



**ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ФЕДЕРАЦИИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ**

Геленджик, 17-19 мая 2015 г.



**XII Всероссийская научно-методическая  
конференция с международным участием  
“СТАНДАРТЫ И  
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ  
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ”**

# МАТЕРИАЛЫ ДОКЛАДОВ

[kubanesth.ru](http://kubanesth.ru)

# ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КИШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

---

*Стаканов Андрей Владимирович*  
*МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко*  
*г. Ростов-на-Дону»*

*Кубанский государственный медицинский университет*

Несмотря на значительное улучшение организации и качества оказания медицинской помощи онкологическим больным в России, вопрос анестезиолого-реанимационного лечения острой толстокишечной непроходимости (ОТКН) не утратил своей актуальности. В большинстве случаев использование современных методик и технологий интенсивной терапии позволяет стабилизировать основные параметры гомеостаза уже в раннем периоперационном периоде [Чернов и др., 2005; Мартыненко Н.Ю. и др., 2013].

Известные на сегодняшний день сведения о тесной связи постоянного потенциала (ПП) головного мозга с метаболизмом, кровообращением, гидратацией в тканях и органах в норме и при повреждении являются серьезными фактами, указывающими на интегральную взаимосвязь ПП с факторами вторичного повреждения у конкретного пациента. Распределение больных по уровню ПП позволяет выделить однородную для анализа популяцию с определённой степенью компенсаторных возможностей и обозначить характерные для каждой группы осложнения [Заболотских И.Б. и др., 1997, 2009; Стаканов А.В. и др., 2012].

Дисфункция кишечника является основным звеном в структуре полиорганных нарушений [Соловьёв И.А. и др., 2013]. Несмотря на это, степень или стадии кишечной дисфункции не нашли отражения ни в одной из существующих прогностических шкал полиорганной недостаточности [Зиборова Л.Н. и др., 2012].

Купирование ранних признаков пареза желудочно-кишечного тракта и выбор наиболее эффективных методов его лечения остаются определяющими факторами успешного выздоровления больных в послеоперационном периоде.

При этом, создание алгоритмов прогнозирования кишечной дисфункции на основе различной степени компенсации функционального состояния по уровню ПП, представляется весьма актуальным.

Важными направлениями в профилактике кишечной дисфункции в раннем периоперационном периоде после устранения ОТКН являются [Грошин В.С. и др., 2013; Женило В.М. и др., 2011]:

Адекватный системный и регионарный транспорт кислорода:

– устранение гиповолемии и обеспечение режима умеренной гемодилуции [Клигуненко Е.Н. и др., 2008; Рагимов А.А. и др., 2013];

– коррекция системной и регионарной гемодинамики;

– адекватная оксигенация.

Улучшение реологических свойств крови, борьба с гиперкоагуляцией [Орлов Ю.П. и др., 2013].

Адекватное обезболивание (грудная эпидуральная аналгезия (ЭА) на всех этапах периоперационного периода) [Поцелуев Е.А., 2012].

Продлённая декомпрессия путём интубации кишечника и борьба с инфекцией [Чернов В.Н. и др., 2014].

Фармакологическая защита слизистой ЖКТ [Markogiannakis H. et al., 2007].

Адекватная метаболическая терапия [Заплутанов В.А. и др., 2012].

Восстановление моторики ЖКТ [Клигуненко Е.Н. и др., 2008].

Раннее энтеральное питание [Sutherasan Y. et al., 2014].

