



В. Ю. Бодяка, О. І. Івашук,
В. В. Власов, М. Г. Гнатюк,
І. О. Омелянчук

Буковинський державний
медичний університет,
м. Чернівці

© Колектив авторів

ТИМЧАСОВА КОЛОСТОМА ЯК СПОСІБ ЗАБОПІГАННЯ РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Резюме. Вивчено динаміку внутрішньочеревного тиску після виконання оперативних втручань з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, залежно від наявності колостоми. Статистично доведено позитивний вплив функціонування тимчасової колостоми на величину внутрішньочеревного тиску за гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. Це необхідно враховувати при закритті лапаротомної рани у пацієнтів з великим ризиком виникнення внутрішньочеревної гіпертензії та синдрому абдомінальної компресії в ранній післяопераційний період.

Ключові слова: внутрішньочеревний тиск, внутрішньочеревна гіпертензія, тимчасова колостома.

Вступ

Останнім часом все більше науковців звертають увагу на проблему розвитку внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) та синдрому абдомінальної компресії за гострої хірургічної патології органів черевної порожнини [1, 2, 6].

Існуюча велика кількість експериментальних та клінічних досліджень доводить негативний вплив ВЧГ на функціонування різних органів та систем організму, що значно збільшує летальність серед пацієнтів у критичному стані, а також вказує на необхідність проведення постійного моніторингу ВЧГ та його корекції у хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини [3, 6].

Цілий ряд хірургічних способів спрямовано на профілактику ВЧГ в ранній післяопераційний період. Це інтубація шлунково-кишкового тракту, накладання лапаростоми, виконання фасціотомії тощо. Проте вони мають різну ефективність та не завжди можливо їх застосування [2, 5, 7, 8].

Проведені клінічні дослідження, стосовно визначення величини внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) за гострої хірургічної патології органів черевної порожнини в ранній післяопераційний період, вказують на дещо менші його значення у пацієнтів з колостомою. Вивчення впливу функціонування тимчасової колостоми на величину ВЧТ дасть змогу використовувати її з метою профілактики ВЧГ в ранній післяопераційний період.

Мета дослідження

Вивчити динаміку ВЧТ після виконання оперативних втручань з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини залежно від наявності тимчасової колостоми.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 29 хворих на гострий поширений перитоніт та 42 – на гостру кишкову непрохідність, яким після виконання оперативного втручання лапаротомну рану було пошарово зашито. Для реалізації поставленої мети пацієнтів поділено на дві групи – порівняння та основну. В групу порівняння увійшло 43 особи без кишкової стоми. Основну групу склало 28 пацієнтів, яким після виконання основного оперативного прийому було накладено тимчасову просту колостому. В число досліджуваних осіб увійшли пацієнти із захворюваннями, які представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Захворювання пацієнтів, що увійшли до дослідження

Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини		Дослідна група		Абс.	%
Ускладнення	Причин захворювання	Без колостом	Із колостою		
Гострий поширений перитоніт n=29	Перфоративна виразка шлунка або ДПК	8	-	8	11,3
	Гострий гангренозно-перфоративний апендицит	4	-	4	5,6
	Перфорація дивертикулу товстої кишки	3	6	9	12,7
	Травма живота. Розрив кишечника	4	1	5	7,0
	Абсцеси черевної порожнини	2	1	3	4,2
Гостра кишкова непрохідність n=42	Спайкова хвороба очеревини	6	-	6	8,5
	Защемлена вентральна грижа	9	3	12	16,9
	Доліхосигма. Заворот сигмоподібної кишки	7	2	9	12,7
	Рак сигмоподібної або прямої кишки	-	15	15	21,1
Всього:		43	28	71	100

Примітки: n – кількість осіб; ДПК – дванадцятипала кишка.



Середній вік осіб групи порівняння становив $49,209 \pm 1,558$ роки, а основної – $50,571 \pm 1,789$ роки.

Всі пацієнти отримували лікування згідно протоколів надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологією органів живота (Я.С. Березницький та ін., 2010) [9].

ВЧТ вимірювали через сечовий міхур, з періодичністю 2-3 рази на добу. У сечовий міхур, після його повного спорожнення, через катетер Фолея вводили 25 мл фізіологічного розчину. До катетеру приєднували запропонований нами пристрій для трансвезикального вимірювання ВЧТ [4]. Отримані цифрові дані в см вод. ст. переводили у мм рт. ст., оскільки в клінічній практиці широко використовують цю одиницю вимірювання, із розрахунку 1 мм рт. ст. приблизно дорівнює 1,36 см вод. ст. [6].

