



Методические рекомендации

Периоперационная инфузионная терапия взрослых

Год утверждения(частота пересмотра):2021 г.(каждые 3 года).

Профессиональная ассоциация:

Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Утверждены Президиумом
общероссийской общественной
организации «Федерация анестезиологов
и реаниматологов» 26мая2021 года.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений	5
Введение	6
1. Предоперационная подготовка	9
2. Мониторинг эффективности и безопасности инфузионной терапии	10
3. Периоперационная инфузионная терапия	15
4. Выбор инфузионных растворов	22
4.1. Кристаллоидные растворы	22
4.2. Коллоидные растворы	26
5. Послеоперационный период	30
Критерии оценки качества медицинской помощи	32
Список литературы	34
Приложение А1. Список рабочей группы	40
Приложение А2. Методология разработки методического руководства	43
Приложение А3. Связанные документы	45
Приложение В1. Алгоритм тактики предоперационной подготовки пациентов, ведения периоперационного периода	46

Ключевые слова (по алфавиту)

- ацидоз
- вазопрессор
- вазопрессорная поддержка
- водно-электролитный баланс
- периоперационная инфузионная терапия
- преднагрузка
- волевический статус
- гемодинамика
- гидратация
- гиперволемиа
- гипергидратация
- гиповолемиа
- дегидратация
- декстроза (глюкоза)
- доставка кислорода
- изотонический раствор
- инотропная поддержка
- инфузионная нагрузка
- инфузионная терапия
- инфузионный раствор
- инфузия
- кислотно-щелочное состояние
- коллоидные растворы (коллоиды)
- кристаллоидные растворы (кристаллоиды)
- кровопотеря
- лактат
- микроциркуляция
- нормоволевическая гемодилюция
- нормоволемиа (изоволемиа)

- нутриционно-метаболическая поддержка
- периоперационный мониторинг
- периоперационный период
- послеоперационный период
- сепсис
- сердечный выброс
- транспульмональная термодилуция
- шок

Список сокращений

АД – артериальное давление

ВЭБ – водно-электролитный баланс

ГЭК – гидроксиэтилкрахмалы

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

КЩС – кислотно-щелочное состояние

МО – медицинская организация

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОПП – острое почечное повреждение

ОЦК – объем циркулирующей крови

ЦВД – центральное венозное давление

ЦНС – центральная нервная система

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

ERAS(EnhancedRecoveryAfterSurgery) – протокол быстрой хирургической реабилитации

FDA (Food and Drug Administration) – Комитет по контролю за оборотом лекарственных средств США

SaO₂ – насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом

Введение

Внутривенное введение жидкости — неотъемлемая часть анестезиолого-реанимационного обеспечения хирургических вмешательств. Объем и состав вводимых сред могут оказать влияние на течение периоперационного периода и исходы, продолжительность госпитализации и пребывания в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ), необходимость искусственной вентиляции легких (ИВЛ), почечной заместительной терапии, и в конечном итоге на результат хирургического вмешательства. При этом в периоперационном периоде следует различать **инфузионную волемическую нагрузку (болюс)** и **поддерживающую (заместительную) инфузионную терапию**.

Цель **инфузионной нагрузки (болюс)** состоит в быстрой стабилизации гемодинамики, микроциркуляции и транспорта кислорода при резком снижении преднагрузки вследствие кровопотери и/или вазодилатации. При необходимости волемической нагрузки может сопутствовать непрерывная поддерживающая заместительная инфузия, компенсирующая относительно медленные естественные и патологические потери с мочой, кишечным и желудочным содержимым, потоотделением и дыханием (особенно при лихорадке). Различие этих двух компонентов периоперационной инфузионной терапии состоит также в том, что **инфузионная нагрузка** может включать кристаллоиды (солевые растворы) и/или коллоиды (кровезаменители и препараты плазмы крови), в то время как **поддерживающая инфузионная терапия** подразумевает использование только кристаллоидов (предпочтительно сбалансированных). С периоперационной инфузионной терапией неразрывно связаны следующие вопросы:

1. Что происходит с внутрисосудистой и внесосудистой жидкостью в нормальных и патологических условиях?
2. Сколько, чего, когда и кому переливать внутривенно?
3. Каким образом различные внутривенно вводимые растворы влияют на организм пациента и на клинические исходы?
4. Каким образом может быть оценен результат введения инфузионных растворов для коррекции волемического статуса пациента?

Исследования, выполненные в последние годы, подтвердили влияние инфузионной терапии на функцию эндотелия сосудов, развитие и выраженность синдрома капиллярной утечки. Нельзя не упомянуть, что в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях кристаллоидных и коллоидных растворов, в самих подходах к инфузионной терапии можно найти противоречивые результаты. Становятся очевидными

изменения взглядов ведущих экспертов по мере накопления убедительной доказательной базы. В настоящих методических рекомендациях отражены современные представления об инфузионной терапии применительно к периоперационному периоду.

Ключевые положения

1. Периоперационная инфузионная терапия— один из важнейших компонентов анестезиологического и реанимационного обеспечения хирургических вмешательств умеренного и высокого риска и продолжительности.
2. При проведении инфузионной терапии важным аспектом является обеспечение адекватного сосудистого доступа.
3. Избыточная (либеральная) инфузионная терапия не обоснована и может ассоциироваться с периоперационными осложнениями.
4. Компенсация гипотензии и снижения преднагрузки вследствие вазодилатации (общая анестезия) не должна основываться исключительно на инфузионной терапии, необходимо назначение умеренных доз вазопрессоров (адренергические средства), прежде всего, норэпинефрин.
5. При проведении инфузионной терапии необходимо учитывать анамнез пациента и его текущее состояние, включая клинико-лабораторные данные (лактат\молочная кислота, $ScvO_2$, гематокрит и избыток/дефицит оснований крови), гемодинамические показатели (артериальное давление и, при возможности, ударный объем) и результаты функциональных тестов чувствительности к инфузионной нагрузке.
6. Измерение центрального венозного давления (ЦВД) не является надежным методом диагностики гиповолемии.
7. Кристаллоиды (солевые растворы) являются базовой инфузионной средой. При вливании значимых объемов кристаллоидов (начиная с 15–20 мл/кг взрослому пациенту), следует отдавать предпочтение сбалансированным растворам.
8. При необходимости применения коллоидов (кровезаменители и препараты плазмы крови)), следует помнить, что все препараты гидроксипроксиэтилкрахмалов (ГЭК) в России разрешены только для коррекции острой гиповолемии, вызванной кровотечением, не устраняемой кристаллоидами.
9. Применение декстранов ограничено нефротоксичностью, аллергенностью и отрицательным влиянием на свертывающую систему крови (гипокоагуляция).

10. При необходимости использования синтетических коллоидов(кровезаменители и препараты плазмы крови)следует отдавать предпочтение4% раствору сукцинированного желатина. При неэффективности инфузионной терапии солевыми растворами — кристаллоидами(солевые растворы) и синтетическими коллоидами(кровезаменители и препараты плазмы крови) на фоне гипоальбуминемии могут быть использованы растворы альбумина.
11. В большинстве случаев, при плановых хирургических вмешательствах у пациента в состоянии предоперационной эуволемии представляется перспективной консервативная стратегия периоперационной инфузионной терапии, в том числе, с обеспечением в раннем периоперационном периоде нулевого гидробаланса. Ведение пациентов в отсутствие инструментального волевического мониторинга в рамках такого подхода требует дальнейшего изучения и накопления опыта. По этой причине «нулевая» стратегия пока не может быть рекомендована для внедрения в широкую клиническую практику, хотя и представляется физиологически обоснованной.
12. В большинстве случаев, при плановых хирургических вмешательствах у пациента в состоянии предоперационной эуволемии следует избегать положительного периоперационного гидробаланса, превышающего 5–7% массы тела.

Рациональная периоперационная терапия также может зависеть от разработки утверждения протокола предоперационной подготовки пациентов, в котором, в отсутствие противопоказаний, будет рекомендован отказ от привычного режима голода и жажды перед вмешательством в пользу последнего приема легкой пищи за 6 часов и прозрачных жидкостей за 2–3 часа перед анестезией и операцией. Вместо специальных углеводных напитков может быть рекомендован стакан сладкого чая. В качестве «легкой» пищи несомненное преимущество имеют полноценные специализированные смеси для энтерального приема.

1. Предоперационная подготовка

Предоперационная подготовка — система мероприятий, направленная на предупреждение интра- и послеоперационных осложнений [1–5]. Предоперационная подготовка преследует следующие цели:

- *обеспечить оптимальный волевический баланс в ходе операции;*
- *снизить вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений;*
- *ускорить процесс восстановления после вмешательства.*

Основная цель предоперационной инфузионной терапии — восстановление и поддержание объема и качественного состава жидкости во всех водных пространствах организма: внутрисосудистом, интерстициальном и внутриклеточном. К парентеральному вливанию перед операцией следует прибегать только в тех случаях, когда невозможен или ограничен энтеральный путь введения жидкости и электролитов, либо имеется значительная кровопотеря, требующая возмещения.

Инфузионную терапию следует назначать с учетом нарушений водно-электролитного гомеостаза, а также состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и эндокринной систем [1, 2, 5–11].

