

СИНДРОМ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОГНОЗЕ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА

*¹Кафедра госпитальной хирургии,
²кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +79184970607. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

Предложен достоверный способ прямого измерения внутрибрюшного давления. Установлено, что у всех больных с панкреатогенным перитонитом имеется повышенное внутрибрюшное давление, превышающее 15 мм рт. ст., и повышение внутрибрюшного давления коррелирует с тяжестью течения патологического процесса: чем выше показатели внутрибрюшного давления, тем тяжелее протекает патологический процесс. Определение величины внутрибрюшного давления имеет большое прогностическое значение, определяющее тактику ведения больных панкреатогенным перитонитом.

Ключевые слова: панкреатогенный перитонит, внутрибрюшное давление, прогноз.

**S. V. AVAKIMYAN¹, V. I. SHAPOSHNIKOV¹, G. K. KARIPIDI¹,
V. A. AVAKIMYAN¹, A. M. MANUILOV²**

**SYNDROME OF ABDOMINAL HYPERTENSION IN
THE FORECAST PANCREATOGENIC PERITONITIS**

*¹Department of hospital surgery and
²department of surgeries № 2 Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. +79184970607. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

We propose a reliable method of direct measurement of intra-abdominal pressure. Found that all patients with peritonitis pancreatogenic has increased intra-abdominal pressure greater than 15 mm hg. art. and increased intra-abdominal pressure correlates with the severity of the pathological process, the higher the rates of intra-abdominal pressure, the more severe the disease process. Determination of intra-abdominal pressure is of great prognostic value indicating whether the tactics of patients with pancreatogenic peritonitis.

Key words: pancreatogenic peritonitis, intra-abdominal pressure, weather.

Несмотря на достижения и совершенствование хирургической техники, реаниматологии, результаты лечения панкреатогенных перитонитов оставляют желать лучшего. Практически каждый пятый пациент с острым деструктивным панкреатитом оперируется по поводу панкреатогенного перитонита и распространенной флегмоны забрюшинного пространства. В последнее время придают большое значение изменению внутрибрюшного давления при гнойном перитоните. Повышение внутрибрюшного давления является проявлением абдоминального компартмент-синдрома (АКС) и негативно влияет на работу различных органов с нарушением сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем организма и ведет к развитию полиорганной недостаточности. Расстройство кровообращения внутренних органов при панкреатогенном перитоните ведет к развитию ишемии кишечника и способствует бактериальной транслокации и эндогенному инфицированию.

В настоящее время практически все исследователи пользуются непрямым методом измерения внутрибрюшного давления в полости мочевого пузыря [5] у больных с распространенным перитонитом, в том числе панкреатогенным [1, 3, 2, 4]. Но непрямой метод имеет недостатки, и прежде всего это: а) невозможность получить достоверные результаты измерения внутрибрюшного давления, что связано с наличием спаечного процесса в брюшной полости при повторных оперативных вмешательствах, что часто встречается у больных панкреатогенным перитонитом; б) крайне затруднительно измерить внутрибрюшное давление при стриктурах мочеиспускательного канала и опухолях мочевого пузыря и предстательной железы.

Цель работы – разработать методику прямого измерения внутрибрюшного давления и на основе полученных результатов определить тактику ведения больного с панкреатогенным перитонитом.

Материалы и методы

Нами разработан оригинальный способ измерения внутрибрюшного давления, суть которого заключается в следующем. Во время операции в различные отделы брюшной полости для оттока экссудата и одновременного постоянного измерения-контроля внутрибрюшного давления вводят 2–4 биоинертные дренажные трубки, каждая из которых на расстоянии 1,5–2 см от конца, находящегося в брюшной полости, имеет встроенную эластичную емкость (с жидкостью объемом 10–12 мл), от которой по наружной поверхности трубки отведена ниппельная трубочка диаметром 1–1,2 мм с клапаном на конце, предназначенным для соединения ее с прибором для измерения внутрибрюшного давления в мм рт. ст.

