



Абдоминальный компартмент-  
синдром (синдром  
абдоминальной гипертензии)



# Факторы риска АКС

- |   |  |
|---|--|
| 1. Повышение объема интраабдоминальной жидкости | 1. Травматические кровотечения, асцит, разрыв внутрибрюшной аневризмы                          |
| 2. Висцеральный отек                            | 2. Панкреатит, тупая травма живота   |
| 3. Пневмоперитонеум                             | 3. Лапароскопия, разрыв полого органа  |
| 4. Внутрикишечные газы                          | 4. Острая кишечная непроходимость  |
| 5. Твердые предметы                             | 5. Опухоль, неразрешающийся запор, оставшиеся хирургические предметы                           |
| 5. Факторы абдоминальной стенки                 | 6. Потеря абдоминальной стенки после грыжесечения, ожоговые деформации передней брюшной стенки |

# Предрасполагающие факторы АКС

- Гипотермия
- Ацидоз
- Коагулопатия любого генеза
- Сепсис
- Избыточная инфузионно-трансфузионная терапия

# Системные эффекты повышенного внутрибрюшного давления

- -снижение венозного возврата из нижней части туловища вследствие высокого внутригрудного давления;
- -снижение величины сердечного выброса;
- -повышение ЦВД и давления заклинивания в л.а. Высокое ЦВД при этом не означает отсутствия гиповолемии.
- -венозный застой, что значительно повышает риск развития венозного тромбоза.

# Системные эффекты повышенного внутрибрюшного давления

- ФВД - повышение внутрилегочного давления вследствие высокого стояния купола диафрагмы ;
- -вторичное ателектазирование легочной ткани;
- -внутрилегочное шунтирование.

# Системные эффекты повышенного внутрибрюшного

**давления** происходит ишемизация слизистой кишечника вследствие обеднения мезентериального кровотока, что снижает защитную функцию кишечника и способствует бактериальной транслокации в системный кровоток;

- -одновременно уменьшается печеночный кровоток и печеночный метаболизм, в том числе и в отношении лекарственных препаратов.
- **ЦНС**- наблюдается повышение ВЧД, вероятно за счет затруднения венозного оттока вследствие высокого ЦВД и внутригрудного давления.

# Системные эффекты повышенного внутрибрюшного давления

точка - снижение почечного кровотока и скорости гломерулярной фильтрации вследствие увеличения сосудистого сопротивления;

- -повышение секреции АДГ, альдостерона, ренина, уменьшение секреции натрийдиуретического пептида предсердий из-за недостаточного венозного возврата –все эти факторы снижают почечный кровоток и приводят к ОПН;

# Измерение ВБД

- Для измерения ВБД пациент укладывается горизонтально. В асептических условиях в мочевой пузырь вводится катетер Фаллеи и раздувается баллончик. Мочевой пузырь опорожняют после чего наполняют 80-100 мл физ.р-ра.
- К катетеру присоединяют тройник, к концу которого подсоединяют прозрачную трубку. Поднимая трубку отвесно вверх, определяют величину столбика жидкости, появившейся в ней. За нулевую отметку принимается верхний край лонного сочленения. Величина столбика жидкости в трубке и будет обозначать величину внутрибрюшного давления( в см. вод.ст.)
- 1 см вод. ст.= 0,735 мм рт.ст.
- В норме величина ВБД =0.

# Оценка степени тяжести повышения ВБД

- 10-15 мм рт.ст.-требуется поддержание нормоволемии;
- 16-25мм рт.ст.-необходимо поддержание гиперволемии;
- 26-35 мм рт.ст.-показана декомпрессия(пункция и дренирование брюшной полости при асцитах, релапаротомия, например, при пластике передней брюшной стенки и т.д.) При использовании декомпрессии в ранние сроки(в ближайшие 2 часа) летальность составляет-20%,при отсутствии - декомпрессии летальность равна 100%.

# Особенности анестезиологического пособия при декомпрессии

- Оперативное вмешательство производится на месте из-за опасности транспортировки пациента.
- Следует помнить об изменении фармакокинетики анестетиков в условиях сниженного ОЦК и измененного органного кровотока.
- После декомпрессии требуется агрессивная инфузионная терапия с целью профилактики коллапса из-за внезапного снижения ПСС. Вазопрессоры при этом мало эффективны.
- Требуется изменение режима ИВЛ сразу после выполненной декомпрессии с целью предупреждения повреждения легочной паренхимы.
- Возможно развитие синдрома реперфузии с остановкой сердца в 25% случаев, поэтому перед реперфузией рекомендуется переливание 2-х литров 0,45% р-ра NaCl, содержащего 50 г маннита и 50 мэкв бикарбоната натрия.

# Послеоперационное ведение пациентов после декомпрессии

- Закрытие брюшной полости после декомпрессии может быть отложено на длительный период после полного восстановления функции кишечника.
- Показана агрессивная инфузионная терапия до 10 л в сут.
- Следует начинать энтеральное питание, способствующее быстрому разрешению кишечной недостаточности, как можно раньше.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