

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ**М. Т. Ачилов, Г. К. Ахмедов, Ж. К. Тухтаев, М. М. Дусияров, Ж. И. Алимов**
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: абдоминальный компартмент-синдром (АКС), синдром повышенного внутрибрюшного давления, острый распространенный перитонит (ОРП), лапаростомия.

Таянч сўзлар: абдоминал компартмент синдром, қорин ичи босими ошиши синдроми, ўтқир тарқалган перитонит, лапаростомия.

Key words: abdominal compartment syndrome, syndrome of increased intra-abdominal pressure, acute widespread peritonitis, laparostomy.

В статье идет речь о лечении больных с острым распространенным перитонитом (ОРП), представляющим собой одну из важнейших проблем современной абдоминальной хирургии. На момент поступления в критическом состоянии и нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий, значимое повышение внутрибрюшного давления (ВБД) обнаруживается более чем в 50% случаев, клинические признаки абдоминального компартмент синдрома (АКС) выявляются примерно в 4% случаев. Цель исследования – оценить и улучшить результаты лечения больных с перитонитом путем применения в комплексном лечении хирургических способов, направленных на профилактику АКС. Материал и методы исследования. Проанализированы клинические данные 112 больных прооперированных по поводу распространенного перитонита с 2018 по 2020 гг в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП. Результаты исследования. Оценка результатов лечения больных показала, что более раннее формирование лапаростомы способствовало улучшению результатов у больных с запущенными формами перитонита. Выводы: Профилактика повышения ВБД у больных перитонитом должна основываться не на факте констатации повышения внутрипузырного давления после операции, а на клинических и интраоперационных данных. Сочетание интубации ЖКТ с лапаростомией является эффективным способом профилактики повышения ВБД.

ПЕРИТОНИТ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ҚОРИН ИЧКИ БОСИМИ ОШИШИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОСИ**М. Т. Ачилов, Г. К. Ахмедов, Ж. К. Тўхтаев, М. М. Дусияров, Ж. И. Алимов**
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада замонавий абдоминал хирургиянинг муҳим муаммоларидан бири бўлган ўтқир тарқалган перитонит билан беморларнинг давоси ҳақида гап боради. Бундай беморлар қабул қилиниши даврида аҳволи оғирлашган ва баъзан реанимацион чораларга ҳам мухтож бўлиб, уларнинг 50%дан кўпроғида қорин ичи босими ошганлиги кузатилиб, тахминан 4%да абдоминал компартмент синдромининг клиник белгилари кузатилади. Тадқиқот мақсади: Абдоминал компартмент синдром профилактикасига қаратилган хирургик комплекс даво усуллари қўллаш орқали перитонит билан беморлар даво натижаларини баҳолаш ва яхшилаш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. РШТЭИМ Самарқанд филиали хирургик бўлимларида 2018-2020 йиллар мобайнида тарқалган перитонит сабабли операция қилинган 112 нафар беморнинг клиник маълумотлари таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари. Натижалар шуни кўрсатдики, перитонитнинг оғир ва кечки даврадаги шаклларида эрта шакллантирилган лапаростома беморларнинг даво натижаларини яхшиланишига олиб келди. Хулоса. Перитонит билан беморларда қорин ичи босими ошишининг профилактикаси фақатгина операциядан кейинги даврда сийдик пуфагидаги босим ошиши кўрсаткичларга қараб эмас, балки клиник ва интраоперацион маълумотларга ҳам асосланиши лозим. Ўтқир тарқалган перитонит билан беморларда ҳазм тракти интубацияси ва лапаростомиянинг биргаликдаги қўлланилиши қорин ичи босими ошиши профилактикасида самарали усуллардан ҳисобланади.