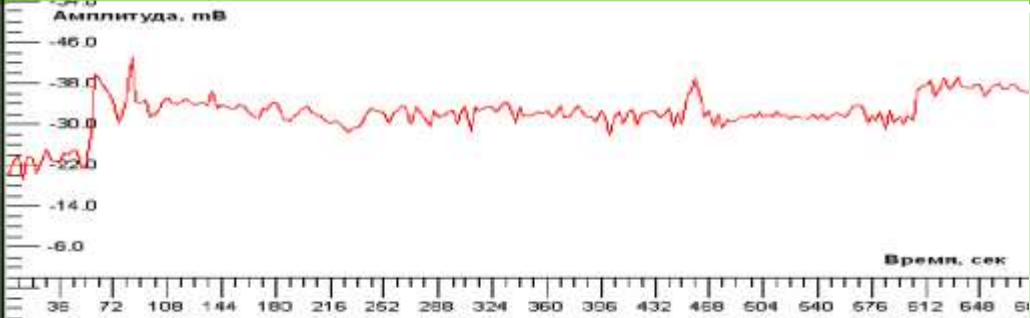
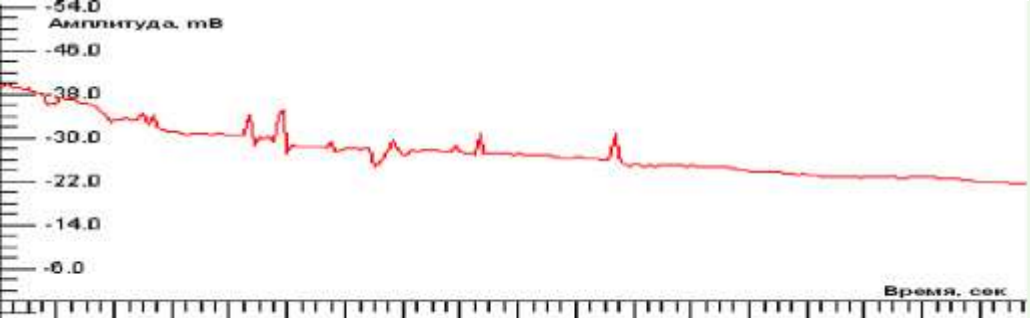
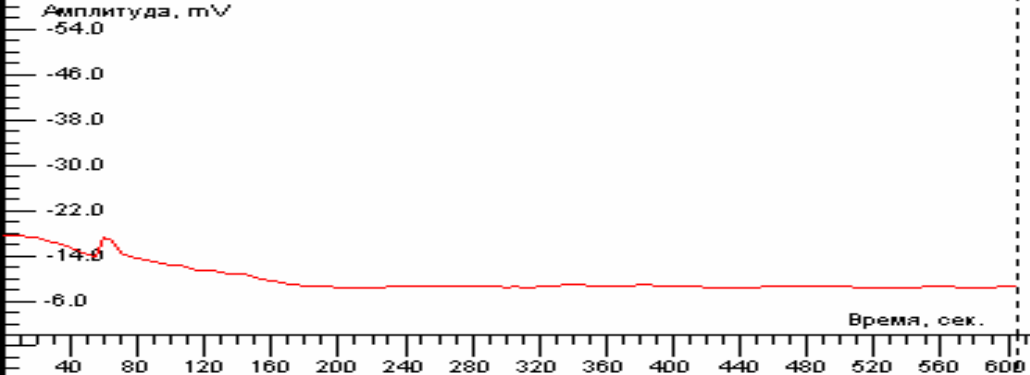
**Цель:** разработать схему прогнозирования кишечной дисфункции по степени компенсации функционального состояния при различном уровне постоянного потенциала (ПП).

**Материалы и методы.** Клинические наблюдения включают 261 пациента с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН), обусловленной раком толстой кишки. По оценочным шкалам раннего периоперационного периода степень тяжести по APACHE III – 64 (55/74), CR-Poosum – 24 (20/28) баллов.

- Операция – лапаротомия, резекция участка толстой кишки, наложение коло- (цеко-, трансверзо-, сигмо-) стомы, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника и желудка.
- Длительность операций составила – 2,3 (2,0/2,6), анестезий – 2,7 (2,4/3,1) часа.
- Наличие сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистые – (64%), артриты – (19%), диабет – (16%), дисфункция щитовидной железы (11%), язвенная болезнь желудка и ДПК, гастриты – (13%), хронические обструктивные заболевания лёгких и эмфизема (12%), астма – (5%). Возраст пациентов – 68 (57/76) лет, масса тела – 64 (59/73). Длительность пребывания в реанимации составила 4 (3/5) суток. Осуществлялся стандартный гемодинамический и лабораторный мониторинг.