Определение внутрибрюшного давления осуществляется за счет использования стенки емкости в качестве эластичной мембраны, передающей внутрибрюшное давление на жидкость, которая в объеме 10–12 мл находится в ее полости при нулевом давлении. Максимальная же вместимость емкости при условии сохранения в ней атмосферного давления равна 15–16 мл. Эта разница в 4–5 мл позволяет полностью исключить давление стенки емкости на жидкость, что является исключительно важным в определении истинной величины внутрибрюшного давления.

Жидкость в объеме 10–12 мл (физиологический раствор) вливают в емкость в конце операции. Для визуальной точности измерения жидкость слегка подкрашивают бриллиантовой зеленью. Наиболее удобным средством измерения являются прозрачный капилляр и линейка. Нулевое значение измерения устанавливают на уровне средней подмышечной линии. Для осуществления данного способа может быть использована любая дренажная трубка, в том числе стандартная силиконовая трубка диаметром 8,5 мм с манжеткой.

При отсутствии в брюшной полости адгезивного процесса, который обычно наблюдается при распространенном фибринозно-гнойном перитоните, по закону Паскаля, эти параметры трубки обеспечивают непрерывное наблюдение за общей величиной внутрибрюшного давления. В этом мы убедились на примере 7 пациентов, оперированных в плановом порядке, у которых эти дренажные трубки были установлены не для дренирования брюшной полости, а для контроля за ней, так как у этих больных была опасность возникновения несостоятельности швов анастомоза, но эти опасения оказались напрасными.

При условии развития тотального или отграниченного адгезивно-воспалительного процесса, когда брюшная полость за счет образования спаек и раздутых петель тонкой и толстой кишки превращается в замкнутые пространства, нахождение трубок в той или иной области брюшной

полости позволяет не только определить местное внутрибрюшное давление, но и путем сравнения полученных величин уточнить локализацию гнойно-некротического процесса (в области его развития отмечается самое высокое интраабдоминальное давление).

По данной причине этапное измерение внутрибрюшного давления при распространенном панкреатогенном перитоните необходимо отнести к обязательным манипуляциям, так как оно опережает клинические проявления внутрибрюшных осложнений. Этот метод можно отнести не только к наиболее достоверному диагностическому, но и к прогностическому тесту. Мониторинг измерения внутрибрюшного давления позволяет своевременно выявлять ранние признаки полиорганной недостаточности, что является исключительно важным в коррекции выявленных системных нарушений при панкреатогенном перитоните.

Под нашим наблюдением находилось 452 больных с острым деструктивным панкреатитом, из которых 76 пациентов были оперированы. 27 больных были оперированы повторно по поводу разлитого, гнойного панкреатогенного перитонита с вовлечением в процесс забрюшинной клетчатки.

Результаты и их обсуждение

У всех больных, оперированных по поводу разлитого, гнойного панкреатогенного перитонита, было отмечено повышение внутрибрюшного давления выше 15 мм рт. ст. В динамике у всех 27 больных было отмечено нарастание внутрибрюшного давления, которое опережало клинические проявления ухудшения общего состояния, что обуславливало необходимость повторного оперативного вмешательства, несмотря на проведение комплексной консервативной терапии, в том числе антибактериальной.

Из 27 повторно оперированных пациентов во время релапаротомии было установлено, что у 11 из них причиной сохраняющейся внутрибрюшной гипертензии являлся некупированный перитонит, а у 16 причиной релапаротомии была эндогенная интоксикация, связанная с образованием новых секвестров и формирующихся абсцессов брюшной полости. Во время операции всем 11 больным, у которых причиной повторной операции был некупированный перитонит, была выполнена тщательная санация брюшной полости, установлены дренажные трубки для оттока экссудата и измерения внутрибрюшного давления в подпеченочное пространство, полость малого таза справа и слева и левое поддиафрагмальное пространство, операция заканчивалась назоинтестинальной интубацией в целях декомпрессии кишечника. У 16 больных, у которых причиной повторной операции были эндогенная интоксикация и образование новых секвестров и абсцессов

брюшной полости и забрюшинного пространства, были выполнены следующие мероприятия: санация брюшной полости, вскрытие забрюшинного пространства справа и секвестрэктомия (8 наблюдений). В 7 наблюдениях потребовалось вскрытие забрюшинного пространства слева, в 1 случае был вскрыт гнойник в области корня брыжейки.

