

## ВЛИЯНИЯ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ОСТРОЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

Утаев Л.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет

Дусияров М.М.

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11192366>

**Аннотация:** Обзор литературы показал, что синдром энтеральной недостаточности и внутрибрюшное давление являются двумя общими патологическими состояниями, которые вызывают порочный круг взаимоусугубляющих изменений, независимо от этиологии внутрибрюшной гипертензии. Это также показало основные шаги, которые должны быть предприняты для предотвращения повышения внутрибрюшного давления.

**Ключевые слова.** Ущемленная грыжа, внутрибрюшная гипертензия, методы профилактики.

**Введение.** Хирургическое лечение больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров представляет собой дополнительную проблему. Одномоментное вправление грыжевого содержимого в брюшную полость представляет собой большую опасность, поскольку это может вызвать постоянный парез кишечника, повышение внутрибрюшного давления и последующие проблемы с сердцем и дыханием. Krön I.L. предложил название такой полиорганной недостаточности, развивающейся в результате ВБГ, «абдоминальный раздельный синдром».

Бурч и др. впервые предложили классификацию уровня внутрибрюшной гипертензии. В 2006 году Всемирная организация абдоминального компартмент синдрома (WSACS) предложила новые классификации ВБГ: I степень — 12-15 мм рт. ст., II степень — 16-20 мм рт. ст., III степень — 21-25 мм рт. ст. и IV степень — более 25 мм рт. ст. АКС определяется как повышение ВБД более

Характер нарушений в органах брюшной полости и уровень смертности прямо коррелируют с уровнем интраабдоминальной гипертензии. Повышение внутрибрюшного давления выше 10 мм. рт. ст. в течение 1-2 суток приводит к летальности в 3-7% случаев, а при повышении более 35 мм. рт. ст. в течение 6-7 часов приводит к 100% случаев смерти.

В экспериментальных работах Diebel L.N. обнаружил, что ВБГ 25 мм.рт.ст. в течение 60 минут приводит к нарушению барьерной функции кишечника, бактериальной транслокации в основном в мезентеральные лимфатические узлы и снижению мезентериального кровотока до 63% от начального уровня. Все это приводит к сепсису и синдрома полиорганной недостаточности.

Kingsnorth A.N. считал, что при моделировании и выполнении пластики брюшной стенки должно быть предельное повышение ВБД до 15-20 мм рт. ст., потому что расстройства сердечно-сосудистой и дыхательной систем могут быть легко

компенсированы. Предлагается решить проблему выполнения «ненатяжной» герниопластики в случае сохранения ВБГ на уровне II степени (16–20 мм рт. ст.).

В эксперименте, проведенном Ахманом У. на животных, было обнаружено, что повышение внутрикишечного давления при непроходимости кишечника от 20 до 100 мм приводит к снижению сосудистого кровотока, капиллярной фильтрации и снижению кровотока до 70%. Позвоночный столб, диафрагма, кости таза, ребра и брюшная стенка составляют замкнутое пространство, называемое брюшной полостью. Физические законы утверждают, что давление в замкнутой полости равномерно распространяется, сдавливая кишку снаружи, пока оно не уравнивается с давлением внутрипросветного пространства. Сдавление кишечной стенки между внутрипросветным давлением изнутри и ВБД снаружи приводит к микроциркуляции и образованию тромбов в мелких сосудах, ишемии и отеку кишечной стенки. В результате трансудация и экссудация жидкости ухудшается, что приводит к образованию порочного круга.

**Выводы:** Таким образом, независимо от этиологии возникновения ВБГ, основное внимание должно уделяться профилактике повышения внутрибрюшного давления, поскольку связь между ВБД и синдромом энтеральной недостаточности представляет собой взаимоусугубляющую связь патологических процессов.

### References:

1. Гафаров, У.О. Выбор способа пластики передней брюшной стенки у больных с вентральными грыжами автореф. дис. ... канд. мед. наук / У.О. Гафаров. М., 2010.-33с.
2. Диагностический и лечебный алгоритм при острой механической кишечной непроходимости/ С.В.Иванов, А.В. Голиков, И.Д. Заикина [и др.] // Актуальные вопросы неотложной хирургии: (клиника, диагностика и лечение острой кишечной непроходимости, закрытая травма живота): материалы, пленума Проблемной комиссии «Неотложная хирургия» Межведомственного науч. совета РАМН и Рос. науч.-практ. конф., г. Курск, 17 - 18 окт. 2017 г.-М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского; Курск: ГОУ ВПО КГМУ, 2017.-С.37-38.
3. Ермолов, А.С. О понятиях и терминах в современной герниологии: Что следует уточнить? / А.С. Ермолов, А.В. Упырев // Герниология.- 2016.- N3 (11).- С. 17-18.
4. Келина, Н.Ю. Оценка развития синдрома эндогенной интоксикации при токсической стадии разлитого перитонита в ранний послеоперационный период/ Н.Ю. Келина // Вестник интенсив. терапии. - 2021.- № 3.- С. 51-55.