Всем выполнялась базисная терапия, включающая: - инфузионную терапию (ИТ) с применением препаратов, влияющих на онкотическое давление, исходных нарушений водно-электролитного баланса (ВЭБ) и объёма циркулирующей крови (ОЦК), восстановления эффективной системной и периферической гемоперфузии и системы транспорта кислорода. Объём, скорость и качественный состав препаратов для ИТ 2,1(1,3/2,9) мл/кг×час подбирался индивидуально; - в первые сутки послеоперационного (п/о) периода осуществлялся фракционный лаваж назоинтестинального зонда, начиная со вторых суток дважды в день вводилось 50 мл дюфалака, с последующей капельной инфузией минеральной воды; параллельно в/в вводился метоклопрамид 2 мл, NaCl 5% 200 мл в/в кап и прозерин 0,05% -1,0 в/м по схеме, микроклизма NaCl 5% - 100 мл + глицерин 50 мл. Всем пациентам выполнялась катетеризация эпидурального пространства ещё в предоперационном периоде по общепринятой методике на уровне T<sub>8</sub>-T<sub>10</sub> (проекция корня брыжейки) с введением тест-дозы - 2мл 2% раствора лидокаина и далее 10-15 мг/час 0,2% ропивакаина в виде постоянной эпидуральной инфузии в течение 4-х дней. Интраабдоминальная гипертензия оценивалась по уровню давления в мочевом пузыре.

Исследовали аппаратно-компьютерным комплексом «Телепат – 104Р» функциональное состояние методом омегаметрии (Заболотских И.Б., 1997). В зависимости от степени компенсации по уровню ПП выделены 3 группы:

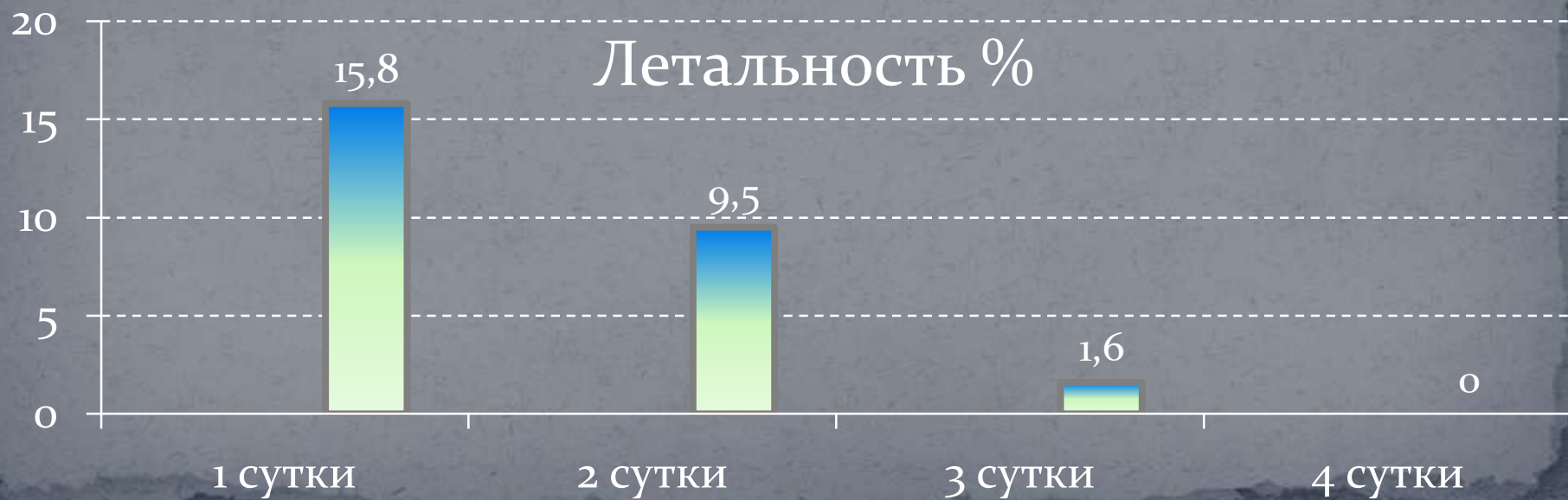
Группы (n=261)	Типичные омегаграммы
<b>1 (n=123) – субкомпенсации</b> (высокие негативные значения ПП -30 мВ и ниже)	
<b>2 (n=75) – компенсации</b> (средние негативные значения ПП -15,0 – (-29,9)мВ)	
<b>3 (n=63) – декомпенсации</b> (низкие негативные и позитивные значения ПП -14,9 мВ и выше)	



