

**Chekrigin Vladimir Eduardovich**

ООО Galenika, Taganrog

E-mail: [vovavova70@mail.ru](mailto:vovavova70@mail.ru)

8, 59, Frunze Str., Naganrog, 347900, Russia, Ph.: +7(8634) 365-033

УДК 617.55+616.94.-89

**Д. В. Мареев**

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА**

*В работе проведен анализ клинического течения абдоминального сепсиса у 129 больных. Выявлено 18 различных клинических проявлений. Из них 12 проявлений встречались у больных от 61 до 100 %. Эти проявления приняты за основные клинические проявления абдоминального сепсиса.*

*Абдоминальный сепсис; клиника; диагностика.*

**D.V. Mareev**

### **CLINICAL CRITERIA OF ABDOMINAL SEPSIS**

*Clinical records of 129 patients with abdominal sepsis were analyzed. 18 different criteria were revealed, 12 out of which were revealed in 61 to 100 % of the patients. These criteria were shown to be the main clinical pictures of abdominal sepsis.*

*Abdominal sepsis; clinical pictures; diagnosis.*

#### **Актуальность темы**

Абдоминальный сепсис является одной из основных причин летальности хирургических больных и является результатом широкого спектра инфекционно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Важным характерным моментом в его развитии является воздействие микроорганизмов, колонизирующих желудочно-кишечный тракт и проникающих в различные области брюшной полости. До настоящего времени абдоминальный сепсис является одной из наиболее сложных проблем медицины критических состояний в силу трудности лечения, значительной распространенности и чрезмерных экономических затрат, которые несёт общество (В.А. Руднов, Д.А. Вишневецкий, 2000; М.В. Гринёв и соавт., 2001; И.А. Ерюхин, А.М. Светухин, С.А. Шляпников, 2002).

Наиболее часто абдоминальный сепсис развивается при перитоните различного происхождения и гнойно-воспалительных осложнениях панкреонекроза (Е.Б. Гельфанд, В.А. Гологорский, Б.Р. Гельфанд, 1997, 2000, В.Н. Чернов, А.И. Маслов, Д.В. Мареев, 2008).

Радикальные изменения во взглядах на патогенез абдоминального сепсиса, произошедшие в конце XX века, привели к созданию новых и изменению существующих методов комплексного лечения этого заболевания (Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский, С.З. Бурневич и соавт., 1997; Н.В. Завада, Ю.М. Гаин, С.А. Алексеев, 2002; Г.В. Илюкевич, 2001; В.Н. Чернов, Б.М. Белик, Д.В. Мареев, 2005; R.C. Bone, 1997). Вместе с тем, сохраняющийся стабильно высокий уровень летальности при абдоминальном сепсисе даёт основание утверждать, что и в настоящее время отсутствует однозначный патогенетически верный под-

ход к адекватной коррекции нарушений, возникающих при развитии генерализованной хирургической инфекции.

**Цели и задачи работы:** улучшение диагностики абдоминального сепсиса путем изучения клинического течения и выделения наиболее информативных признаков

#### Материалы и методы

Критерием отбора больных в исследуемые группы (основная и контрольная) служили: наличие распространенного гнойного (гнойно-фибринозного, гнилостного) перитонита (фаза энтеральной или полиорганной недостаточности (ПОН)), внутрибрюшинного абсцедирования или гнойно-некротического панкреатита (в виде множественных абсцессов или некротической флегмоны забрюшинной клетчатки); наличие синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). Спектр больных по заболеваемости представлен в табл. 1.

Таблица 1

Причины абдоминального сепсиса (спектр больных по заболеваемости)

№№ п/п	Причина абдоминального сепсиса	Количество пациентов	
		Абс.	%
1	Инфицированный панкреонекроз	53	41,1
2	Острая кишечная непроходимость	29	22,5
3	Деструктивный холецистит	16	12,4
4	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	7	5,4
5	Ущемлённая грыжа	9	7
6	Травмы органов брюшной полости	9	7
7	Гинекологические заболевания	3	2,3
8	Онкологические заболевания	3	2,3
	Всего:	129	100

Из табл. 1 видно, что наиболее частой причиной абдоминального сепсиса были острый панкреатит (41,1%) и острая кишечная непроходимость (22,5%). На третьем месте причиной абдоминального сепсиса находится острый холецистит.

#### Результаты

У 129 больных абдоминальным сепсисом нами выявлено 18 клинических проявлений, которые встречаются у 15 – 100% больных. Данные о встречаемости клинических проявлений представлены в табл.2.

Из табл. 2 видно, что по частоте симптомов и лабораторным данным, у наблюдаемых больных абдоминальным сепсисом выявлена следующая тенденция: первичный очаг – 100 %, лихорадка – 91,4 %, анемия – 91 %, лейкоцитоз – 87 %, тахикардия – 84,5 %, СОЭ – 84,4 %,  $P_{CO_2}$  – 83,7 %, гипопротенемия – 81,3 %, апноэ – 79 % и т. д.

