / А. Б. Ларичев [и др.]. – Ярославль, 1997.

4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. – М. : Трида-Х, 2005.
5. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В. Д. Федоров [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 58–62.