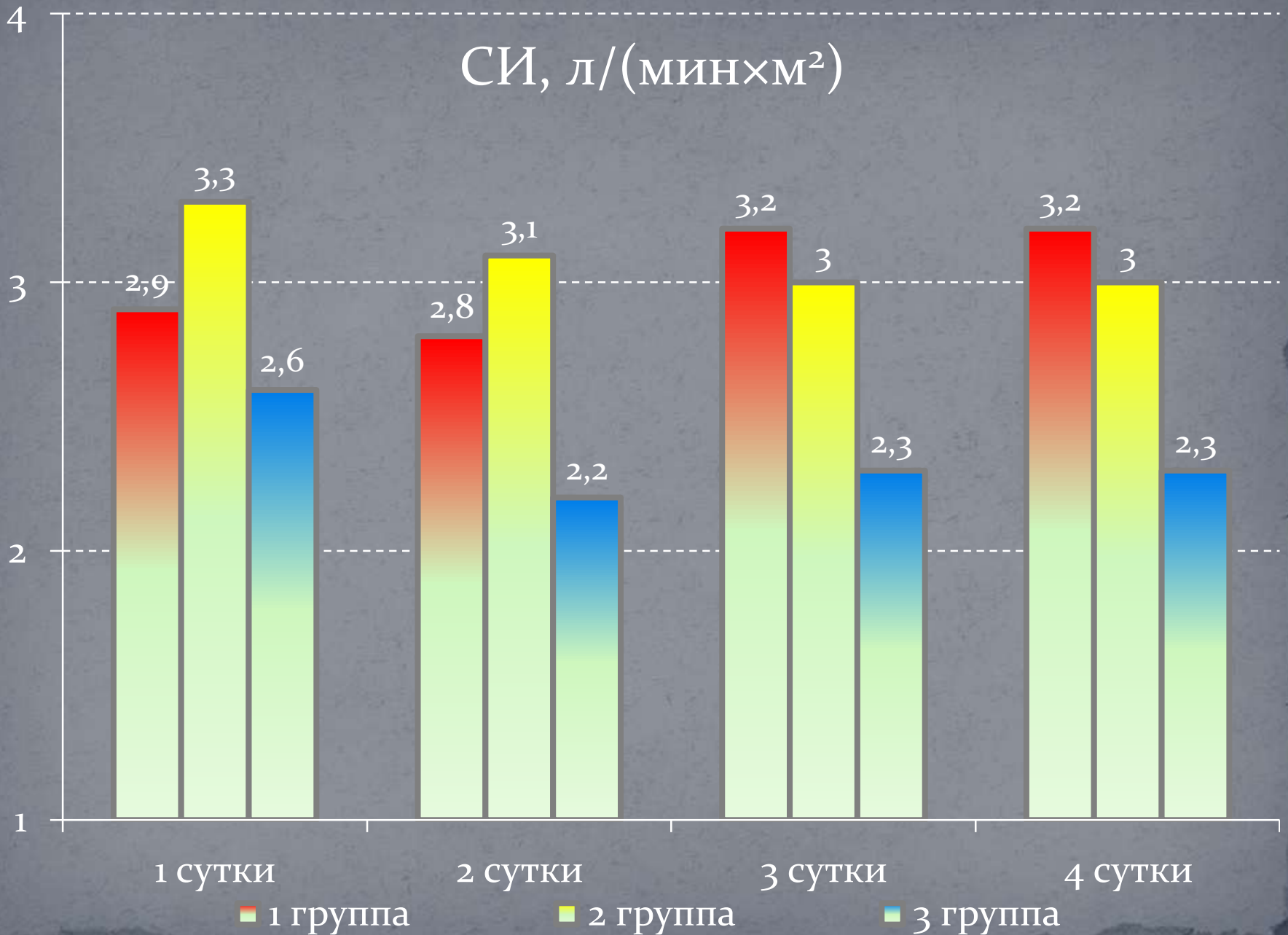
# АРАСНЕ III (баллы)



# Летальность %



СИ, л/(минхм<sup>2</sup>)