Поддерживающая периоперационная инфузионная терапия направлена на компенсацию физиологической потребности организма в воде и электролитах, тогда как инфузионная нагрузка направлена на коррекцию имеющихся исходно и/или остро возникших нарушений водно-электролитного баланса (дефицит преднагрузки и объема циркулирующей крови (ОЦК), концентрация белков и гемоглобина крови). Суточный объем инфузии должен учитывать индивидуальные особенности пациента, основное и сопутствующие заболевания с учетом выявленных нарушений гомеостаза [5, 6, 11]. В некоторых случаях требуется переливание компонентов крови со строгим соблюдением показаний и противопоказаний, обозначенных в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрава России) от 2 апреля 2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».

Рекомендация 1. Для проведения инфузионной терапии необходимо обеспечить надежный сосудистый доступ, обеспечивающий адекватную ситуации скорость, эффективность и безопасность внутривенного вливания [1, 2, 11–13].

УДД — 5, УУР — С.

Рекомендация 2. Программа периперационной инфузионной терапии должна учитывать состояние эвакуаторной функции желудка. При выполнении плановых хирургических вмешательств взрослым пациентам без нарушения функции опорожнения желудка и в отсутствие бульбарных расстройств последний прием пищи разрешен за 6 часов до начала операции [14, 15].

УДД — 1, УУР — А.

Рекомендация 3. В отсутствие сахарного диабета и нарушений функции опорожнения желудка предоперационный прием содержащих углеводы прозрачных напитков за 2–3 ч до вводной анестезии снижает толерантность к инсулину, улучшает течение послеоперационного периода и облегчает восстановление после хирургического вмешательства.[15, 16, 18].

УДД — 1, УУР — А.

Комментарий:*Прием прозрачных жидкостей перед операцией уменьшает объем желудочного содержимого и снижает риск аспирации [14, 17].*

Рекомендация 4. Водно-электролитные нарушения и гиповолемию у пациентов, подвергающихся плановым оперативным вмешательствам, рекомендовано выявлять и по возможности устранять до операции [1, 11, 19, 20].

УДД — 5, УУР — С.

2. Мониторинг эффективности и безопасности инфузионной терапии

Под волемией (волемическим статусом) в клинической практике, как правило, подразумевают объем циркулирующей крови (ОЦК), что с клинической точки зрения не совсем верно, поскольку адекватное заполнение кровью камер сердца (преднагрузка) и, соответственно, системное давление зависят от большого числа факторов, включающих сосудистый тонус (емкость сосудистого русла и венозное депонирование), проницаемость сосудов и сократимость миокарда. Тонуси емкость сосудистого русла, а также кинетика инфузионных сред в процессе операции и анестезии могут в значительной мере меняться под влиянием множества факторов, включая действие общих и местных анестетиков (почти все они – вазодилататоры), преморбидный и дооперационный фон, прием лекарств, назначаемых по поводу сопутствующих заболеваний, и т.д. Учитывая эти факты, измерение ОЦК в рутинной клинической

практике признано нецелесообразным. Адекватность волеического статуса оценивается с помощью комплекса физикальных, лабораторных и инструментальных показателей на персонализированной основе.

Рекомендация 5. При проведении периоперационной терапии при обширных хирургических вмешательствах рекомендован лабораторный мониторинг кислотно-щелочного состояния (КЩС) и уровня электролитов плазмы крови, прежде всего, калия, натрия и хлоридов [1, 2, 5, 21, 22].

УДД — 5, УУР — С.

Рекомендация 6. Динамический мониторинг концентрации лактата (молочной кислоты) в сыворотке крови и/или дефицита оснований в качестве чувствительных тестов оценки степени кровотечения, потребности в гемотрансфузии, шока любого генеза и полиорганной недостаточности на фоне периоперационной инфузионной терапии рекомендован как рутинная клиническая практика [7, 23, 28].

УДД — 2, УУР — А.

Комментарий: Важную роль играет мониторинг концентрации лактата сыворотки или плазмы крови. [1–3] Количество лактата, продуцируемого вследствие анаэробного гликолиза, считается маркером кислородного дефицита, тканевой гипоперфузии и тяжести шока [23, 26, 27]. Аналогичным образом, значение дефицита оснований при анализе газов артериальной крови обеспечивает косвенную оценку общего тканевого КЩС при нарушении перфузии тканей [23, 26, 27]. *Vincenti соавт.* показали значение последовательного контроля уровня лактата в динамике для прогнозирования исхода у больных с сепсисом и шоком [29, 30]; изменение концентрации лактата помогает в ранней и объективной оценке реакции пациента на терапию. Следует отметить, что при использовании в качестве компонента инфузионной терапии сложного раствора Рингера-лактата диагностическое значение показателя снижается из-за невозможности отделить вводимый внутривенно лактат от метаболического.

Рекомендация 7. При проведении периоперационной инфузионной терапии концентрацию гемоглобина рекомендовано соотносить с показателем гематокрита [7, 24, 27, 31, 32].

УДД — 1, УУР — В.

Комментарии: Оба показателя могут снижаться в результате гемодилюции. Среди методов этапной оценки эффективности инфузионной терапии, особенно на фоне кровотечения, может быть использован мониторинг концентрации гемоглобина и гематокрита.

Рекомендация 8. Вводимые внутривенно растворы должны быть теплыми (36–37°C). Периоперационная инфузионная терапия должна быть компонентом поддержания нормальной температуры тела пациента [1–3, 6, 7, 21].

УДД — 5, УУР — С.

Комментарии: Гипотермия часто встречается при тяжелой травме, кровопотере и длительных вмешательствах, усугубляя коагулопатию и вызывая послеоперационные осложнения (озноб, иммуносупрессия). Поддержание температуры тела — важный компонент периоперационного ведения пациентов, в связи с чем рекомендован мониторинг температуры тела (желательно с помощью пищевого или фарингеального датчика). Перед введением сколько-нибудь значимых объемов инфузионных сред последние рекомендуют подогревать до температуры тела (около 37°C) [1–3, 27, 33, 34]. При некоторых состояниях, например, при искусственном кровообращении, гипотермию используют с целью нейропротекции.

Для контроля эффективности и безопасности периоперационной инфузионной терапии рекомендуется обеспечить следующие методы наблюдения:

- **Периоперационный мониторинг:** Неинвазивная или инвазивная оценка артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрия (SpO₂), электрокардиография (ЭКГ), измерение концентрации углекислого газа в конце выдоха (EtCO₂; во время ИВЛ и при наличии технической возможности в МО) в совокупности с осмотром и физикальным обследованием пациента (состояние кожных покровов, ногтевых лож, слизистых оболочек, языка; состояние периферической перфузии, диурез). При наличии показаний, технической возможности и надлежащей подготовке персонала может быть рассмотрена необходимость комплексного гемодинамического мониторинга, включающего измерение сердечного выброса, статических параметров преднагрузки и динамических показателей чувствительности к инфузионной нагрузке (термодилюция или эхокардиография) [1–3].

- **Оценка по шкалам:** оценка неврологического статуса по шкале ком Глазго.

Рекомендация 9. Оценка лабораторных показателей: концентрация гемоглобина, гематокрит, концентрация лактата (молочной кислоты), исследование кислотно-основного состояния и газов крови, избыток оснований, насыщение кислородом центральной венозной крови (из подключичной или внутренней яремной вены — при наличии доступа), электролитный состав (калий, натрий, хлориды, кальций) [1, 2, 21, 35].

УДД — 5, УУР — С.

Рекомендация 10. При выборе объема и кратности исследований при проведении лабораторного мониторинга на фоне периоперационной инфузионной терапии рекомендовано учитывать особенности пациента и конкретную клиническую ситуацию. Настоятельно рекомендуется избегать повторных необоснованных лабораторных исследований, способных увеличить объем ятрогенной кровопотери [1–3, 7, 27, 28].

УДД — 2, УУР — А.

Рекомендация 11. У пациентов с рефрактерной нестабильностью гемодинамики неуточненного генеза, особенно при подозрении на кардиальные причины нарушений, может быть рассмотрена необходимость выполнения эхокардиографии [1–3, 7, 35, 36, 37].

УДД — 2, УУР — В.

Рекомендация 12. Для оценки восприимчивости к инфузионной нагрузке может быть рассмотрена необходимость проведения ортостатической пробы с поднятием ножного конца кровати или операционного стола на 45° (проба с пассивным подъемом ног) [20, 54, 60]. **УДД — 3, УУР — В.**

Комментарий: *Тесту с подъемом ног в послеоперационном периоде должно предшествовать поднятие головного конца на 45° (эта часть маневра может оказаться рискованной у пациентов с тяжелой гиповолемией или в состоянии шока). После этого проводится начальная оценка показателей гемодинамики (УО, EtCO₂), а затем осуществляется подъем ног на 45° и опускание головного конца до горизонтального положения (0°) на 60–90 сек, что по гемодинамическому эффекту соответствует «бескровному» переливанию 300–500 мл крови. В конце теста проводится повторная оценка гемодинамики (УО, EtCO₂). Пациент считается восприимчивым к последующей инфузионной нагрузке при увеличении в ходе теста сердечного выброса, ударного объема*

на 15–20% или увеличении EtCO₂ на 5% от исходных значений. Кроме того, для оценки восприимчивости к инфузионной нагрузке может быть использован тест с пробной инфузией. Если АД и/или ЦВД не повышаются при болюсном внутривенном введении 100–300 мл кристаллоидного (солевые растворы) или коллоидного раствора (кровезаменители и препараты плазмы крови)), для оценки гемодинамического статуса пациента рекомендовано использовать методики определения сердечного выброса, ударного объема, вариаций ударного объема и пульсового давления [1–3, 7, 35, 38].