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили з використанням електронних таблиць Microsoft Excel та пакета програм статистичної обробки PAST. Для перевірки нормальності розподілу даних у вибірках застосували критерії Shapiro-Wilk. Розбіжності між групами досліджень визначали за допомогою критеріїв Mann-Whitney. Результат вважали вірогідним, якщо коефіцієнт вірогідності був $\leq 0,05$, що є загальноприйнятим у медико-біологічних дослідженнях.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи результати дослідження представлені в табл. 2 слід відмітити, що динаміка ВЧТ за гострого поширеного перитоніту в обох дослідних групах подібна, за винятком того, що показники основної групи вірогідно менші впродовж всього терміну спостереження. Також, впродовж перших трьох діб післяопераційного періоду, в обох дослідних групах пацієнтів спостерігається поступове невірогідне зростання ВЧТ. В послідовні терміни дослідження відмічається зниження показників ВЧТ, проте ця динаміка вірогідна з шостої доби спостереження.

Оцінюючи динаміку ВЧТ за гострої кишкової непрохідності, яка представлена в табл. 3, слід відмітити вірогідно менші показники в основній групі пацієнтів впродовж всього терміну дослідження. У пацієнтів без колостоми відмічається вірогідне зростання ВЧТ на третю добу спостереження з поступовим його зниженням впродовж наступних термінів дослідження. Впродовж перших двох діб післяопераційного періоду спостерігається невірогідне зростання ВЧТ у пацієнтів із колостою, який впродовж останніх чотирьох діб дослідження вірогідно знижується.

При порівнянні величини ВЧТ в групі порівняння між хворими на гострий поширений

Таблиця 2

Динаміка внутрішньочеревного тиску після хірургічного лікування гострого поширеного перитоніту залежно від наявності тимчасової колостоми у різні терміни спостереження, ($M \pm m$), мм рт. ст.

Термін дослідження	Пацієнти без колостоми		Пацієнти із колостою		
	n	$M \pm m$	n	$M \pm m$	p
1-а доба	21	$13,952 \pm 0,757$	8	$10,937 \pm 0,853$	$p < 0,05$
2-а доба	21	$15,714 \pm 0,879$	8	$12,125 \pm 0,822$	$p < 0,05$
3-а доба	21	$16,048 \pm 1,054$	8	$12,688 \pm 0,823$	$p < 0,05$
4-а доба	17	$14,324 \pm 0,767$	7	$11,286 \pm 0,987$	$p < 0,05$
5-а доба	16	$12,563 \pm 0,629$	7	$9,857 \pm 0,777$	$p < 0,05$
6-а доба	12	$11,708 \pm 0,67^*$	7	$7,429 \pm 1,066^*$	$p < 0,05$
7-а доба	9	$10,222 \pm 0,635^*$	6	$6,917 \pm 1,193^*$	$p < 0,05$

Примітки: n – кількість спостережень; p – порівняно з показниками без кишкової стоми відповідного терміну; * – вірогідно по відношенню до першої доби відповідної групи.

Таблиця 3

Динаміка внутрішньочеревного тиску після хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності залежно від наявності тимчасової колостоми у різні терміни спостереження, ($M \pm m$), мм рт. ст.

Термін дослідження	Пацієнти без колостоми		Пацієнти із колостою		
	n	$M \pm m$	n	$M \pm m$	p
1 доба	22	$15,318 \pm 0,846$	20	$12,725 \pm 0,658$	$p < 0,05$
2 доба	22	$18,023 \pm 0,667$	20	$14,125 \pm 0,764$	$p < 0,01$
3 доба	22	$18,818 \pm 0,74^*$	20	$11,875 \pm 0,632$	$p < 0,001$
4 доба	19	$17,132 \pm 1,091$	17	$10,706 \pm 0,608^*$	$p < 0,001$
5 доба	17	$14,882 \pm 0,891^{**}$	15	$9,867 \pm 0,472^*$	$p < 0,001$
6 доба	14	$12,464 \pm 0,649^{**}$	12	$9,125 \pm 0,622^*$	$p < 0,01$
7 доба	11	$11,136 \pm 0,477^{**}$	8	$8,563 \pm 0,879^*$	$p < 0,05$

Примітки: n – кількість спостережень; p – порівняно з показниками без кишкової стоми відповідного терміну; * – вірогідно по відношенню до першої доби відповідної групи; ** – вірогідно по відношенню до третьої доби відповідної групи.