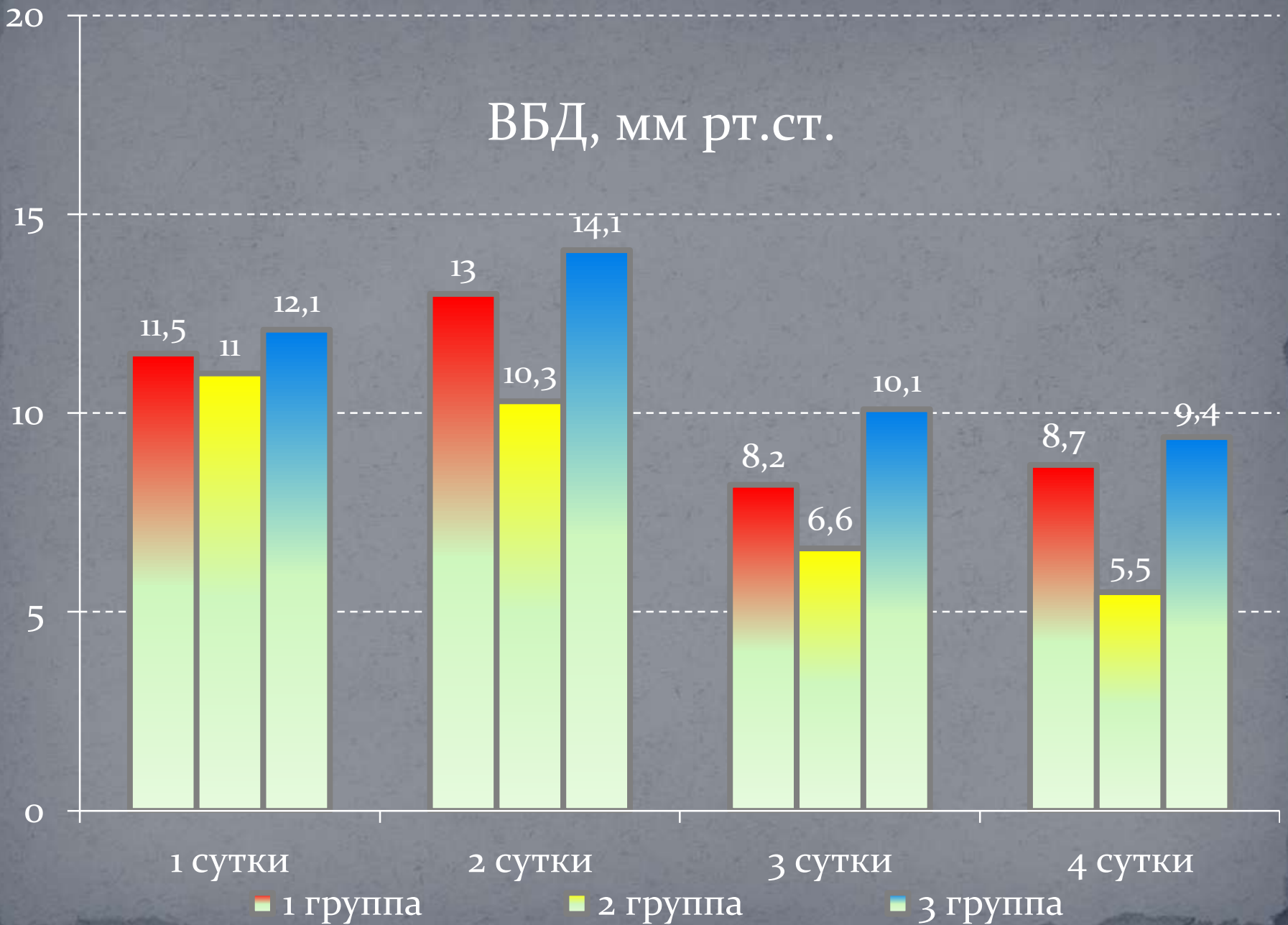
# ОПСС, дин $\times$ сек $\times$ см $^{-5}$