Объем и скорость введения инфузионных сред зависят от оценки потребности в них и реакции пациента на волемическую нагрузку. Избыточная инфузионная терапия может усугублять периоперационную задержку жидкости и увеличивать риск осложнений. Из-за малой информативности артериального давления и ЦВД как показателей потребности организма в жидкости, не следует принимать решение об инфузионной терапии, ориентируясь только на эти показатели, тем более, считать их ключевыми. Целевая стратегия периоперационной инфузионной терапии — это взвешенный подход к поддержанию оптимального баланса жидкости с учетом ее рационального состава и поддержания нормоволемии [1–3, 35, 38, 39, 40].

Рекомендация 13. Для первоначальной оценки волемического статуса на фоне проводимой периоперационной инфузионной терапии у пациентов, находящихся на ИВЛ, могут быть использованы изменения АД и динамические параметры преднагрузки сердца (вариации пульсового давления (PPV), ударного объема, плетизмограммы (бодиплетизмография) (PVI))[17, 39].

УДД — 5, УУР — С.

Рекомендация 14. Для диагностики нарушений волемического статуса при наличии показаний (рефрактерный шок неуточненного генеза, дыхательная недостаточность) дополнительно могут быть использованы эхокардиография и волюметрические параметры (глобальный конечный диастолический объем, внесосудистая вода легких)[1–3, 35, 38, 39].

УДД — 5, УУР — С.

3. Периоперационная инфузионная терапия

Согласно традиционному подходу общая периоперационная потребность в жидкости складывается из объема, ориентированного на компенсацию исходной гиповолемии и вазодилатации (дефицита преднагрузки) на момент начала вмешательства и индукции анестезии, «поддерживающей» инфузии, направленной на восполнение учитываемых (с мочой, потерей крови) и неощутимых потерь (перспирация, испарение из операционной раны и через кожу), а также замещения жидкости, перераспределившейся в область хирургической травмы и воспаления [41].

С позиции современных представлений подобная стратегия представляется спорной по ряду причин. Так, попытки компенсировать вазодилатацию (относительную гиповолемию), связанную с состоянием анестезии, исключительно инфузионными средами могут обернуться вливанием избыточного объема жидкости. Разумной альтернативой представляется поддержание сосудистого тонуса и компенсация преднагрузки с помощью вазопрессоров (адренергические и дофаминергические средства) на фоне умеренной внутривенной инфузии [11]. Существование «третьего пространства» не доказано [42], а значимость перемещения внутрисосудистой жидкости в интерстиций (интерстициальный отек) может быть преувеличена.

Исходная, клинически значимая предоперационная гиповолемия, а также неощутимые потери также едва ли оказывают существенное влияние на периоперационную гемодинамику [42,43]. Некоторое увеличение потерь за счет испарения в зоне операционной раны при длительных хирургических вмешательствах, вероятно, может происходить в условиях современных операционных с ламинарными потоками воздуха непосредственно над операционным столом.

Главные задачи рациональной инфузионной терапии во время хирургических вмешательств – поддержание, насколько возможно, таких важнейших физиологических параметров, как нормоволемия и электролитный состав плазмы крови. Если до операции указанные параметры не нарушены или успешно скорректированы, то задача врача анестезиолога-реаниматолога во время операции сводится к компенсации потерь жидкости (крови, мочи, желудочного содержимого и т.д.), избегая при этом избыточных объемов инфузии, натрия и хлоридов [44]. В этом случае оптимально применение сбалансированных растворов кристаллоидов (солевых растворов).

Сбалансированными считаются кристаллоиды (солевые растворы), характеризующиеся оптимизированным показателем разности сильных ионов (SID 24 ммоль/л), концентрацией хлорида (Cl⁻), максимально приближенной к нормальному

значению для плазмы (95–105 ммоль/л), способствующие не только гидратации, но и нормализации кислотно-основного состояния плазмы за счет соединений, замещающих слабые кислоты (ранее часто обозначаемые как «предшественники бикарбоната») и полностью подверженных метаболизму (глюконат, ацетат, малат, сукцинат и проч.), обеспечивая «замещение» хлоридов. «Физиологический» 0,9% раствор натрия хлорида не относится к сбалансированным растворам!

Представления о необходимом объеме внутривенных вливаний во время хирургических вмешательств могут варьировать в весьма широком диапазоне. Основных вариантов стратегии периоперационной инфузии три: «либеральная», «целенаправленная» (Goal-DirectedTherapy — GDT) и «рестриктивная». Они используются в зависимости от сложившейся практики, индивидуальных знаний и взглядов врача анестезиолога-реаниматолога, работающего в операционной, а также наличия соответствующего оборудования и протоколов ведения пациентов.

Внеклеточные потери с мочой и перспирацией замещаются абсорбцией из желудочно-кишечной системы электролитов и жидкости, не содержащей коллоиды. Традиционное отношение к больным, подвергаемым абдоминальным хирургическим вмешательствам, подразумевает часто встречающуюся исходную дегидратацию. Считается, что голодание перед операцией, подготовка кишечника слабительными, основное заболевание, его осложнения и сопутствующая патология, дооперационные кровотечения приводят к исходному дефициту ОЦК и электролитным нарушениям. У голодающего пациента этот компенсаторный механизм нарушен, и его следует заместить. Современная практика назначения интраоперационных внутривенных вливаний опирается на представление о необходимости замещения дефицита исключительно кристаллоидными растворами (солевые растворы), исходя из расчетов 4–15 мл на 1 кг массы тела в час [41, 46], лучшее решение – инфузия сбалансированных кристаллоидов. Однако необходимо учитывать, что поскольку кристаллоиды, перелитые внутривенно, свободно минуют сосудистый барьер, они вскоре подвергаются гомогенному перераспределению во внеклеточное пространство. При этом 4/5 объема кристаллоидов (солевых растворов) достаточно быстро уходят в интерстиций, и лишь 1/5 объема остается в сосудистом пространстве [47]. Перераспределение кристаллоидов из сосудистого русла в интерстиций занимает порядка 30 мин [45, 48]. Однако, в случае острого снижения АД на 20–30%, например, при кровотечении, происходит компенсаторное торможение перехода кристаллоидов в интерстициальное пространство примерно на 30 мин. В этот период волемический эффект кристаллоидов близок к 100% [48], что может быть использовано врачом

анестезиологом-реаниматологом для временной коррекции острой гиповолемии при кровотечении, но не должно вводить в заблуждение относительно стойкости эффекта.

Современная клиническая практика периоперационных инфузий становится все менее противоречивой в отношении объема переливаемых растворов. Еще недавно при операциях минимальной травматичности рекомендовали переливать жидкости из расчета 4 мл/кг/час, умеренной травматичности — 6–8 мл/кг/час, при высокотравматичных вмешательствах — 10–15 мл/кг/час. Мотивировка в основном базировалась на риске гиповолемии, соответствующего снижения почечного кровотока и последующего повреждения почечных канальцев [46]. В последующие годы целая серия исследований заставила усомниться в обоснованности такой практики. Показано, что «либеральная» стратегия периоперационных инфузий из расчета 3–10 мл/кг/час может привести к перегрузке организма жидкостью, в результате которой увеличиваются периоперационные осложнения и смертность [49–51]. Гипотеза о том, что либеральное периоперационное назначение инфузий способно значительно улучшить оксигенацию тканей и таким образом снизить частоту инфицирования операционных ран, опровергнута еще в 2005 г. работой, продемонстрировавшей, что дополнительная гидратация не снижает частоту раневых инфекций у больных, оперированных на толстой кишке [52]. Напротив, положительный послеоперационный баланс жидкости способен приводить к отеку кишки и ее дисфункции [53]. Новые представления о строении микрососудов, роли эндотелиального гликокаликса как основного регулятора перемещения жидкости из просвета сосудов в интерстиций и обратно, его легкой «смываемости», в частности, избыточными вливаниями жидкости, особенно коллоидными, легли в основу современной концепции допустимой и рациональной инфузионной терапии, как по объему, так и по составу [17, 22, 47, 54].

В итоге, на сегодняшний день в «большой» абдоминальной хирургии доминирует концепция «нулевого» жидкостного баланса как способа снизить частоту осложнений и летальность после плановых операций [53, 55, 56]. В то же время необходимо обратить внимание на то, что любая концепция — это всего лишь некий принцип, ориентир, подразумевающий, что в каждом случае будут учтены особенности пациента и вмешательства, надежность хирургического гемостаза и т.п.

«Нулевой» жидкостный баланс предусматривает восполнение всей утраченной во время операции и в ранний послеоперационный период жидкости растворами, близкими к ней по объему и составу. Необходимо знать исходные потребности пациента в жидкости и электролитах вместе с величиной патологических потерь, включая

электролиты. Избежать ошибки, во всяком случае, грубой, помогает переливание в качестве основы максимально сбалансированных растворов.

Сама по себе хирургическая операция значимо не увеличивает физиологические потери жидкости и электролитов. Перспирация из лапаротомной раны, через кожу, укрытую простынями, и при ИВЛ, проводимой современными аппаратами, в большинстве ситуаций невелика. Разумеется, необходимо учитывать кровопотерю и асцит. Стоит помнить о возможных потерях жидкости при лапароскопических операциях, которых становится все больше, и которые считаются влагосберегающими, поскольку происходят в закрытой брюшной полости. На самом деле, испарение с раздутой сухим углекислым газом брюшины может быть довольно значительным, учитывая многократную смену газа и продолжительность некоторых операций. Опубликованы результаты ряда исследований, в которых сравнивали методики «нулевого» жидкостного баланса и целенаправленной терапии. Эффективность обеих методик оказалась одинаковой [57–60]. Для того, чтобы принять решение работать по методике «нулевого» баланса, помимо ясного владения проблемой, врачу анестезиологу-реаниматологу следует каждый раз очень внимательно обдумать особенности пациента и предстоящей операции. Необходимо учесть, кто и как будет вести больного в ближайшем и раннем послеоперационном периоде, чтобы сохранить преимущество инфузионной терапии. Важно принять во внимание и то, что в рекомендациях специалистов, которые советуют применять «нулевой» режим инфузии, присутствует требование взвешивать пациента утром накануне операции с повторением процедуры на тех же весах каждое утро в первые послеоперационные дни, что сложно реализовать в большинстве российских ОАРИТ.

