



Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова  
National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov

№1(42) 2015  
Специальный выпуск

# ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

## ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА

## BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN

ISSN 2306-5559 (print)  
ISSN 2410-938X (online)

ISSN 2306-5559 (print)  
ISSN 2410-938X (online)  
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК №1 (42)

**ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ**  
**ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА**  
**BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN**



**«XXI ҒАСЫР ХИРУРГИЯСЫНЫҢ –  
ҚАЗІРГІ КЕЗІ ЖӘНЕ БОЛАШАҒЫ»**  
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒАЛЫМДАРДЫҢ ҚАТЫСУЫМЕН  
ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГТАРЫ  
VI КОНГРЕССІНІҢ  
**МАТЕРИАЛДАРЫ**  
СӘУІР 2015

**МАТЕРИАЛЫ**  
VI КОНГРЕССА ХИРУРГОВ КАЗАХСТАНА  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
**«ХИРУРГИЯ XXI ВЕКА –  
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ»**  
АПРЕЛЬ 2015

**PROCEEDINGS**  
OF THE VI CONGRESS  
OF SURGEONS OF KAZAKHSTAN  
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION  
**«SURGERY OF 21ST CENTURY –  
ITS PRESENT AND FUTURE»**  
APRIL 2015

АЛМАТЫ /ALMATY

жающая принудительная вентиляция), при которой аппаратный вдох по возможности совпадает с началом самостоятельного вдоха, заставляет больного совершать более активные и частые самостоятельные инспираторные попытки, на которые аппарат «откликается» внеочередным принудительно-вспомогательным вдохом. Если больной хорошо переносил режим SIMV, отсутствовали тахипноэ, беспокойство, гипоксия и другие признаки усугубления ОДН, полностью переводили на режим принудительно-вспомогательной вентиляции (BiPAP или CPAP).

CPAP применяли в качестве вспомогательного режима при появлении спонтанного дыхания пациента, с PEEP 5-7 см.вод.ст. и FiO<sub>2</sub> не менее 30-35 %, при удовлетворительных показателях газов крови, стабильной гемодинамике, хорошем функционировании ПЛА и рентген картине грудной клетки больные были экстубированы по протоколу.

**Выводы:** определено, что применение разработанного алгоритма респираторной терапии у больных тетрадой Фалло после наложения подключично-лёгочного анастомоза является оптимальным для данной категории пациентов предотвращает развитие осложнений и способствует адаптации пациентов к переводу на спонтанное дыхание.

## РЕСПИРАТОРНАЯ И НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМОМ

Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А.

Республиканский Специализированный центр хирургии  
им. акад. В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

**Цель исследования:** разработать тактику респираторной и небулайзерной терапии в профилактике бронхолёгочных осложнений у больных находящих на ПИВЛ в ОРИТ хирургического стационара.

**Материалы и методы:** изучена тактика респираторной и небулайзерной терапии у 117 женщин в возрасте 48-63 года находящихся на ПИВЛ после реконструкции передней брюшной стенки и аллогерниопластики по поводу вентральных грыж передней брюшной стенки в ОРИТ РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 2008-2014г. Индекс Кетле (ИМТ) у всех пациентов был выше 32,3; средняя масса тела 128,3±2,1 кг., при этом у всех больных показатели внутрибрюшного давления (ВБД) соответствовали II-III степени согласно рекомендациям Всемирного Общества по СИАГ (WSACS). Всем больным для улучшения экскурсии грудной клетки проводилось возвышение (45° - 50°) головного конца кровати с подложенным валиком под поясничную область, для снижения ВБД применяли раннюю медикаментозную стимуляция кишечника и эпидуральную анестезию. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=69) традиционное постоперационное ведение: ПИВЛ в режимах "Volume control" с прямоугольным инспираторным потоком; 2-я группа (n=48) ПИВЛ в режимах "Pressure control" нисходящим инспираторным потоком.

Небулайзерная терапия в обеих группах проводилась в

контуре аппаратов ИВЛ VELLA и VELLA+ фирмы VIASIS: в 1-й группе – последовательное небулирование проводили двумя компонентами 24% эуфиллином 1,0 мл. и 1% фуросемидом 2,0 мл., с последующем применением раствора беродуала 1,0 мл. растворённого в 3,0 мл. физиологического раствора сеансами по 5-10 мин. каждые 4 часа; во 2-й группе последовательную небулайзерную терапию проводили с помощью трёх компонентов в комплексе с отечественным препаратом ФарГАЛС в разведении дистиллированной водой 1:2. Кроме того, в обеих группах при появлении признаков травмирующей санации трахеобронхиального дерева небулайзерную терапию начинали с применения 5% раствора аминокaproновой кислоты 2,0 мл.

**Результаты:** выявлено, что первые 3-е суток после операции высокое ВБД (15-20 мм.рт.ст.) сохранялось во всех случаях исследования, что связано с постоперационным парезом кишечника в 56,9% случаях и в 7,7% случаях напряжением передней брюшной стенки по причине постоперационной боли, кроме того в последующие 3-5 суток у 87,6% больных отмечается увеличение ВБД до 23,4±0,7 мм.рт.ст.

Оптимизация положения больных, применение эпидуральной анестезии, появление перистальтики на фоне обезболивания способствовало уменьшению участия вспомогательных мышц в акте дыхания и стабилизации ВБД в пределах 9-13 мм.рт.ст на 11- 16 сутки, при этом проведение ПИВЛ в режимах "Pressure control" с нисходящим инспираторным потоком является оптимальным для данной категории больных.

В ходе исследования выявлено, что в раннем послеоперационном периоде все пациенты адекватно просыпались в ближайшие 6-8 часов, при этом у 96,9% в первые сутки после операции отмечено прогрессирующее увеличение секреции трахеобронхиального дерева, что требует регулярной санации и проведения небулайзерной терапии. Выявлено многократные введения по интубационной трубке санационного катетера вслепую увеличивают травмирующий эффект слизистой трахеобронхиального дерева и способствуют увеличению геморрагических осложнений.

При проведении небулайзерной терапии выявлено, что четырёхкомпонентная схема, в группе с применением ФарГАЛ-Са, оказывала лучший эффект, что проявлялось уменьшением отделяемого трахеобронхиального дерева, в том числе гнойно-геморрагических корок, лучшие показатели газового состава крови при меньшем сопротивлении потоку респиратора, что способствовало уменьшению необходимости проведения санационных бронхофиброскопий, на которых отмечено значительное уменьшение воспалительных явлений, в отличие от группы сравнения.

**Выводы:** выявлено, что у больных с абдоминальным компартмент синдромом находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких оптимальным является проведение ПИВЛ в режимах "Pressure control" нисходящим инспираторным потоком, возвышение (45° - 50°) головного конца кровати с подложенным валиком под поясничную область, ранняя медикаментозная стимуляция кишечника, применение эпидуральной анестезии в комплексе с сеансами четырёхкомпонентной небулайзерной терапией с применением отечественного препарата ФарГАЛС.