# Диурез, мл/кг/час



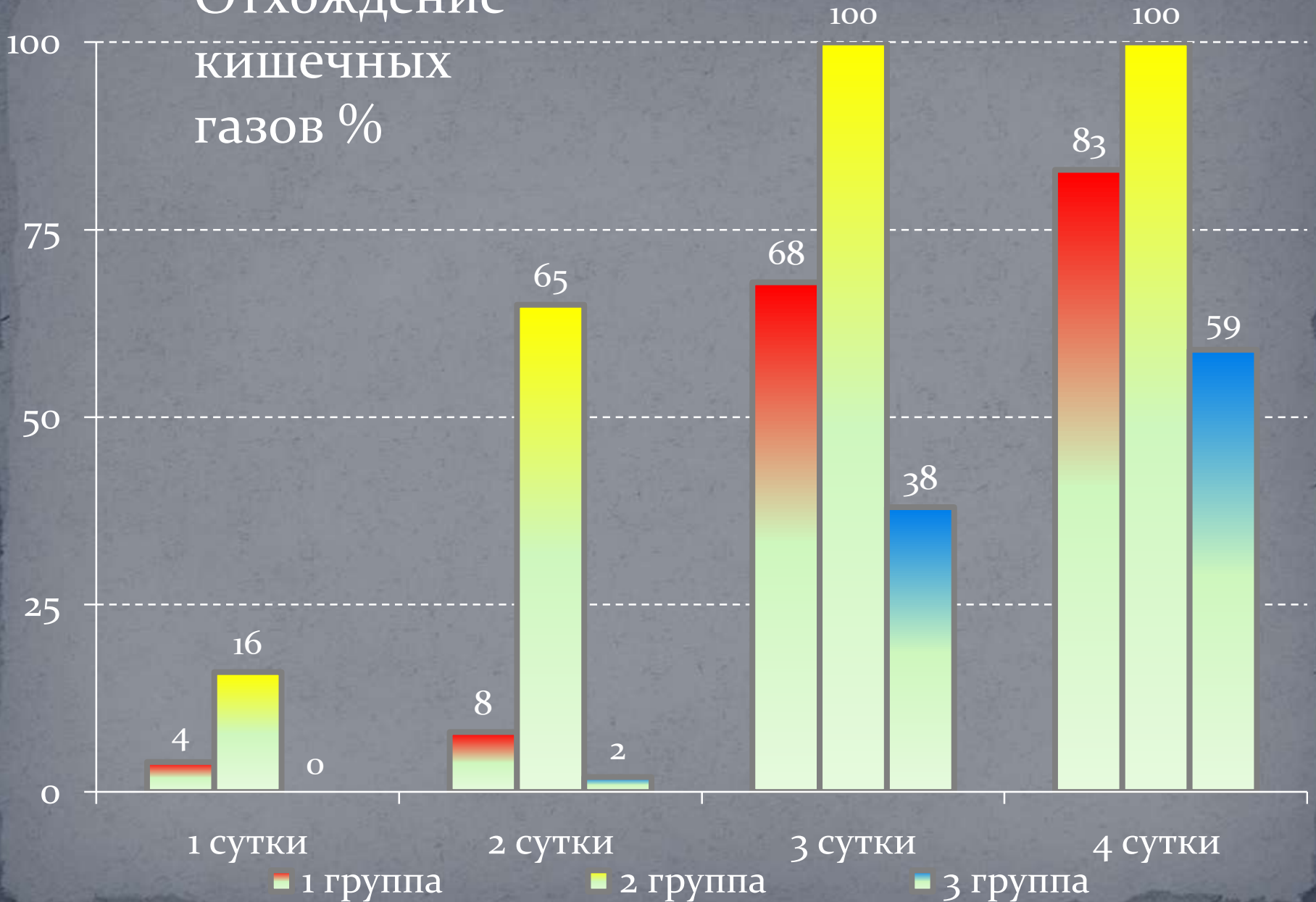
# ВБД, мм рт.ст.