В последнее время активно внедряется в клиническую практику концепция целенаправленной терапии, которая во многих исследованиях показала значительное улучшение исходов заболеваний и снижение летальности. При выборе программы периоперационной инфузионной терапии необходимо учитывать особенности пациентов, наличие сопутствующей патологии, полиорганной недостаточности, шока. Врач должен представлять объем оперативного вмешательства, особенности хирургического доступа, а также свойства растворов для инфузионной терапии. Пациенты индивидуально реагируют на внутривенное введение жидкостей, поэтому периоперационная инфузионная терапия должна проходить в условиях соответствующего мониторинга [61].

Рекомендация 15. При подборе объема периоперационной инфузионной терапии рекомендовано учитывать рост, вес и площадь поверхности тела пациента, особенности

основного и сопутствующих заболеваний и степень их компенсации, объем и продолжительность оперативного вмешательства, а также исходный волевический статус пациента [1–3, 5, 6, 10, 36, 62–63].

УДД — 2, УУР — В.

Рекомендация 16. В случае, если в предоперационный период выполняется механическая подготовка желудочно-кишечного тракта, водно-электролитные нарушения и скрытую гиповолемию рекомендовано корректировать сбалансированными кристаллоидными растворами (солевыми растворами) [5, 10, 62–64].

УДД — 3, УУР — В.

Гиповолемиа приводит к снижению сердечного выброса, вазоконстрикции, сначала компенсаторной, а затем, патологической, в виде стойкой централизации кровообращения с ишемией «периферических» органов и тканей, и что особенно важно, почек, кишечника, поджелудочной железы, зоны хирургических анастомозов. Без восполнения ОЦК продолжает уменьшаться ударный объем, ишемия органов может усугубляться.

Избыточная инфузионная нагрузка не менее опасна, причем не только и не столько увеличением койко-дней, проведенных в стационаре и/или ОАРИТ, но прежде всего, нарушением эндотелиального барьера, развитием трудно поддающегося лечению тканевого отека, способного привести к стойкому парезу кишечника, полиорганной недостаточности и повышенной послеоперационной летальности [65–67]. Результаты исследований показывают, что ограничение объема инфузионной терапии в соответствии с разработанными протоколами снижает частоту послеоперационных осложнений, таких как сердечно-сосудистые расстройства, парез кишечника, ухудшение заживления операционных ран и нарушение целостности анастомозов, а также сокращает продолжительность госпитализации [65–67].

Таким образом, посредством инфузионной терапии мы можем управлять как волевическим и гемодинамическим статусом пациента, так и составом всех трех секторов организма: внутрисосудистым, интерстициальным и внутриклеточным.

Рекомендация 17. При проведении периоперационной инфузионной терапии рекомендовано учитывать физиологическую потребность взрослых пациентов в воде и основных электролитах (калий, натрий, хлориды) [1–3].

УДД — 5, УУР — С.

Комментарий. Суточная физиологическая потребность в воде взрослых пациентов составляет 30–40 мл на 1 кг массы тела или 1500 мл/м² поверхности тела, потребность в натрии — 50–100 ммоль/сутки, в калии — 40–80 ммоль/сутки. Дополнительные объемы жидкости и электролитов (перорально, энтерально или парентерально, либо в виде комбинаций) могут быть введены только для коррекции их дефицита или продолжающихся потерь [1–3, 68–70].

Рекомендация 18. На фоне проводимой периоперационной инфузионной терапии в случае возникновения острой кровопотери при уровне гемоглобина менее 70–80 г/л и гематокрите менее 0,25–0,30 могут появиться показания к переливанию эритроцитарной взвеси [7, 27, 31, 33, 71, 72].

УДД — 1, УУР — В.

Комментарий. Ориентирами, кроме концентрации гемоглобина менее 70–80 г/л и значения гематокрита менее 0,25–0,3, служат клинические и лабораторные показатели, отражающие неадекватную доставку кислорода тканям (гиперлактатемия, метаболический ацидоз, низкое насыщение кислородом венозной крови).

При массивной кровопотере требуется применение компонентов крови, при этом следует руководствоваться приказом Минздрава России от 2 апреля 2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»

Массивную кровопотерю определяют как один из возможных вариантов:

- потеря \geq одного ОЦК в течение 24 часов;
- потеря 50% ОЦК в течение 3 часов;
- кровотечение со скоростью более 150 мл/мин [73].

Компенсацию кровопотери всегда начинают с переливания изотонических кристаллоидов (солевые растворы). При первой возможности используют сбалансированные кристаллоиды из-за максимально полноценного электролитного состава и буферных свойств. Согласно рекомендациям Nahn и соавт. (2016 г.), при потере в операционной до 500 мл крови ее возмещают трехкратным объемом сбалансированного кристаллоида [74]. При потере более 500 мл, следует добавить коллоид (кровезаменители и препараты плазмы крови), объем которого должен быть ориентирован на допустимый гематокрит. Выбор коллоида основывается на соотношении риск/польза. Применение декстранов не рекомендовано вследствие их высокой аллергенности, влияния на свертывание крови и нефротоксичности. Препараты

ГЭК в России разрешены к применению только в случае острой гиповолемии, вызванной кровотечением, при условии недостаточной эффективности возмещения кристаллоидами. Переливать производные ГЭК можно не более суток, в отсутствие признаков гипокоагуляции и нефропатии, причем в дозе, не превышающей 30 мл на 1кг массы тела. Желательно использовать препараты ГЭК третьего поколения (130/0,4–0,42), оптимально сбалансированные. Мало того, распоряжение Росздравнадзора от 22 ноября 2018 г предписывает врачу, применившему препарат ГЭК, контролировать диурез и концентрацию креатинина у реципиента в течение 90 дней! Из синтетических коллоидов (солевые растворы)сходным волемическим действием обладают 4% производные желатина, причем изготовление их методом сукцинирования повышает волемический эффект и резко снижает потенциальную аллергенность, также, как и воздействие на свертывание крови. Переливание с целью объемного замещения препаратов альбумина ограничено высокой стоимостью.

4. Выбор инфузионных растворов

4.1. Кристаллоидные растворы (солевые растворы)

Рекомендация 19. Натрия хлорид может быть использован в клинической практике как раствор-носитель, которым разводят лекарственные препараты для внутривенного или внутримышечного введения (например, симпатомиметики, антибиотики и т.д.), либо при малообъемных инфузиях при вмешательствах низкого риска и малой продолжительности [75, 78].

УДД — 2, УУР — В.

Комментарий. Натрия хлорид — раствор для инфузий, 0,9%, далек от физиологичности для организма [7, 75–79]. В ряде исследований показано, что большие объемы (более 1,5–2,0 л) инфузии кристаллоидных растворов с повышенным содержанием ионов хлора (в «физиологическом» растворе хлоридов больше, чем в плазме крови в 1,5 раза!) у здоровых взрослых добровольцев приводят к развитию гиперхлоремии, которая ассоциируется с развитием метаболического ацидоза, гипокалиемией и отрицательным балансом белка [77, 79, 80]. В эксперименте было показано, что введение 0,9% натрия хлорида раствора (80 мл/кг) может вызвать отек стенки кишечника и нарушение его моторной функции, а также может оказать неблагоприятное воздействие на почечную гемодинамику [77]. Так, исследования влияния 0,9% раствора натрия хлорида на микроциркуляцию в реальном времени продемонстрировали снижение почечной перфузии и увеличение объема почек, нарушение доставки кислорода к паренхиме почек. Отчасти эти эффекты обусловлены тем, что 0,9% натрия хлорид обладает кислой реакцией [77].

В ряде исследований, в том числе, в мета-анализах, показано, что назначение пациентам ОАРИТ инфузии солевых растворов, содержащих повышенное количество ионов хлора по сравнению со сбалансированными инфузионными растворами, приводит к увеличению частоты возникновения острого повреждения почек, увеличению длительности ИВЛ и повышению летальности [62, 77, 81].

В 2013 г. Jha, обсуждая небезопасность натрия хлорида (раствор для инфузий, 0,9%), обратил внимание на то, что большинство обычно используемых внутривенных инфузионных сред как в Великобритании, так и во всем мире, имеют повышенное содержание ионов натрия. Так, 1 литр «физиологического» солевого раствора содержит 158 ммоль ионов натрия, что существенно превышает суточную потребность человека (70–100 ммоль) и возможности выведения (до 100 ммоль/сутки).

Гипернатриемия приводит к выраженному отеку тканей, артериальной гипертензии и увеличивает риск неблагоприятных исходов [76].

В 2016 г. в обзоре ElGkotmi и соавт. было показано, что кристаллоидные растворы, в которых повышена концентрация хлора, могут приводить к развитию гиперхлоремии, нарушению функции почек и метаболическому ацидозу; это особенно опасно для пациентов с шоком и полиорганной недостаточностью. При этом кристаллоидные растворы (солевые растворы) для внутривенного применения следует рассматривать как лекарственные средства, поскольку они имеют специфические клинические показания, противопоказания и неблагоприятные последствия, которые могут варьировать в зависимости от вида и дозы препарата [82].