Проводимое динамическое наблюдение за больными в послеоперационном периоде убедило нас в том, что изменение величины внутрибрюшного давления имеет большое прогностическое значение. Так, у тех больных (19 человек), у которых операция привела к выздоровлению, удалось прервать распространение патологического процесса в забрюшинном пространстве и купировать перитонит, величина внутрибрюшного давления постепенно снижалась и достигала практически нормальных значений. У тех больных (8 человек), у которых оперативное вмешательство не достигло цели, то есть не удавалось купировать перитонит и прогрессирование флегмоны забрюшинного пространства, внутрибрюшное давление продолжало нарастать, что привело к полиорганной недостаточности и гибели (29,6%).

Таким образом, установление дренажных трубок в различные отделы брюшной полости для оттока экссудата и измерения внутрибрюшного давления позволяет получить достоверные результаты величины внутрибрюшного давле-

ния даже у больных с адгезивным процессом брюшной полости. Нарастание величины внутрибрюшного давления до 25 мм рт. ст. служит показанием к повторным оперативным вмешательствам и декомпрессии кишечника, Увеличение интраабдоминального давления выше 25 мм рт. ст. является прогностически неблагоприятным признаком течения панкреатогенного перитонита и ведет к нарастанию явлений полиорганной недостаточности и гибели больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровин А. Я., Базлов С. Б., Нарсия В. В., Бардин С. А. Синдром абдоминальной компрессии при остром билиарном панкреатите // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 3. – С. 72.
2. Куевда Е. В. Лечение распространенного перитонита с учетом показателей внутрибрюшного давления // Врач-аспирант. – 2010. – № 63 (43). – С. 360–365.
3. Литвин А. А., Сенчук Г. А., Жариков О. Г., Мауда Ш. Л., Аль-Даосари А. О., Али Абдулазиз А. М. Прогнозирование инфекционных осложнений тяжелого острого панкреатита с помощью мониторинга внутрибрюшного давления // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 4. – С. 92.
4. Савченко Ю. П., Голиков И. В., Куевда Е. В., Славинский В. Г. Лечение деструктивного панкреатита при развитии гнойных осложнений // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 9 (123). – С. 58–60.

Поступила 17.09.2015

О. А. АЛУХАНИЯ¹, Х. Г. МАРТИРОСЯН¹, И. А. АНДРЮЩЕНКО¹, Э. А. ПЕТРОСЯН²

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВОМ АРТЕРИАЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЕМКОСТИ ДИСТАЛЬНОГО РУСЛА

¹Кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС,

²кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: vrachenish@yandex.ru

Данная работа посвящена изучению отдаленных результатов реконструктивных вмешательств при атеросклеротических поражениях бедренно-подколенно-берцового сегмента. При этом интраоперационно использовалась оригинальная методика оценки емкости дистального русла. Установлено, что проходимость шунтов в отдаленном периоде зависит от показателей перфузионной емкости дистального русла.

Ключевые слова: атеросклероз, хроническая ишемия нижних конечностей, бедренно-дистальное шунтирование, дистальная дебитометрия.

О. А. ALUKHANYAN¹, Kh. G. MARTIROSYAN¹, I. A. ANDRYUSHCHENKO¹, E. A. PETROSYAN²

REMOTE RESULTS OF RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AT FEMORAL-POPLITEAL-TIBIAL SEGMENTS AT THE VARIOUS CAPACITIES OF THE DISTAL BED