

О.Э. Миткинов, Е.В. Чойдопова, В.А. Филиппов

ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Одной из причин развития синдрома полиорганной недостаточности у больных в критическом состоянии считается абдоминальный компартмент синдром. Были исследованы 17 пациентов с оперативными вмешательствами на органах брюшной полости. Был применен непрямой способ измерения давления в мочевом пузыре.

Ключевые слова: абдоминальный компартмент синдром, брюшная полость

INTRAABDOMINAL PRESSURE IN OPERATED PATIENTS

O.E. Mitkinov, E.V. Choidopova, V.A. Filippov

Buryat State University, Ulan-Ude
Republic Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude

One of the reasons of development of polyorgan insufficiency syndrome in patients of critical state is considered to be abdominal compartment syndrome. 17 patients operated on abdominal cavity organs were investigated. The indirect technique of measurement of pressure in a bladder has been applied.

Key words: abdominal compartment syndrome, abdominal cavity

В последние годы одной из причин развития синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) у больных в критическом состоянии считают интраабдоминальную гипертензию (ИАГ) [3–5]. Синдром ИАГ (СИАГ) — в англоязычной литературе Abdominal Compartment Syndrome (ACS) — это симптомокомплекс, развивающийся вследствие повышения давления в брюшной полости и характеризующийся развитием полиорганной недостаточности (ПОН) [2] (). Порог такого давления варьирует в зависимости от степени волеми и комплайенса брюшной стенки. В норме интраабдоминальное давление (ИАД) равняется нулю. К развитию абдоминального компартмент синдрома (синдрома сдавления) приводят все факторы, повышающие внутрибрюшное давление. Летальность больных с компартмент синдромом достигает 42–68 % [1]. При отсутствии коррекции АКС этот показатель приближается к абсолютному значению.

Различают следующие виды синдрома абдоминального сдавления:

- первичный (абдоминальный);
- вторичный (экстраабдоминальный);
- третичный (рецидивировавший после лечения).

Синдром абдоминального сдавления имеет четыре степени (табл. 1).

Актуальность исследования заключается в том, что с помощью простого и экономичного метода измерения давления в мочевом пузыре можно динамически отследить и прогнозировать тяжесть абдоминального компартмент синдрома.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить нормальные показатели интраабдоминального давления у больных после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, произведенных в плановом порядке.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовать плановых, экстренных послеоперационных больных, в зависимости от тяжести патологии. Манипуляция у всех больных проводилась перед очередным обезболиванием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была применена непрямая методика измерения давления в мочевом пузыре. В связи с тем, что при внутрипузырном объеме порядка 50–100 мл стенки мочевого пузыря выполняют функцию пассивной мембраны, что позволяет измерять ИАД через мочевой катетер.

Методика включает в себя введение 100 мл стерильного физраствора в пустой мочевой пузырь

Степени синдрома абдоминального сдавления

Таблица 1

Степень	Измеренное ИАД	Предпринимаемые действия
1	10–15 мм рт.ст.	Поддержание нормоволеми
2	16–25 мм рт.ст.	Достижение гиперволеми
3	26–35 мм рт.ст.	Декомпрессия
4	> 35 мм рт.ст.	Релапаротомия и декомпрессия

через обычный мочевой катетер. После этого дренажная трубка катетерной системы отсоединяется от емкости для сбора мочи и присоединяется к трансдюсеру (в качестве которого использовали обычную разовую систему). Нулевой точкой принимается уровень лобкового симфиза (А.А. Богданов).

Было исследовано 17 больных, которые были разделены на две группы: плановые больные — 8 человек, экстренные больные — 9 человек (табл. 2, 3).

Результаты исследования: уровень обследования и тяжесть состояния у пациентов данной группы были одинаковыми. Тем не менее, есть существенная разница в интраабдоминальном давлении по нозологическим формам, выше оно у больных с ЖКБ (рис. 1).

Отмечена тяжесть состояния пациента, выраженность полиорганной недостаточности, что коррелирует с изменениями интраабдоминального давления. Наибольшие цифры отметили у пациентов с перитонитом, панкреонекрозом, полиорганной недостаточностью. Длительность нахождения в ОРИТ составила 8,5 суток, а летальности в обеих группах отмечено не было (рис. 2).

ВЫВОДЫ

1. Нормальными показателями интраабдоминального давления следует считать цифры от 0—5 мм рт.ст.

2. Повышение интраабдоминального давления является прогностически значимым критерием оценки тяжести основного заболевания и развития полиорганной недостаточности.