Следует отметить, что в последнее время опубликован ряд работ, которые продемонстрировали относительно безопасное медленное внутривенное введение умеренных дозировок 0,9% натрия хлорида в клинической практике. Так, в исследовании Serrano и соавт. показано, что у больных старше 60 лет, которым вводили внутривенно 0,9% натрия хлорид в дозе 1,5 мл на 1 кг массы тела в час в течение 12 часов перед плановым оперативным вмешательством (т.е. суммарно $\approx 1-1,5$ л), частота развития острого повреждения почек не отличалась от пациентов группы, в которой этот раствор не применяли [83].

Рекомендация 20. Натрия хлорид может быть использован для коррекции доказанной гипохлоремии и гипонатриемии, возникающих при потере больших объемов желудочного сока через желудочный зонд и гастростому, при упорной рвоте, а также при потере дуоденального сока через дуоденальные свищи [17, 75, 77, 79].

УДД — 2, УУР — В.

Комментарий: *Необходим контроль осмоляльности и электролитного состава плазмы крови. Если у пациента отмечается гипокалиемия, рекомендовано выполнить коррекцию программы периоперационной инфузионной терапии назначением раствора хлорида калия.*

Рекомендация 21. Гипертонические растворы натрия хлорида не следует применять для стабилизации гемодинамики и коррекции ОЦК у пациентов с инфекцией, сепсисом и септическим шоком [17, 30, 84].

УДД — 2, УУР — А.

Комментарий. *Последние работы по исследованию целесообразности и эффективности применения гипертонического раствора натрия хлорида при некоторых патологических состояниях не выявили его преимуществ по сравнению с натрия хлоридом раствором для инфузий, 0,9%. Так, показано, что по сравнению с эквивалентным объемом 0,9% изотонического раствора гипертонический (3%) раствор натрия хлорида, вводимый в течение 72 ч по 280 мл/сутки, не улучшал выживаемость пациентов [30, 84]. В настоящее время в России гипертонические растворы хлорида натрия не производятся и не импортируются.*

Рекомендация 22. Для периоперационного восполнения дефицита ОЦК в качестве основы оптимальными являются сбалансированные кристаллоидные растворы (солевые растворы). К сбалансированным относят растворы, отвечающие трем основным условиям: 1) электролитный состав должен быть максимально приближен к составу плазмы крови; 2) раствор должен быть изотоническим; 3) в состав сбалансированного раствора должен входить носитель резервной щелочности, т.е. вещество, которое быстро метаболизируется [17, 62, 63, 76].

УДД — 3, УУР — В.

Комментарий. *В настоящее время не создан идеально сбалансированный раствор, но есть максимально приближенные к указанным требованиям, большинство из них на основе ацетата [60, 81]. Самый первый условно сбалансированный раствор натрия лактата сложный (раствор Рингер-лактата) в качестве носителя резервной щелочности содержит лактат натрия. К сожалению, к недостаткам этого раствора приходится отнести резко сниженную осмоляльность *in vivo* 254 мОсм/кг, что делает этот раствор категорически противопоказанным при отеке мозга любого происхождения! Некоторые растворы кроме лактата содержат естественный метаболит человеческого организма малат, позволяющий снизить содержание ацетата и сделать процесс метаболизма в гидрокарбонат пролонгированным при крайне низкой кислородной цене такого метаболизма.*

В работе Shaw и соавт. дана сравнительная оценка влияния натрия хлорида раствора для инфузий, 0,9% и сбалансированного кристаллоидного раствора (солевые растворы) после абдоминальных вмешательств. Доказано, что применение сбалансированного кристаллоидного раствора (солевые растворы) ведет к снижению осложнений в послеоперационном периоде, включая развитие острой почечной недостаточности и гиперхлоремического ацидоза, и уменьшению летальности [79].

Рекомендация 23. Гиповолемию вследствие тяжелого воспаления (инфекции, перитонит, панкреатит, ожоги и т.д.) рекомендовано корректировать сбалансированными кристаллоидными растворами (солевые растворы). При этом необходимо соблюдать осторожность, обеспечивать нормализацию гемодинамических параметров и минимизировать инфузионную нагрузку. Важно помнить, что при критических состояниях могут развиваться нарушения, связанные с экскрецией натрия и воды и формированием интерстициального отека тканей[13, 17, 28, 81].

УДД — 2, УУР — А.

Рекомендация 24. Потери жидкости, связанные с диарей, илеостомой, свищами кишечника, непроходимостью и/или обструкцией кишечника, передозировкой мочегонных препаратов рекомендовано корректировать сбалансированными кристаллоидными растворами (солевые растворы). При этом необходим регулярный мониторинг электролитного состава плазмы крови (калия, натрия, хлора и КЩС) с коррекцией нарушений электролитного баланса и метаболического ацидоза[17, 53, 57].

УДД – 2, УУР —В.

Рекомендация 25. Настоятельно рекомендовано избегать внутривенного введения раствора декстрозы в чрезмерном количестве, особенно у пожилых людей. Введение растворов, содержащих декстрозу, противопоказано при риске развития отека мозга любого происхождения [28, 77].

УДД — 2, УУР— А.

Комментарий. Декстроза, раствор для инфузий, 5% изотоничен только *invitro*. После введения в кровь он мгновенно метаболизируется с образованием CO_2 и воды. Декстроза, раствор для инфузий, 5% — основной источник свободной воды, перераспределяющейся преимущественно во внутриклеточный сектор.

4.2. Коллоидные растворы (кровезаменители и препараты плазмы крови)

Рекомендация 26. При наличии гиповолемии из-за риска гипергидратации на фоне применения больших объемов сбалансированных кристаллоидных растворов (солевые растворы) в программу периоперационной волевической терапии могут быть дополнительно включены коллоидные растворы (кровезаменители и препараты плазмы крови) [28, 85].

УДД — 2, УУР — В.

Комментарий. *Теоретически оптимальным представляется раствор альбумина человека, однако на практике с этой целью его используют очень редко из-за высокой стоимости. Раствор альбумина может быть использован в концентрации 5%, 10% или 20%.*

Рекомендация 27. Для компенсации дефицита ОЦК могут быть использованы растворы модифицированного желатина в сочетании со сбалансированными кристаллоидами (солевые растворы). [3, 7, 12, 24, 25, 27, 86].

УДД — 5, УУР — С.

Комментарий. *При использовании производных желатина важно учитывать, что их свойства сильно различаются в зависимости от способа обработки сырья (хрящи крупного рогатого скота). Препараты, полученные путем щелочного гидролиза, и так называемые «мочевинно-связанные» производные желатина были распространены до появления гидроксиэтилкрахмалов (ГЭК) 2–3 поколений (кровезаменители и препараты плазмы). Они относительно недороги, достаточно эффективны, но заслужили репутацию высокоаллергенных [87, 88]. Наиболее безопасны и волевически эффективны 4% препараты так называемого «модифицированного» желатина, обработанного янтарным ангидридом (сукцинилированные).*

Рекомендация 28. У пациентов с сепсисом в периоперационный период синтетические коллоидные растворы (кровезаменители и препараты плазмы крови) на основе модифицированного желатина можно использовать только в случае крайней необходимости при неэффективности вводимых сбалансированных кристаллоидных растворов (солевые растворы) и отсутствии растворов альбумина. При этом следует учитывать, что сепсис сопровождается синдромом капиллярной утечки, что не дает значимых преимуществ в объемном замещении любым коллоидным раствором (кровезаменители и препараты плазмы крови) по сравнению с кристаллоидами [26].

УДД — 5, УУР — С.

Комментарий. *Предпринимаются попытки поиска «идеального маркера» для прогнозирования ответа на послеоперационную травму, при этом важную роль играет оценка сосудистой проницаемости. Капиллярная утечка — хорошо известный феномен при сепсисе, хирургической травме и других критических состояниях. При послеоперационных осложнениях повышенная сосудистая проницаемость сохраняется до 10 дней и более. Еще в 1985 г. Fleck и соавт. выявили, что скорость транскапиллярного обмена увеличивается на 100% после хирургических вмешательств и до 300% — у пациентов с септическим шоком [89, 90]. Увеличение капиллярной утечки часто сопровождается снижением концентрации альбумина плазмы крови, которая происходит в течение нескольких часов после вмешательства и значительно увеличивается у пациентов с кахексией; часть потерь альбумина обусловлена его секвестрацией в интерстиции. При этом капиллярная утечка альбумина в норме составляет около 5% в час, во время операции — до 15% в час. Периоперационная нутриционная терапия способна снижать потери альбумина не только за счет увеличения его синтеза в печени, что требует времени, но и за счет уменьшения потерь во внесосудистое пространство. Важно отметить, что восстановление уровня альбумина отражает восстановление баланса жидкости [89].*

Еще одна методика, которую применяют для мониторинга инфузионной терапии в периоперационный период у больных в критических состояниях — транспульмональная термодиллюция с последующим анализом пульсовой волны. Целый ряд работ показал эффективность показателей термодиллюции и анализа пульсовой волны, включая глобальный конечный диастолический объем, внесосудистую воду легких, вариации пульсового давления и ударного объема с целью периоперационного мониторинга, оптимизации гемодинамики и целенаправленной терапии [1, 4, 6, 35, 38].