PREVENTION AND TREATMENT OF INCREASED INTRA-ABDOMINAL PRESSURE IN PATIENTS WITH PERITONITIS**M. T. Achilov, G. K. Ahmedov, J. K. Tukhtayev, M. M. Dusiyarov, J. I. Alimov**
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The article deals with the treatment of patients with acute widespread peritonitis, which is one of the most important problems of modern abdominal surgery. At the time of admission in a critical condition and requiring resuscitation, a significant increase in intra-abdominal pressure is found in more than 50% of cases, clinical signs of abdominal compartment syndrome are detected in about 4% of cases. The aim of the study: Evaluate and improve the results of treatment of patients with peritonitis by using surgical methods aimed at preventing ACS in complex treatment. Material and research methods. We analyzed the clinical data of 112 patients operated on for common peritoni-

tis from 2018 to 2020 in the surgical departments of the Samarkand branch of the Republican scientific center for Emergency Medical Care. Research results. Evaluation of the results of treatment of patients showed that the earlier formation of the laparostomy contributed to the improvement of results in patients with advanced forms of peritonitis. Conclusions: Prevention of an increase in IAP in patients with peritonitis should be based not on the fact of ascertaining an increase in intravesical pressure after surgery, but on clinical and intraoperative data. The combination of gastrointestinal intubation with laparostomy is an effective way to prevent an increase in IAP.

Актуальность. Под абдоминальным компартмент-синдромом (АКС) понимают повышение внутрибрюшного давления, приводящее к патологии кровообращения, ишемии органов и тканей с нарушением их функций и развитием полиорганной недостаточности. Термин «abdominal compartment syndrome» был предложен Fietsam в 1989 г. при наблюдении им синдрома повышенного внутрибрюшного давления (ВБД), развившегося у 4 пациентов после лапаротомии [2,5,8].

Причинами, ведущих к возникновению ВБГ являются: наличие крови и жидкости в брюшной полости; парез кишечника и отек внутренних органов при воспалительных процессах; реанимационные мероприятия с использованием массивных инфузий и трансфузий; перенатяжение тканей при закрытии раны брюшной полости; ранняя послеоперационная кишечная непроходимость; тяжелые формы гемодилуции. ВБГ приводит к дисфункции органов живота в связи с уменьшения их перфузии, что способствует возникновению сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, поражению почек, центральной нервной системы и др., ведущих к увеличению числа послеоперационных осложнений и смертности. При АКС повышение ВБД вызывает нарушение микроциркуляции в органах брюшной полости. В патогенезе имеют большую роль глубокие расстройства микроциркуляции (сладж-синдром) и повышение проницаемости сосудистой стенки [1,4,6,10].

По данным ряда авторов, из всех поступающих в хирургический стационар около 15-20% пациентов поступают с острыми абдоминальными хирургическими заболеваниями и признаками местного или разлитого перитонита. Среди хирургических патологий чаще всего развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 28%, осложненный аппендицит – более 25%, поражения толстой кишки – 20-22%, тонкой кишки – порядка 15%. У пациентов пожилого возраста риск развития распространенного перитонита и сепсиса от гангренозного осложненного аппендицита, перфорации дивертикулов толстой кишки, повышается на несколько раз, чем у более молодых пациентов [3,4,11].

Одновременное развитие грозных осложнений как сепсис, септический шок и полиорганная недостаточность увеличивает летальность до уровня 70% и более. Анализ летальности при перитоните показывает, что в стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности она достигает 80–90% [3,7,9].

У больных развивается очень сложный и взаимосвязанный комплекс патологических синдромов в виде дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, функциональные нарушения почек и печени, нарушения метаболического гомеостаза, вплоть до метаболической энцефалопатии, которые требуют проведения комплексной интенсивной терапии. Она должна быть многокомпонентной, включающей инфузионную и антибактериальную терапию, активные методы детоксикации, адекватную нутритивную поддержку, коррекцию кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса, поддержание адекватного газообмена и функций жизненно важных органов (сердце, легкие, мозг, почки, печень) [2,6,8].

Цель исследования – Улучшить результаты комплексного лечения перитонита и уменьшить риск развития АКС.

Материал и методы исследования. Проанализированы клинические данные 112 больных прооперированных по поводу распространенного перитонита с 2018 по 2020 гг в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП, г. Самарканда. Мужчин было 67, женщин – 45; возраст больных варьировал от 17 до 68 лет (средний возраст –41,1 ± 1,65 года). Этиологическими факторами распространенного перитонита были: перфоратив-

ная язва – 22, острый холецистит – 14, острый аппендицит – 39, панкреонекроз – 17, повреждения двпк – 3, тонкой и ободочной кишок – 6, осложненный рак толстой кишки – 7, перфорация толстой кишки – 4.

