

Синдром внутрибрюшной гипертензии в выборе тактики хирургического лечения острого распространенного перитонита

Ю.П.САВЧЕНКО, Е.В.КУЕВДА, И.В.ГОЛИКОВ

The syndrome of abdominal hypertension of the patients with diffused peritonitis

Yu.P.SAVCHENKO, E.V.KUEVDA, I.V.GOLIKOV

Кубанский государственный медицинский университет

Лечение больных с острым распространенным перитонитом (ОРП) представляет собой одну из важнейших проблем современной абдоминальной хирургии. Несмотря на совершенствование хирургической техники и улучшение качества анестезиологического пособия, отмечается тенденция роста послеоперационной летальности при данной нозологии. Летальность при перитонитах достигает 30-50%, а при развитии бактериально-токсического шока и сепсиса – 80-90% [1-3, 10].

Патогенетически обоснованное лечение ОРП включает выполнение комплекса мероприятий: устранение источника перитонита, санацию брюшной полости, декомпрессию кишечника, антибактериальную и иммунокорректирующую терапию. В настоящее время одним из механизмов развития полиорганной недостаточности у больных в критическом состоянии считают внутрибрюшную гипертензию (ВБГ). Под синдромом ВБГ понимают патологическое состояние, сопровождающее развитие полиорганной недостаточности при неуправляемом прогрессирующем увеличении внутрибрюшного давления (ВБД). Клинически этот синдром проявляется значительным увеличением размера живота в сочетании с дыхательной, сердечно-сосудистой, печеночно-почечной недостаточностью, энцефалопатией [2-5, 7, 11]. Патологические процессы при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, таких как перитонит, панкреонекроз, кишечная непроходимость, служат причиной повышения ВБД у 65-80% больных, что в отдельных наблюдениях при ВБД более 30 мм рт. ст. приводит к синдрому ВБГ [6, 8, 9].

Учитывая, что брюшная полость представляет собой замкнутое пространство, повышение ВБД можно рассматривать как частное проявление особенностей воспалительного процесса в указанных условиях. Следовательно, значительному повышению ВБД способствуют выраженное воспаление брюшины, прогрессирующий обширный отек тканей с развитием перитонеальной экссудации и прогрессированием пареза тонкой кишки, развивающийся генерализованный висцеральный отек вследствие синдрома системного воспалительного ответа, а также неизбежная в

данной ситуации массивная инфузионная терапия [6, 8, 9]. Результатом ВБГ в этом случае является ишемия тканей с прогрессирующими микроциркуляторными нарушениями.

До настоящего времени в отечественной медицинской литературе публикации по данной тематике немногочисленны. Роль ВБД у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости только начали изучать и до сих пор не предложены эффективные методы коррекции данного синдрома. Целью работы является оценка роли ВБД и частоты возникновения синдрома ВБГ у больных ОРП для разработки методов коррекции ВБД до развития абдоминального компартмент-синдрома.

Материалы и методы

Влияние повышенного ВБД на течение ОРП изучено у 96 больных в возрасте от 18 до 78 лет. Мужчин было 54 (56%), женщин – 42 (44%). Среди пациентов преобладали больные с повреждениями тонкой и ободочной кишки – 24 (25%), панкреонекрозом – 18 (18,8%) и острым аппендицитом – 16 (16,6%). Основную часть составили больные трудоспособного возраста (средний возраст 47 лет).

Методы обследования были одинаковы у всех больных и включали современные методики лучевой диагностики: ядерную магнитно-резонансную и компьютерную томографию. Для оценки тяжести состояния больных использована шкала APACHE II.

Комплекс лечебных мероприятий включал в себя весь арсенал современной интенсивной терапии и оперативной техники. Лечение больных подразделялось на хирургический этап и интенсивную терапию, которая проводилась в специализированном отделении анестезиологии и реанимации. В комплекс мероприятий интенсивной терапии входила антибактериальная, инфузионная и реологически активная терапия, дезинтоксикационное лечение, включая методы экстракорпоральной детоксикации, энтеральное и парентеральное питание.