Одним из наиболее постоянных симптомов абдоминального сепсиса была высокая лихорадка трёх типов: непрерывно высокая (39 – 40 °С), ремитирующая и волнообразная. Отсутствие выраженной температурной реакции имело место у

11 (9,6 %) больных с арреактивным течением абдоминального сепсиса (двое из них получали цитостатики).

Следующим по частоте признаком сепсиса у исследуемых больных был показатель гемоглобина, свидетельствующий о наличии анемии без видимой кровопотери. Данный характерный признак объясняется серьёзными изменениями в системе гемокоагуляции (гиперкоагуляция, диссеминированное внутрисосудистое свёртывание, коагулопатия потребления) в процессе развития эндотоксикоза.

Таблица №2

Основные проявления абдоминального сепсиса

Симптомы	Выявляемость Абс. (%)	Симптомы	Выявляемость Абс. (%)
Первичный очаг	129 (100 %)	Озноб	37 (28,6 %)
Лихорадка выше 38°	118 (91,4 %)	Пиемические очаги	44 (34,1 %)
Тахикардия более 100 ударов в минуту	109 (84,5 %)	Анемия (НЬ 50 ед. или 83 г/л)	91 (70,5 %)
Апноэ	102 (79 %)	$P_{CO_2} < 35$ мм рт.ст.	108 (83,7 %)
Озноб	38 (29,4 %)	Лейкоцитоз	112 (87,0 %)
Увеличение печени	79 (61,2 %)	СОЭ (60 мм/ч и более)	109 (84,4 %)
Увеличение селезёнки	18 (13,9 %)	Гипопротенеимия (общий белок менее 6 г/л)	105 (81,3 %)
Токсический нефрит	71 (55 %)	Положительные посевы крови	62 (48,0 %)
Периферические отёки	29 (22,5 %)	Изменения на коже (высыпания, шелушение и т.д.)	20 (15,5 %)

Частым признаком сепсиса был лейкоцитоз (или лейкопения) с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево (87 %). Увеличение числа лейкоцитов до более чем  $28 \times 10^9$ /л или уменьшение до  $3-4 \times 10^9$ /л следует считать крайне плохим прогностическим признаком.

Важнейшим признаком сепсиса является высеивание микрофлоры из крови септических больных. У наблюдаемых нами больных было высеяна микрофлора у 62 (48 %) больных, у 18 из них после повторных посевов. Положительный посев позволил нам не только подтвердить диагноз, но и дал возможность правильно подобрать необходимый лечебный антибактериальный препарат.

### Выводы

1. Клинические проявления абдоминального сепсиса, исследованные нами, расширяют и углубляют знания врачей об этом заболевании и имеют очевидные преимущества перед клиническими представлениями синдрома системной

воспалительной реакции, которую отождествляют с абдоминальным сепсисом.

2. По изменениям определенных нами клинических показателей можно объективно судить об изменениях состояния больного и эффективности проводимой терапии.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З., Гиткович В.Е. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему. Стратегия и тактика лечения. Часть II // Вестник интенсивной терапии. 1997. №1-2. С.23–29.
2. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анестезиология и реаниматология. 2000. №3. С.29–33.
3. Гринёв М.В., Громов М.И., Комраков В.Е. Хирургический сепсис. – СПб. – М., 2001. С. 316.
4. Ерюхин И.А., Светухин А.М., Шляпников С.А. Сепсис в хирургической клинике. Инфекция и антимикробная терапия. 2002. №1. С.10–13.
5. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис. – Минск, 2002. – С. 214.
6. Илюкевич Г.В. Абдоминальный сепсис: новый взгляд на нестареющую проблему // Медицинские новости. 2001. №9. С. 35–41.
7. Руднов В.А., Вшинецкий Д.А. Сепсис на пороге XXI века: основные итоги, проблемы и ближайшие задачи // Анестезиология и реаниматология. 2000. №3. С. 64–69.
8. Чернов В.Н., Белик Б.М., Мареев Д.В. Вопросы патогенеза и принципы лечения абдоминального хирургического сепсиса при распространённом перитоните. //Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии". – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 102–103.
9. Чернов В.Н., Маслов А.И., Мареев Д.В. Лечение больных с абдоминальным сепсисом // Материалы I съезда хирургов Южного федерального округа.– Ростов-на-Дону, 2007. – С. 59.
10. Bone R.C. Sepsis: A New Hypothesis for Pathogenesis of Disease Process. Chest. 1997. p.112, 235–243.

**Мареев Денис Владимирович**

Ростовский государственный медицинский университет

E-mail: [v.chernov@mail.ru](mailto:v.chernov@mail.ru)

358127, Россия, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 134, кв. 68

Тел.: 8918-558-95-28

**Mareev Denis Vladimirovich**

Rostov State Medical University (Rost-GMU)

E-mail: [v.chernov@mail.ru](mailto:v.chernov@mail.ru)

68, 134, Pushkinskay, Rostov-on-Don, 358127, Russia, Ph.: 8918-558-95-28