перитоніт та гостру кишкову непрохідність, відмічається вірогідно нижчі його показники за останньої, з другої по п'яту добу спостереження. В основній групі пацієнтів ця різниця впродовж всього терміну спостереження невірогідна.

Отримані результати дослідження свідчать, що накладання тимчасової колостоми позитивно впливає на величину ВЧТ за гострої хірургічної патології органів черевної порожнини та є одним із засобів запобігання розвитку ВЧТ. Це необхідно враховувати при закритті

лапаротомної рани у пацієнтів із великим ризиком виникнення синдрому абдомінальної компресії в ранньому післяопераційному періоді.

Висновок

Накладання тимчасової колостоми є одним із засобів запобігання розвитку ВЧТ в ранній післяопераційний період.

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо за доцільне вивчити динаміку ВЧТ, залежно від об'єму видаленого органу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Алиев С.А.* Синдром интраабдоминальной гипертензии у больных осложненным раком ободочной кишки и его хирургическая коррекция / С.А. Алиев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 11. – С. 45-52.
2. *Забелин М.В.* Синдром внутрибрюшной гипертензии в неотложной абдоминальной хирургии : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук: спец. 14.01.17 «Хирургия» / М.В. Забелин. – М., 2010. – 46 с.
3. *Мазур А.П.* Показания к мониторингу внутрибрюшного давления и алгоритм его проведения / А.П. Мазур, Ю.Б. Лисун // Біль, знеболення і інтенсивна терапія. – 2008. – № 1. – С. 2-7.
4. *Патент* України на корисну модель 61803, МПК А 61 В 5/03. Спосіб вимірювання внутрішньочеревного тиску / Івашук О.І., Бодяка В.Ю.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u201101361; заявл. 07.02.11; опубл. 25.07.11, Бюл. № 14.
5. *Профілактика* абдоминального компартмент-синдрому в неотложной хирургии / В.П. Шано, С.В. Гладкая, И.В. Струкова [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2009. – № 2. – С. 146-149.
6. *Синдром* интраабдоминальной гипертензии / Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко, П.В. Подачин [и др.]; / под ред. В.С. Савельева. – Новосибирск: Сибирский успех, 2008: Партнеры Сибири, 2008. – 32 с.
7. *Способ* декомпрессии брюшной полости при лечении абдоминального компартмент-синдрома у больных деструктивным панкреатитом / А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков, Б.Т. Чурадзе // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 1. – С. 61-66.
8. *Способы* профилактики абдоминального компартмент-синдрома у больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом / В.И. Белоконев, Л.Б. Гинзбург, С.А. Катков [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Вып. 2. № 11. – С. 128-134.
9. *Стандарти* організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Науково-методичне видання // за редакцією Я.С. Березинського, П.Д. Фоміна – К. : ТОВ «Доктор-Медіа», 2010. – 470 с. – (Серія «Бібліотека «Здоров'я України»).



ВРЕМЕННАЯ КОЛОСТОМА
КАК СПОСОБ
ПРОФИЛАКТИКИ
ВНУТРИБРЮШНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ

*В.Ю. Бодяка, А.И. Иващук,
В.В. Власов, Н.Г. Гнатюк,
И.А. Омелянчук*

Резюме. Изучено динамику внутрибрюшного давления после выполнения оперативных вмешательств по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости, в зависимости от наличия колостомы. Статистически доказано позитивное влияние временной колостомы на величину внутрибрюшного давления при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Это необходимо учитывать при закрытии лапаротомной раны у пациентов с большим риском возникновения внутрибрюшной гипертензии и синдрома абдоминальной компрессии в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *внутрибрюшное давление, внутрибрюшная гипертензия, временная колостома.*

TEMPORARY COLOSTOMY
AS A WAY TO PREVENT
INTRA-ABDOMINAL
HYPERTENSION
DEVELOPMENT

*V.Yu. Bodyaka, O.I. Ivashchuk,
V.V. Vlasov, M.H. Hnatiuk,
I.O. Omelianchuk*

Summary. There has been studied the dynamics of the intra-abdominal pressure after operative surgical procedures in connection with acute surgical pathology of abdominal cavity organs depending on colostomy presence. The positive impact of temporary colostomy action on an intra-abdominal pressure rate by the acute surgical pathology of abdominal cavity organs has been proved statistically. It has to be taken into account while closing the laparotomy wound of the patients with a high-level risk of intra-abdominal hypertension emergence and abdominal compression syndrome in the early post-operative period.

Key words: *intra-abdominal pressure, intra-abdominal hypertension, temporary colostomy.*