Рекомендация 29. На фоне проведения периоперационной инфузионной терапии синтетическими коллоидными растворами (кровезаменители и препараты плазмы крови) рекомендован мониторинг системы гемостаза и функции почек. Рекомендовано учитывать аллергологический анамнез, сопутствующие заболевания и применение заместительной почечной терапии [1, 60, 75, 87, 91, 92].

УДД — 2, УУР — В.

Комментарий. *Применение коллоидных растворов остается дискуссионным. Многие эксперты и ассоциации специалистов обсуждают целесообразность использования коллоидных растворов (кровезаменители и препараты плазмы крови) и их сочетания с*

кристаллоидами при необходимости инфузионной волемиической терапии. В 2013 г. в *The Cochrane Library* опубликована работа Perelu соавт., в которой проведен анализ 78 исследований, сравнивающих применение коллоидных(кровезаменители и препараты плазмы крови) и кристаллоидных растворов (солевые растворы); из них 70 исследований содержали данные о смертности [93]. В результате сделаны неоднозначные выводы:РКИ не предоставили доказательств, что терапия коллоидами снижает риск смерти по сравнению с терапией кристаллоидами у пациентов с травмами, ожогами или последующей операцией. Более того, использование ГЭК может увеличивать летальность. Так как коллоиды не ассоциируются с увеличением выживаемости и значительно дороже, чем кристаллоиды, авторы считают, что их использование в клинической практике нецелесообразно [93]. В качестве наиболее вероятной причины отсутствия преимуществ коллоидов в объемной эффективности и, главное, продолжительности волемиического действия, предполагают структурные изменения эндотелиального гликокаликса при указанных состояниях [94, 95].В некоторых исследованиях, выполненных в последние годы, на препараты ГЭК указывают как на наиболее опасные для пациентов в критических состояниях, прежде всего, при сепсисе [26, 95].

Аппапеи соавт.в многоцентровом исследовании в 2013 г. показали, что применение коллоидных растворов (кровезаменители и препараты плазмы крови) по сравнению с кристаллоидами (солевые растворы)у пациентов ОАРИТ не ведет к отличиям в 28-дневной летальности, но снижает 90-дневную летальность. Авторы отметили, что необходимы дальнейшие исследования [75].

В настоящее время в клинической практике в большинстве стран не используют коллоидные растворы на основе декстранов вследствие высокой аллергенности, повышенной кровоточивости и риска развития ОПН [87, 96, 97].

Рекомендация 30. Для периоперационной инфузионной терапии не могут быть рекомендованы коллоидные растворы (кровезаменители и препараты плазмы крови) на основе декстранов вследствие неблагоприятного воздействия на систему гемостаза и риска развития острого повреждения почек. Кроме того, декстраны весьма аллергенны [98, 7, 99, 25].

УДД — 2, УУР — В.

Рекомендация 31. Не рекомендовано применение коллоидных растворов на основе гидроксиэтилкрахмалов (ГЭК) (кровезаменители и препараты плазмы), за единственным

исключением: при острой гиповолемии вследствие кровопотери при недостаточной эффективности инфузии кристаллоидов [101, 105] **УДД — 2, УУР — А.**

Комментарий. При геморрагическом шоке вследствие массивной кровопотери необходимо тщательно оценить целесообразность периперационного использования растворов ГЭК. Растворы ГЭК не следует вводить внутривенно при гипокоагуляции и нарушении функции почек любого происхождения. [3, 7, 12, 24, 25, 100–102].

Отношение к применению ГЭК также за последнее время изменилось. Начиная с 2008 г., опубликован ряд работ, которые доказали неблагоприятное воздействие ГЭК 200 у больных с сепсисом и при ожогах в виде острого повреждения почек (ОПП), а в случаях превышения дозы отмечается увеличение летальности [92, 103].

Что касается ГЭК 130, то длительное время считалось, что они являются «золотым стандартом» инфузионной терапии в медицине критических состояний. Был опубликован ряд исследований, отражающих эффективность и безопасность ГЭК 130 в клинической практике [100, 101, 104]. Однако в последующем были опубликованы работы, показавшие достоверное увеличение 90-дневной летальности, частоты ОПП, применения заместительной почечной терапии и проблем с патологией гемостаза на фоне инфузии ГЭК 130 [102, 105].

На основании этих и последующих работ FDA и Европейское агентство по контролю оборота лекарственных средств (European Medicines Agency, EMA) запретили в 2013 г. применение синтетических коллоидных растворов (кровезаменители и препараты плазмы крови) на основе ГЭК в США и странах ЕС. Несколько позже EMA внесло коррекцию в инструкцию по клиническому применению ГЭК 130 в странах ЕС, разрешив их применение только при массивной кровопотере. Самые последние решения EMA июня 2018 г. резко ограничивают число лечебных учреждений особо сертифицированными, сотрудники которых, допущенные к назначению препаратов ГЭК, должны пройти специальное обучение.

Рекомендация 32. Ввиду отсутствия в литературных источниках информации о безопасности, периперационное применение синтетических коллоидных растворов (кровезаменители и препараты плазмы крови) у беременных и женщин в период грудного вскармливания должно быть ограничено только неотложными случаями острой массивной кровопотери [7, 24, 75, 100, 101, 102, 106].

УДД — 2, УУР — В.

5. Послеоперационный период

Своевременная, индивидуализированная и контролируемая инфузионная терапия играет ключевую роль в оптимальном функционировании системы кровообращения и транспорта кислорода, поддержании адекватного функционирования органов и систем, способствуя улучшению исходов хирургического лечения. Следует помнить, что любой инфузионный раствор, который мы вводим как в операционной, так и в ОАРИТ, — это лекарственное средство со своими показаниями, противопоказаниями и побочными эффектами, а дальнейшие исследования в области инфузионной терапии должны быть направлены на совершенствование ее оптимальных режимов у различных категорий больных [5, 10].

Рекомендация 33. В послеоперационном периоде всем пациентам, находящимся в состоянии изоволемии в отсутствие шока, полиорганной недостаточности и дисфункции желудочно-кишечного тракта, а также в отсутствие противопоказаний рекомендовано начало перорального приема жидкости через (4–6 часов после окончания оперативного вмешательства) и энтерального питания (сиппинговое или зондовое питание) в первые сутки после операции [5, 10, 63, 65, 89, 107, 108].

УДД — 3, УУР — С.

Комментарий.*Пероральный прием жидкости — важная составляющая питательно-метаболической поддержки пациентов в послеоперационный период. Ранний пероральный прием жидкости и энтеральное питание поддерживают функциональную целостность желудочно-кишечного тракта, сохранение эпителиальных клеток, стимулируют функцию форменных элементов крови, инициируя высвобождение экзогенных факторов защиты (холецистокинин, гастрин, бомбезин, соли желчных кислот); поддерживают целостную структуру ворсинчатого покрова, секрецию и продукцию IgA (В-клетки и клетки плазмы), включая лимфоидные сплетения кишечника, лимфатические клетки слизистых оболочек органов желудочно-кишечного тракта и других органов [12, 63, 107, 108].*

Неопровержимый аргумент в пользу раннего питья после операции состоит в том, что, независимо от действий врача, человек выделяет и проглатывает в сутки до 1,5–2 литра слюны, состоящей преимущественно из воды.

Неблагоприятные изменения в кишечнике в виде увеличения проницаемости нарушают его функциональную целостность, ведут к транслокации бактерий через стенку ЖКТ, при этом увеличивается риск системного воспаления, полиорганной

недостаточности и летальности. В связи с этим, энтеральный путь питания более предпочтителен для предотвращения инфекции, органной дисфункции и уменьшения сроков госпитализации [5, 10, 63,107, 108]. Таким образом, основание для начала перорального приема жидкостей и энтерального питания – это необходимость поддержания функциональной целостности кишечника, снижения стрессового ответа и повышения системного иммунного ответа [107, 108].

В значительной мере смысл перорального приема жидкостей — использование кишечника как средства доставки питания и профилактика стрессовых язв желудочно-кишечного тракта. Ранний пероральный прием жидкостей и раннее энтеральное питание включены в современную концепцию «Ускоренное восстановление после хирургического лечения» — ERAS, предложенную профессором Kehlet еще в 1997 г. Цель концепции и протоколов ERAS — максимально быстрая активизация оперированных больных, основанная на поддержании нормального функционирования органов и систем. Концепция ERAS позволяет добиться следующих результатов:

- улучшать исходы хирургических операций.
- снижать частоту возникновения нозокомиальных инфекций.
- снижать частоту развития тромбоза легочной артерии.
- сокращать пребывание пациентов как в условиях ОАРИТ, так и в стационаре.
- снижать затраты на лечение пациентов [5, 10, 63,107].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№№ п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен контроль состояния кожного покрова, слизистых оболочек, периферической перфузии, температуры тела	1	A
2.	Выполнен контроль АД, ЧСС, SaO ₂ , ЭКГ в течение периоперационного периода	1	A
3.	<p>На фоне острого кровотечения и нестабильности гемодинамики, обусловленной шоком и полиорганной недостаточностью, необходим комплексный мониторинг соценкой следующих показателей:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Показатели красной крови (гемоглобин, гематокрит). • КЩС (лактат, ацидоз) (при наличии технической возможности). • Лабораторные параметры системы гемостаза (оценка состояния коагуляции, общего анализа крови). • Мониторинг функции почек (почасовой диурез, мочевина, креатинин, электролиты) 	1	B
4.	При возникновении нарушений водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния и осмоляльности выполнена коррекция программы периоперационной волемической терапии	1	A
5.	При проведении периоперационной волемической терапии синтетические коллоидные растворы(кровезаменители и	1	A