Все исследуемые пациенты по завершению оперативной тактики были разделены на 3 группы: 1 и 2-контрольные группы и 3-основная группа. В 1-ю контрольную группу вошли 37 (33%) пациентов, которым не проведена профилактика АКС (передняя брюшная стенка после устранения причин заболеваний ушивали наглухо).

Во 2-ю контрольную группу включены 35 (31,3%) пациентов, у которых профилактику АКС проводили путем интубации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) одним из способов. Для этого наиболее часто использовали назогастроинтестинальную интубацию ЖКТ, интубацию ЖКТ через энтеростому по Майдлю.

В 3-ю (основную) группу вошли 40 (35,7%) пациентов, у которых профилактику АКС осуществляли путем интубации ЖКТ, используя вышеуказанные способы в сочетании с формированием лапаростомы, либо путем применения ненапряжных способов закрытия брюшной полости. Этим пациентам для формирования лапаростомы использованы два подхода. Сохраненный большой сальник прошивали к апоневрозу по всему периметру лапаротомной раны. В случае отсутствия большого сальника лапаростому формировали с помощью синтетического имплантата, который подшивали к краям апоневроза. Такой вариант закрытия брюшной стенки у большинства больных в дальнейшем требовал удаления имплантата, так как последний располагали на петлях кишечника.

Измерение ВБД проводилось по стандартным транспузырным методам во время операции и несколько раз в послеоперационном периоде. ВБД оценивали по классификации J.Burch.

Лапаростома выполнялась с использованием неадгезивного пластика, чтобы прикрыть открытые петли кишечника. Лапаростома накладывалась по следующей методике. Стерильный полиэтиленовый мешок помещали поверх петель кишечника, если необходимо, края раны через кожу и фасцию сводили наложением швов, поверх пленки накладывали марлевые салфетки. Повязка менялась каждые 24 часа или чаще по мере необходимости. Через 24–36 часов проводилась плановая санация брюшной полости, во время которой субъективно оценивалась жизнеспособность кишечника в зоне оперативного вмешательства и степень стихания острого воспалительного процесса в брюшной полости (светлый экссудат, единичные налеты фибрина, уменьшение отека кишечной стенки, блестящий серозный покров). Тяжелые хирургические заболевания брюшной полости, острый некротический панкреатит, перитониты, осложненная язвенная болезнь желудка и другие зачастую осложняются острой паралитической кишечной непроходимостью с повышением ВБД различной степени.

Результаты и их обсуждение. Из больных с перитонитом, вошедших в 1-ю контрольную группу, в процессе лечения у 16 (43,2%) пациентов производили мониторинг динамики ВБД. У 12 из них выявлена внутрибрюшная гипертензия различной степени выраженности. Повышение ВБД отмечено как до, так и в течение первых суток после операции. При положительной динамике течения заболевания оно снижалось к третьим суткам. Напротив, при отрицательной динамике течения заболевания внутрибрюшная гипертензия сохранялась, что служило наряду с клиническими проявлениями показанием к релапаротомии, направленной на устранение неразрешившихся либо вновь развившихся осложнений. С учетом полученных результатов лечения больных с перитонитом были рассмотрены разные приемы для профилактики АКС. У больных 3-й группы в стадии энтеральной и полиорганной недостаточности они существенно отличались в положительную сторону от результатов лечения больных 1-й и 2-й контрольных групп, которые различались в способах завершения операции. В реактивной стадии, когда отсутствует дилатация кишечника, тактика превентивной интубации вследствие ее травматичности может привести к увеличению числа послеоперационных осложнений.

Оценка результатов лечения у больных основной группы показала, что при формировании лапаростомы во время 1 операции из больных умерло 7, во время 1 релапаротомии умерло 5, во время 2 релапаротомии умер 1.

Следовательно, более раннее формирование лапаростомы способствовало улучшению результатов у больных с запущенными формами перитонита. Среди факторов, влияющих на исход вмешательства, прослеживается связь между необходимостью устранения причины острых заболеваний в брюшной полости со способами завершения операции, которые должны быть направлены на профилактику развития АКС. Так, при перитоните у больных 1-й группы, где преобладали пациенты с реактивной стадией, в случае использования способов профилактики АКС летальность составила 21%. Во 2-й контрольной группе, где преобладали пациенты со 2-й и 3-й стадией перитонита, а профилактика АКС осуществлялась только путем интубации ЖКТ, летальность достигала 40%. В 3-й (основной) группе, где состав больных был приближен к составу 2-й группы, полный объем мероприятий по профилактике АКС позволил снизить летальность до 24,5%.