Таблица 2

Распределение плановых пациентов по нозологии

ЖКБ. Калькулезный холецистит	3
Множественные миомы матки	2
ЯБЖ, ЯБ двенадцатиперстной кишки	2
Заболевание поджелудочной железы (рак)	1

Таблица 3

Распределение экстренных пациентов по нозологии

Тупая травма живота с повреждением органов брюшной полости	2
Проникающее резаное ранение брюшной полости, без повреждения внутренних органов	2
Толстокишечная непроходимость	3
Разлитой фибринозно-гнойный перитонит	1
Тотальный стерильный жировой панкреонекроз. Разлитой ферментативный перитонит	1

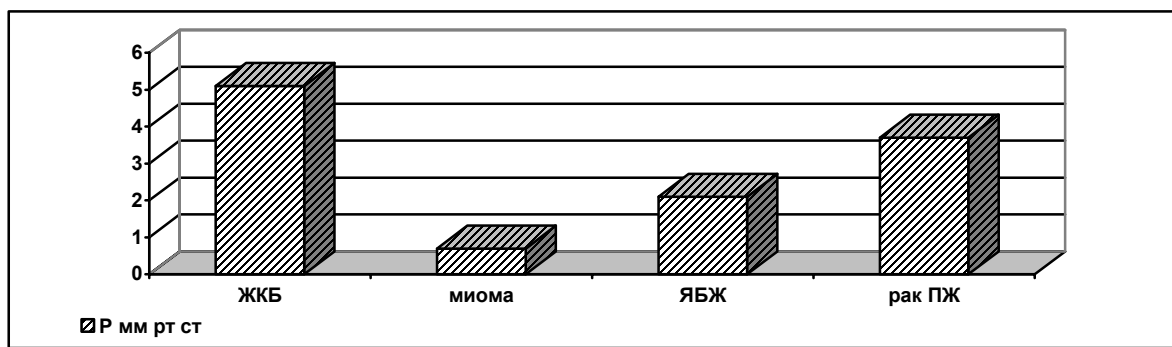


Рис. 1. Изменение ИАГ у плановых больных.

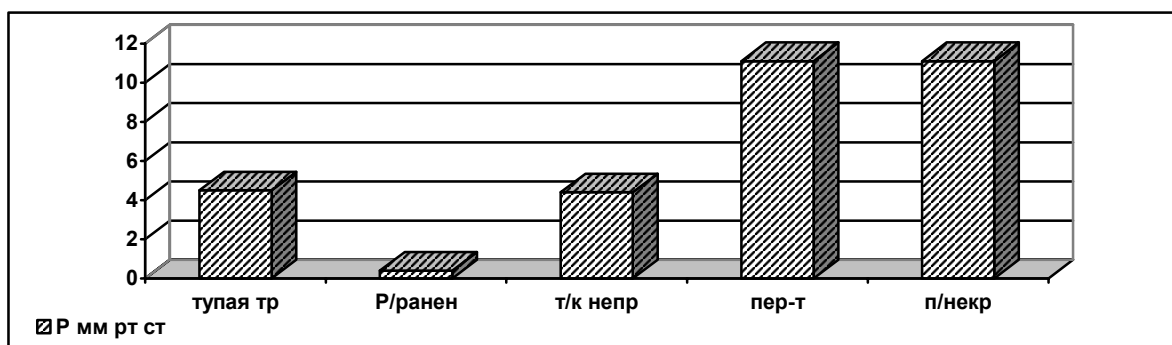


Рис. 2. Изменение ИАГ у экстренных больных.

3. После проведенного анализа было выявлено, что в случаях с перитонитом, панкреонекрозом интраабдоминальное давление повышенное, что увеличивает риск развития СПОН. Поэтому я рекомендую измерять ИАД у экстренных больных с такими заболеваниями для коррекции лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердников Д.С. / Д.С. Бердников, В.А. Белобородов. — Режим доступа: www.sibmedport.ru (24 ноября 2008).

2. Гельфанд Б.Р. / Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко. — Режим доступа: www.sia-r/infections/surgeon/abdomen/peritonit/2/

3. Hopkins Intraabdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome / Hopkins // BJA CEPD Reviews. — 2005. — Vol. 1, N 2.

4. Bailey J. Abdominal compartment syndrome / J. Bailey // Crit. Care. — 2006. — Vol. 4. — P. 23–29.

5. Saggi B.H. Abdominal compartment syndrome / B.H. Saggi // J. Trauma. — 2007. — Vol. 45. — P. 597–609.

Сведения об авторах:

Миткинов О.Э. БГУ, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а.