	препараты плазмы крови)использованы только в случае нестабильности гемодинамики на фоне острой массивной кровопотери, которая не корректируется применением сбалансированных кристаллоидных растворов (солевые растворы)		
6.	На фоне адекватной периоперационной инфузионной терапии у пациентов хирургического профиля с гипотензией и высоким риском развития осложнений для достижения адекватных значений артериального давления использована вазопрессорная поддержка (по показаниям)	1	С
7.	На фоне периоперационной инфузионной терапиипри гемодинамической нестабильности использован вазопрессор (адренергические средства) для поддержания целевого среднего АД выше 65мм рт. ст.; при наличии сопутствующей артериальной гипертензии, черепно-мозговой травмы или ОНМК — до 85 мм рт. ст.	2	В

Список литературы

1. Бунятыан А. А. Анестезиология: национальное руководство / под ред. А. А. Бунятыана, В. М. Мизикова — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 656 с.
2. Интенсивная терапия: национальное руководство. под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. 2020 г.; Второе издание, переработанное и дополненное, М.: ГЭОТАР-Медиа, т. 1, 2.
3. Miller R.D. (ed) Miller's Anesthesia, 8th Edition. Elsevier Saunders. 2015.
4. Navarro L.H.C., Bloomstone J.A., Auler J.O.C., et al. Perioperative fluid therapy: a statement from the international Fluid Optimization Group. *Perioperative Medicine*. 2015; 4(1), 3.
5. Thorell A., MacCormick A. D., Awad S., et al. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*. 2016; 40(9), 2065–2083.
6. Лихванцев В.В. Инфузионная терапия в периоперационном периоде. *Вестник анестезиологии и реаниматологии* 2016; 13(5), 66–73.
7. Kozek-Langenecker SA, Ahmed AB, Afshari A, et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology: First update 2016. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. 2017; 34(6), 332–395.
8. Kudsk K.A., Tolley E.A., DeWitt R.C., et al. Preoperative albumin and surgical site identify surgical risk for major postoperative complications. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2003; 27(1), 1-9.
9. Lamke L.O., Nilsson G.E., Reithner H.L. Water loss by evaporation from the abdominal cavity during surgery. *Acta Chirurgica Scandinavica*. 1977; 143(5), 279–284.
10. Ljungqvist O., Scott M., Fearon K.C. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA surgery*. 2017; 152(3), 292–298.
11. Edwards MR, Forbes G, MacDonald N, et al; OPTIMISE II investigators. Optimisation of Perioperative Cardiovascular Management to Improve Surgical Outcome II (OPTIMISE II) trial: study protocol for a multicentre international trial of cardiac output-guided fluid therapy with low-dose inotrope infusion compared with usual care in patients undergoing major elective gastrointestinal surgery. *BMJ Open* 2019; 9:e023455.
12. Powell-Tuck J., Allison S.P., Gosling P., et al. Summary of the British Consensus Guidelines on Intravenous Fluid Therapy for Adult Surgical Patients (GIFTASUP). London: NHS National Library of Health. 2009.
13. Wise R., Faurie M., Malbrain M.L., Hodgson E. Strategies for intravenous fluid resuscitation in trauma patients. *World Journal of Surgery*. 2017; 41(5), 1170–1183.
14. Brady M.C., Kinn S., Stuart P., Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *The Cochrane Library*. 2003.
15. Li L., Wang Z., Ying X., Tian J., Sun T., Yi K., Yang K. Preoperative carbohydrate loading for elective surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgery Today* 2012; 42(7), 613–624.
16. Tran S., Wolever T.M., Errett L.E., Ahn H., Mazer C.D., Keith M. Preoperative carbohydrate loading in patients undergoing coronary artery bypass or spinal surgery. *Anesthesia & Analgesia*. 2013; 117(2), 305–313.
17. Malbrain MLNG, Langer T, Annane D, et al. Intravenous fluid therapy in the perioperative and critical care setting: Executive summary of the International Fluid Academy (IFA). *Ann Intensive Care*. 2020; 10(1): 64.
18. Лейдерман И.Н., Грицан А. И., Заболотских И. Б., и соавт. Периоперационная нутритивная поддержка. Клинические рекомендации. *Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова*. 2018; 3: 5–21.
19. Barker P., Creasey P. E., Dhatariya K., Levy N., Lipp A., Nathanson M. H., Woodcock T.

- Peri-operative management of the surgical patient with diabetes 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 2015; 70: 1427–1440.
20. Martin GS, Kaufman DA, Marik PE, et al. Perioperative Quality Initiative (POQI) consensus statement on fundamental concepts in perioperative fluid management: fluid responsiveness and venous capacitance. *Perioper Med (Lond)*. 2020; 9: 12.
 21. Киров М. Ю., Кузьков В. В. Основы интенсивной терапии и анестезиологии в схемах и таблицах (учебное пособие, издание 6-е, переработанное и дополненное). Архангельск, 2019; 245.
 22. Farag E., Kurz A. (Eds.). *Perioperative fluid management*. Springer International Publishing. 2016; 215–234.
 23. Моргунов С. С. Коррекция тканевой гипоксии и процессов свободнорадикального окисления при гастродуоденальных кровотечениях. *Хирургия* 2011; 9, 71–75.
 24. Marx G., Schindler A.W., Mosch C., et al. Intravascular volume therapy in adults: Guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. *European Journal of Anaesthesiology*. 2016; 33(7), 488–521.
 25. Practice guidelines for perioperative blood management. An updated report by the American Society of Anesthesiologists. Task force on perioperative blood management. *Anesthesiology*. 2015; 122, 241–275.
 26. Rhodes A., Evans L.E., Alhazzani W., et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*. 2017; 43(3), 304–377.
 27. Rossaint R., Bouillon B., Cerny V., et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma. *Critical Care*. 2016; 20(1), 100.
 28. Malbrain M.L., Marik P.E., Witters I., et al. Fluid overload, de-resuscitation, and outcomes in critically ill or injured patients: a systematic review with suggestions for clinical practice. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2014; 46(5), 361–380.
 29. Finfer S., Vincent J.L. Resuscitation Fluids. *New England Journal of Medicine*. 2013; 369, 669–670.
 30. Vincent J.L. No room for hyperoxia or hypertonic saline in septic shock. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2017; 5(3), 158–159.
 31. Holst LB, Petersen MW, Haase N, et al. Restrictive versus liberal transfusion strategy for red blood cell transfusion: systematic review of randomised trials with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ*. 2015; 350: h1354.
 32. Segal J.B., Blasco-Colmenares E., Norris E.J., Guallar E. Preoperative acute normovolemic hemodilution: a meta-analysis. *Transfusion*. 2004; 44(5), 632–644.
 33. Ghadimi K., Levy J.H., Welsby I.J. Perioperative management of the bleeding patient. *British Journal of Anaesthesia*. 2016; 117, iii18-iii30.
 34. Desai N, Schofield N, Richards T. Perioperative Patient Blood Management to Improve Outcomes. *Anesth Analg*. 2018 Nov;127(5):1211–1220.
 35. Киров М. Ю., Кузьков В.В. Оптимизация гемодинамики в периоперационном периоде: обзор литературы. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2012; 9(5), 56–66.
 36. Myles PS, Bellomo R, Corcoran T, et al; Australian and New Zealand College of Anaesthetists Clinical Trials Network and the Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group. Restrictive versus Liberal Fluid Therapy for Major Abdominal Surgery. *N Engl J Med* 2018;378:2263–2274.
 37. Feldheiser A, Casans Francés R, Stopfkuchen-Evans M. Meta-analysis of goal-directed fluid therapy using transoesophageal Doppler monitoring in patients undergoing elective colorectal surgery. *BJS Open* 2020;4:164–165.
 38. Паромов К.В., Ленькин А.И., Кузьков В.В., Киров М.Ю. Целенаправленная оптимизация гемодинамики в периоперационном периоде: возможности и перспективы. *Патология*