Оперативное вмешательство при ОРП осуществлялось общепринятым доступом (срединная тотальная лапаротомия или релапаротомия при повторных

санациях) и предусматривало радикальное устранение источника перитонита, санацию и дренирование брюшной полости, назоинтестинальное дренирование кишечника и выбор дальнейшей тактики ведения больного. Для обеспечения широкого раскрытия операционного поля и бережного обращения со смещаемыми органами использовано регулируемое устройство – ранорасширитель с лопатками для атравматического смещения внутренних органов (патент РФ № 2391054)

Величину ВБД оценивали, руководствуясь рекомендациями Всемирного общества по абдоминальному компартмент–синдрому (WSACS). Измерение ВБД проводили с помощью системы UNOMETR фирмы Unomedical и стандартным методом Ktop через катетер Фоллея в мочевом пузыре. ВБД исследовали каждые 8 часов, если оно было ниже 15 мм рт. ст. и каждые 4 часа при ВБД выше 15 мм рт. ст. (норма составляет от 0 до 3 мм рт. ст.).

Для оценки степени ВБД использовали классификацию D.Meldrum и соавт. (1997 г.): I степень – 10-15 мм рт. ст., II – 15-25 мм рт. ст., III – 25-35 мм рт. ст., IV – более 35 мм рт. ст.

В зависимости от способа ушивания брюшной полости все больные были разделены на две группы, сопоставимые по клинической картине и тяжести течения заболевания. Ведение больных 1-й группы (n=43) предусматривало программированные санации с интервалом 18-96 часов с интубацией ЖКТ. Санации проводились от 2 до 6 раз. Показания к очередной санации выставлялись на предыдущей операции по клинической картине в брюшной полости и подтверждались в последующем с помощью трансвезикального измерения ВБД катетером Фоллея по методу Ktop или стандартной системы UNOMETR, клиническими и лабораторными данными. Между санациями лапаротомную рану ушивали кожными широкозахватными швами мононитью. 2-й группе (n=53) больных брюшную полость закрывали временно путем наложения лапаростома, ЖКТ интубировали по стандартной методике с введением в корень брыжейки тонкой кишки 100-150 мл 0,25% раствора новокаина. Лапаростома накладывалась при наличии большого количества экссудата с гнилостным запахом, массивных неснимаемых фибринозных напластований на париетальной брюшине и петлях кишечника, вероятности формирования межкишечных абсцессов. У пациентов 1-й группы использовано устройство для дренирования, выполненное с возможностью моделирования по поверхности гнойных образований; представляющее собой дренажные катетеры с армированными направляющими, препятствующие спадению стенок гнойных полостей (патент РФ № 2381816).

Показанием к завершению лапаротомии и окончательному ушиванию лапаротомной раны считали отсутствие выпота и фибрина в брюшной полости, гладкий серозный покров, хорошую перистальтическую активность тонкой кишки, стабильные, прибли-

женные к физиологической норме значения ВБД. Сроки лапаротомии составили от 3 до 6 суток.

Полученные результаты обработаны на ПЭВМ с помощью программы «БИОСТАТИСТИКА», версия 4.03 для Windows, с применением методов вариационной статистики: проверка достоверности отличий с использованием t-критерия Стьюдента по средним величинам. Различия между сравниваемыми величинами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

У пациентов 1-й группы уровень ВБГ I степени был установлен у 18 больных, II – у 14, III – у 5, IV – у 1 больного. Тяжесть состояния по шкале APACHE II при гипертензии I степени составила 10 ± 2 балла, II – 15 ± 2 балла, III – 18 ± 2 балла и IV – 24 ± 2 балла.