В этой связи сама по себе интубация ЖКТ не облегчает завершающий этап операции и в изолированном виде не может быть способом профилактики повышения ВБД в послеоперационном периоде. Сочетание интубации ЖКТ с лапаростомией позволяет получить желаемый эффект по профилактике повышения ВБД. Причем показания к лапаростомии должны носить превентивный характер, исходя из интраоперационных данных, а не базироваться на подтверждении цифрами ВБД, измеренного после операции.

Таким образом, повышение внутрибрюшного давления является главным звеном патогенеза осложненного перитонита. Профилактика АКС у больных с перитонитом должна основываться не на факте констатации повышения внутрипузырного давления, а на клинических и интраоперационных данных. Сочетание интубации ЖКТ и лапаростомия является эффективным способом профилактики АКС.

Выводы: 1. Распространенный перитонит является частым осложнением в неотложной хирургии, сопровождающимся повышением ВБД, которое резко ухудшает послеоперационное течение и увеличивает риск полиорганной недостаточности и летального исхода.

2. Применение в послеоперационном периоде таких методов, как назоинтестинальная интубация, перидуральная аналгезия, а также антибактериальных препаратов в соответствии с чувствительностью микрофлоры у больных с распространенным перитонитом позволило уменьшить послеоперационную летальность с 26,9 до 6,7%. При этом пребывание больных в стационаре сократилось на 4,5 дня.

3. Профилактика АКС у больных перитонитом должна основываться не на факте констатации повышения внутрипузырного давления, а на клинических и интраоперационных данных. Одновременная интубация ЖКТ и наложение лапаростомии является эффективным способом профилактики АКС.

Использованная литература:

1. Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Обидов Ш.Х.. Пути оптимизации хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени. // «Наука и мир» Международный научный журнал, Россия, г. Волгоград. № 7 (23), 2015. С. 137-139.
2. Бабажанов А.С. Ачилов М.Т., Ахмедов Г.К., Тухтаев Ж.К., Сайдуллаев З.Я. Совершенствование методов герниоабдоминопластики при симультанных хирургических заболеваниях. // «Наука и мир» Международный научный журнал, Россия, г. Волгоград. № 4 (80), 2020, Том 2. С. 65-67.
3. Белобородов В.А., Белобородов А.А., Бердников Д.С. Абдоминальный компартмент-синдром: диагностика, клиническое течение, лечение и профилактика. // Сибир. мед. обозрен. 2009; 4 (58): 111-114.
4. Здзитовецкий Д.А., Борисов Р.Н. Профилактика и лечение внутрибрюшной гипертензии у больных распространенным гнойным перитонитом. // Мед. и образование в Сибири. 2012; (1): 37-39.

5. Курбаниязов З.Б. Бабажанов А.С. Сайинаев Ф.К., Ахмедов Г.К. /Абдоминопластика при лечении вентральных грыж.// «Проблемы биологии и медицины» 2012, №4, С. 39-42.
6. Овчинников В.А., Соколов В.А. Абдоминальный компартмент-синдром. // Современ. технол. вмед. 2013; (1): 122–129.
7. Олимов Ш.О., Ахмедов А.И., Ахмедов Г.К. Хирургические тактика лечения панкреатогенного сепсиса.// «Молодежь и медицинская наука в XXI веке».материалы XVIII-ой всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. г. Киров. 2017. С. 374-375.
8. Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Нетьага А.А., Ештокин С.А., Фролова О.Г. Лечение синдрома интраабдоминальной гипертензии у больных распространенным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом.// Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2010; 3: 2: 123-128.
9. Aitken E. L., Gough V., Jones A., Macdonald A. Observational study of intra-abdominal pressure monitoring in acute pancreatitis // Surgery. 2014. Vol. 155. N 5. P. 910–918.
10. De Waele J. J., Kimball E., Malbrain M., Nesbitt I. et al. Decompressive laparotomy for abdominal compartment syndrome // Br. J. Surg. 2016. Vol. 103. P. 709–715.