

рт. ст. у пациентов, которым проводили ИВЛ в режимах, регулируемых по объему, против 1,7 (0; 3) мм рт. ст. у пациентов, вентилируемых в интеллектуальном режиме, максимальное изменение уровня PaCO₂ в течение периода наблюдения составило 8,2 мм рт. ст. против 5,9 мм рт. ст. соответственно.

Среднее давление в дыхательных путях было сопоставимо при проведении респираторной поддержки в обоих режимах вентиляции: 11,7 ± 1,5 см вод. ст. при ИВЛ в режимах, регулируемых по объему, против 8,5 ± 1,4 см вод. ст. у пациентов, вентилируемых в интеллектуальном режиме.

Заключение. Использование интеллектуального режима вентиляции Intellivent-ASV позволяет эффективно и безопасно проводить респираторную поддержку пострадавшим с тяжелой ЧМТ, обеспечивая адекватную оксигенацию артериальной крови и стабильное удержание PaCO₂.

Интеграция кардио-пульмонального ультразвукового исследования в работу анестезиолога-реаниматолога

Е. А. Евдокимов¹, Н. И. Чаус^{1,2}, Н. А. Карпун^{1,2}, В. Н. Лыхин², Д. Г. Макаревич², В. С. Соловьев²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, г. Москва

²ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 68» Департамента здравоохранения г. Москвы

Тенденции современной анестезиологии-реанимации плотно связаны с внедрением ультразвуковых технологий. Повальное увлечение ультразвуком показывает однозначный тренд в этом направлении. Понятен энтузиазм молодого поколения, которое осваивает этот визуальный инструмент. В то же время лавинообразное количество исследований и публикаций заставляет нас обратить пристальное внимание на возможную интеграцию методов ультразвуковой визуализации в повседневную практику.

Сфокусированное исследование позволяет использовать ультразвук в качестве метода диагностики в ряде критических состояний. Применение сфокусированной ультразвуковой оценки функции сердца дает прекрасную возможность оценить степень сократимости миокарда, наполнение камер. Изменение диаметра нижней полой вены во время циклов дыхания позволяет узнать волемический статус пациента. Субкостальная проекция трансторакального ультразвукового исследования позволяет оценить качество выполняемой сердечно-легочной реанимации, наличие тампонады.

Сонографическое исследование легких открывает новые возможности в дифференциальной диагностике таких состояний, как пневмоторакс, гидроторакс, односторонняя интубация, уровень внесосудистой жидкости, пневмония и ОРДС.

Особый интерес представляют клинические протоколы SHoC (Sonography in Hypotension and Cardiac Arrest) и SESAM (Sequential Emergency Scanning Assessing Mechanism Evaluation), которые могут быть эффективно интегрированы в клиническую практику.

Роль раннего энтерального питания в профилактике послеоперационной кишечной недостаточности

М. В. Петрова¹, М. Ф. Накаде¹, М. Н. Сторчай¹, Р. Мохан¹, М. А. Соболев²

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Синдром кишечной недостаточности (СКН) — частое осложнение ближайшего послеоперационного периода в абдоминальной хирургии. Обеспечение энтерального питания у больных, перенесших хирургические вмешательства, является одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии. Одним из направлений терапии послеоперационного периода к больным после абдоминальных операций является ранняя нутриционная терапия. Ведущая роль в развитии полиорганной недостаточности и неблагоприятных исходов принадлежит синдрому энтеральной недостаточности, в результате которого кишечник становится источником эндогенной интоксикации, причиной возникновения сепсиса, полиорганной недостаточности.

Цель работы. Оценить эффективность применения различных субстратов для раннего энтерального введения в качестве профилактики синдрома кишечной недостаточности у пациентов в послеоперационном периоде в экстренной абдоминальной хирургии.

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента в возрасте от 31 до 82 лет (средний возраст 57,5 ± 11,5 года), которым выполнены различные экстренные абдоминальные вмешательства по поводу перфоративной язвы ЖКТ, обструктивной опухоли сигмовидной и толстой кишки, аппендикулярного абсцесса, травмы желчных протоков. Методом слепого выбора пациенты разделены на три группы:

1-я группа — 17 пациентов, которые на вторые сутки энтерально получали глютамин, на третьи сутки начинали получать энтеральное питание;

2-я группа — 17 пациентов, на вторые сутки начинали получать энтеральное питание (полуэлементные смеси);

3-я группа — 18 больных пациентов, на вторые сутки энтерально вводился солевой раствор, на третьи сутки — энтеральное питание.

В послеоперационном периоде оценивались следующие параметры: аускультативная оценка перистальтики, измерение внутрибрюшного давления и ультразвуковая визуализация состояния кишечника, динамика всасывающей функции кишечника по количеству неусвоенного объема энтеральной смеси. Статистическую обработку данных выполняли с помощью программы SPSS Statistics.