Из 43 больных 1-й группы умерли 12 (27,9%). Продолжительность пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии составила в среднем 18 ± 2 койко-дней. Во 2-й группе ВБГ I степени отмечалась у 26 пациентов, II – у 12 пациентов, III – у 4 пациентов, IV степени не наблюдалось. Тяжесть состояния по шкале APACHE II при ВБГ I степени составила 9 ± 2 балла, II – 14 ± 2 балла, III – 17 ± 2 балла. Наложённая лапаростома препятствовала повышению уровня ВБД. Из 53 пациентов 2-й группы умерли 18 (33,9%). Длительность нахождения больных в отделении реанимации и интенсивной терапии составила в среднем 14 ± 2 койко-дней. У пациентов с ОРП при III и IV степенях ВБГ сочеталась с дыхательной недостаточностью в 92% наблюдений, сердечно-сосудистой недостаточностью в 86%, острой почечной недостаточностью в 74%, стойким развитием динамической кишечной непроходимости в 32%, развитием ДВС-синдрома в 13% наблюдений. Установлено, что при ВБД, равном 15-25 мм рт. ст., признаки полиорганной недостаточности развивались не ранее, чем через 24-32 часа от начала заболевания, при ВБГ выше 30 мм рт. ст. – через 8-12 часов, что являлось неблагоприятным прогностическим признаком.

Анализируя полученные данные, заключения нами отмечено, что при ОРП происходит повышение ВБД в 83,3% наблюдений, при этом синдром ВБГ развивается у 25% больных. Установлена зависимость между уровнем ВБД и распространенностью воспалительного процесса в брюшной полости: нарастание ВБД усугубляет течение перитонита: повышение ВБД опережает клиническое ухудшение на 18-24 часа.

Острое повышение и длительное сохранение высокого уровня ВБД требует декомпрессии брюшной полости и профилактики развития синдрома ВБГ. Решение о декомпрессии брюшной полости не должно приниматься на основании результатов отдельных измерений ВБД без учета всей клинической картины ОРП. Лапаротомия является наиболее рациональным способом завершения хирургического этапа лечения ОРП, позволяющим снизить летальность на 6%.

Список литературы

1. Глазков Ю.С., Бабкин С.С., Кривоносов Ю.В., Усеинов А.Ш. Метод лапаростомии при лечении перитонита. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2008; 1:79-80
2. Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Игнатенко О.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Consilium medicum 2005, приложение 1: 20-25.
3. Зубрицкий Ф.В., Щелоков А.Л., Крюков А.А., Забелин М.В. Диагностическая значимость мониторинга внутрибрюшного давления в выборе лечебной тактики у больных перитонитом. Инфекции в хирургии, 2007; 5:52-54.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. и др. Выбор лечебной тактики при распространенном перитоните. Анналы хирургии, 1998; 6: 32-36.
5. Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Нетяга 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.
6. Чадаев А.П., Хрипун А.И. Перитонит и внутрибрюшное давление. Патогенетические аспекты. Диагностическая и лечебная тактика. М., 2003. 148.
7. Cheatham M.L. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. Nev Horiz 1999; 7: 96-115.
8. Eddy V., Nunn C., Morris J.A. Abdominal compartment syndrome. The Nashville experience. Surg Clin North Am 1997; 77: 4: 801-812.
9. Harrahill M. Intra-abdominal pressure monitoring. J Emerg Nurs 1998; 5: 465-466.
10. Knaus W., Drager E., Dongles P. et al. APACHE-II: a severity of disease classification system. Critical Care Med 1985; 13: 818-829.
11. Malbrain M.L. Abdominal pressure in the critically ill. Curr Opin Crit Care 2000; 6: 17-29.

Информация об авторах

1. Савченко Юрий Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: elenakuevda@yandex.ru
2. Куевда Елена Вячеславовна – аспирант кафедры общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: elenakuevda@yandex.ru
3. Голиков Игорь Васильевич – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: elenakuevda@yandex.ru