# Появление перистальтики %



# Отхождение кишечных газов %

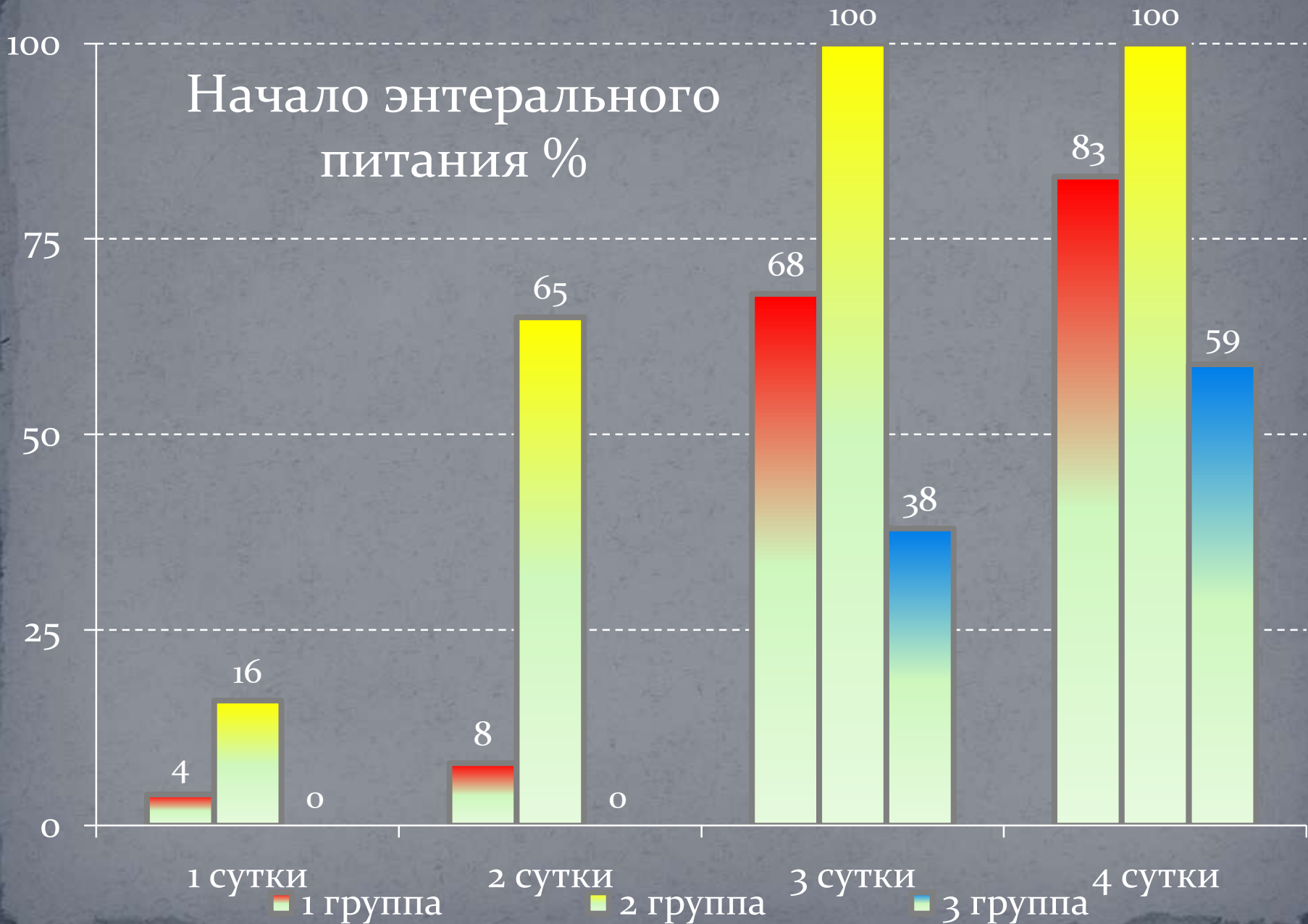


# Появление кишечного отделяемого в стоме %





# Начало энтерального питания %



## Выводы

1. Течение п/о периода у больных с ОТКН отличается в зависимости от величины ПП. Применение схемы прогнозирования кишечной дисфункции у больных ОТКН в зависимости от степени компенсации функционального состояния позволяет выявить различия в сроках купирования интестинальной недостаточности на фоне базисной терапии.
2. Благоприятное течение п/о периода с адекватным ответом на базисную интенсивную терапию отмечается у больных со средними негативными значениями ПП. Компенсированное состояние больных ОТКН позволяет устранить кишечную дисфункцию к началу 3-х суток п/о периода.

3. Субкомпенсированное состояние больных ОТКН с высокими негативными величинами ПП позволяет в большинстве случаев устранить кишечную дисфункцию на фоне базисной терапии. Однако 18% пациентов к третьим и 11% к четвёртым суткам нуждаются в коррекции базисной терапии для более раннего устранения кишечной дисфункции.

4. Больные с низкими негативными и позитивными значениями ПП (группа декомпенсации) составляют группу высокого риска длительного послеоперационного пареза ЖКТ с исходом в тяжёлый синдром полиорганной недостаточности, у которых кишечная дисфункция прогнозировалась в 30% случаев к концу 4-х суток.