- кровообращения и кардиохирургия 2014; 18(3): 59–66.
39. Perel A. Using Dynamic Variables to Guide Perioperative Fluid Management. *Anesthesiology*. 2020;133(4):929-935.
 40. Kayilioglu S.I., Dinc T., Sozen I., Bostanoglu A., Cete M., Coskun F. Postoperative fluid management. *World Journal of Critical Care Medicine* 2015; 4: 192–201.
 41. Miller R.D., Pardo M. *Basics of Anesthesia* 6th ed. Elsevier Health Sciences. 2011.
 42. Heming N, Moine P, Coscas R, Annane D. Perioperative fluid management for major elective surgery. *Br J Surg* 2020;107:e56–e62.
 43. Jacob M, Chappell D, Hofmann-Kiefer K, Conzen P, Peter K, Rehm M. Determinants of insensible fluid loss. Perspiration, protein shift and endothelial glycocalyx. *Anaesthesist* 2007;56:747–58.
 44. Miller T.E., Roche A.M., Mythen M. Fluid management and goal-directed therapy as an adjunct to Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). *Canadian Journal of Anesthesia*. 2015; 62: 158–168.
 45. Hahn R.G. Volume kinetics for infusion fluids. *Anesthesiology*. 2010; 113: 470–481.
 46. Sear J.W. Kidney dysfunction in the postoperative period. *British Journal of Anaesthesia*. 2004; 95(1), 20–32.
 47. Boland MR, Noorani A, Varty K, et al. Perioperative fluid restriction in major abdominal surgery: systematic review and meta-analysis of randomized, clinical trials. *World J Surg* 2013;37:1193–202.
 48. Hahn R.G. Why are crystalloid and colloid fluid requirements similar during surgery and intensive care? *European Journal of Anaesthesiology*. 2013; 30(9), 515–518.
 49. Myles P., Bellomo R., Corcoran T. et al. Restrictive versus liberal fluid therapy in major abdominal surgery (RELIEF): rationale and design for a multicentre randomised trial. *BMJ* 2017; 7: e015358.
 50. Messina A, Robba C, Calabrò L, et al. Association between perioperative fluid administration and postoperative outcomes: a 20-year systematic review and a meta-analysis of randomized goal-directed trials in major visceral/noncardiac surgery. *Crit Care* 2021; 25: 43.
 51. Yeager M.P., Spence B.C. Critical care issues for the nephrologist: Perioperative Fluid Management: Current Consensus and Controversies. In *Seminars in dialysis*. Blackwell Publishing Ltd., 2006; 19(6), 472–479.
 52. Kabon B., Akça O., Taguchi A., et al. Supplemental intravenous crystalloid administration does not reduce the risk of surgical wound infection. *Anesthesia and Analgesia*. 2005; 101: 1546–1553.
 53. Brandstrup B., Tønnesen H., Beier-Holgersen R. et al. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Annals of surgery*. 2003; 238(5), 641–648.
 54. Marik P.E., Lemson J. Fluid responsiveness: an evolution of our understanding. *British Journal of Anaesthesia*. 2014; 112(4), 617–620.
 55. Wuethrich P.Y., Burkhard F.C., Thalmann G.N., Stueber F., Studer U.E. Restrictive Deferred Hydration Combined with Preemptive Norepinephrine Infusion during Radical Cystectomy Reduces Postoperative Complications and Hospitalization Time. A Randomized Clinical Trial. *Anesthesiology*. 2014; 120(2), 365–377.
 56. Kulemann B., Timme S., Seifert G., et al. Intraoperative crystalloid overload leads to substantial inflammatory infiltration of intestinal anastomoses - a histomorphological analysis. *Surgery*. 2013; 154(3), 596–603.
 57. Brandstrup B., Svendsen P.E., Rodt S.A., Andersen N., Andersen S.T. Which goal for fluid therapy during colorectal surgery is followed by the best outcome: Near maximal stroke volume or zero fluid balance? A clinical randomized double blinded multi centre trial: BAPCAP1–4. *European Journal of Anaesthesiology* 2010; 27(47), 4.

58. Wrzosek A, Jakowicka-Wordliczek J, Zajackowska R et al. Perioperative restrictive versus goal-directed fluid therapy for adults undergoing major non-cardiac surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 12;12(12): CD012767.
59. Srinivasa S., Taylor M.H., Singh P.P., Yu T.C., Soop M., Hill A.G. Randomized clinical trial of goal-directed fluid therapy within an enhanced recovery protocol for elective colectomy. *British Journal of Surgery.* 2013; 100(1), 66–74.
60. Phan TD, Uda Y, Peyton PJ, Kluger R, Myles PS. Effect of fluid strategy on stroke volume, cardiac output, and fluid responsiveness in adult patients undergoing major abdominal surgery: a sub-study of the Restrictive versus Liberal Fluid Therapy in Major Abdominal Surgery (RELIEF) trial. *Br J Anaesth* 2021:S0007-0912(21)00027-1.
61. Bennett V.A., Cecconi M. Perioperative fluid management: From physiology to improving clinical outcomes. *Indian journal of anaesthesia.* 2017; 61(8), 614–621.
62. Weinberg L, Li M, Churilov L, et al. Associations of fluid amount, type, and balance and acute kidney injury in patients undergoing major surgery. *Anaesth Intensive Care.* 2018 ;46(1):79–87.
63. National Institute for Clinical Excellence. Intravenous fluid therapy in adults in hospital. NICE clinical guideline. 2013; 174.
64. Gupta R., Gan T.J. Preoperative nutrition and prehabilitation. *Anesthesiology Clinics.* 2016; 34(1), 143–153.
65. Minto G., Mythen M.G. Perioperative fluid management: science, art or random chaos? *British Journal of Anaesthesia.* 2015; 114(5), 717–721.
66. Mythen M.G., Swart M., Acheson N., Crawford R., Jones K., Kuper M., Horgan A. Perioperative fluid management: Consensus statement from the enhanced recovery partnership. *Perioperative Medicine.* 2012; 1(1).
67. Peden CJ, Aggarwal G, Aitken RJ, et al. Guidelines for Perioperative Care for Emergency Laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: Part 1-Preoperative: Diagnosis, Rapid Assessment and Optimization. *World J Surg.* 2021. doi: 10.1007/s00268-021-05994-9.
68. Della Rocca G., Vetrugno L., Tripi G., et al. Liberal or restricted fluid administration: are we ready for a proposal of a restricted intraoperative approach? *BMC Anesthesiology.* 2014; 14(1), 62.
69. Zhang X, Zheng W, Chen C, et al. Goal-directed fluid therapy does not reduce postoperative ileus in gastrointestinal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2018 Nov; 97(45): e13097.
70. Strunden M. S., Heckel K., Goetz A.E., Reuter D.A. Perioperative fluid and volume management: physiological basis, tools and strategies. *Annals of Intensive Care.* 2011; 1(1), 2.
71. Barile L., Fominskiy E., Di Tomasso N., et al. Acute Normovolemic Hemodilution Reduces Allogeneic Red Blood Cell Transfusion in Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *Anesthesia and analgesia.* 2017; 124(3), 743–752.
72. Spahn D.R., Bouillon B., Cerny V., Coats T.J., Duranteau J., Fernández-Mondéjar E., Neugebauer E. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline. *Critical Care.* 2013; 17(2), R76.
73. United Kingdom Blood Services. Handbook of transfusion medicine. Stationery Office. 2013.
74. Hahn R.G. (Ed.). *Clinical fluid therapy in the perioperative setting.* 2-nd edition. Cambridge University Press. 2016.
75. Annane D, Siami S, Jaber S, et al; CRISTAL Investigators. Effects of fluid resuscitation with colloids vs crystalloids on mortality in critically ill patients presenting with hypovolemic shock: the CRISTAL randomized trial. *JAMA.* 2013;310(17):1809-17.
76. Jha S., Prabhu D. Is normal saline really ‘normal’? *International Journal of Critical and Injury Science.* 2013; 3(2), 161.
77. Li H., Sun S.R., Yap J.Q., Chen J.H., Qian Q. 0.9% saline is neither normal nor physiological.

- Journal of Zhejiang University-SCIENCE B. 2016; 17(3), 181–187.
78. Diaper J, Schiffer E, Barcelos GK, et al. Goal-directed hemodynamic therapy versus restrictive normovolemic therapy in major open abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Surgery*. 2020 Oct 31;S0039-6060(20)30674-7.
 79. Shaw A. D., Bagshaw S.M., Goldstein S.L., et al. Major complications, mortality, and resource utilization after open abdominal surgery: 0.9% saline compared to Plasma-Lyte. *Annals of Surgery*. 2012; 255(5), 821–829.
 80. McCluskey S.A., Karkouti K., Wijeyesundera D., Minkovich L., Tait G., Beattie W.S. Hyperchloremia after noncardiac surgery is independently associated with increased morbidity and mortality: a propensity-matched cohort study. *Anesthesia & Analgesia*. 2013; 117(2), 412–421.
 81. Krajewski M.L., Raghunathan K., Paluszkiwicz S.M., Schermer C.R., Shaw A.D. Meta- analysis of high- versus low- chloride content in perioperative and critical care fluid resuscitation. *British Journal of Surgery*. 2015; 102(1), 24–36.
 82. El Gkotmi N., Kosmeri C., Filippatos T.D., Elisaf M.S. Use of intravenous fluids/solutions: a narrative review. *Current Medical Research and Opinion*. 2017; 33(3), 459–471.
 83. Serrano A.B., Candela-Toha A.M., Zamora J., et al. Preoperative hydration with 0.9% normal saline to prevent acute kidney injury after major elective open abdominal surgery: a randomised controlled trial. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. 2016; 33(6), 436–443.
 84. Pfortmueller CA, Kindler M, Schenk N, et al. Hypertonic saline for fluid resuscitation in ICU patients post-cardiac surgery (HERACLES): a double-blind randomized controlled clinical trial. *Intensive Care Med*. 2020;46(9):1683–1695.
 85. Caironi P., Tognoni G., Masson S., et al. Albumin replacement in patients with severe sepsis or septic shock. *New England Journal of Medicine*. 2014; 370(15), 1412–1421.
 86. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. An updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology*. 2017; 126, 376–393.
 87. Laxenaire M.C., Charpentier C., Feldman L. Anaphylactoid reactions to colloid plasma substitutes: incidence, risk factors, mechanisms. A French multicenter prospective study. In *Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation*. 1994; 13(3), 301–310.
 88. Heringlake M, Berggreen AE, Reemts E, et al. Fluid Therapy With Gelatin May Have Deleterious Effects on Kidney Function: An Observational Trial. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2020;34:2674–2681.
 89. Fleck A., Hawker F., Wallace P.I., et al. Increased vascular permeability: a major cause of hypoalbuminaemia in disease and injury. *The Lancet*. 1985; 325(8432), 781–784.
 90. Radcliffe A.G., Goode A.W., Johnson A.W., Chan S.T., Dudley H.A. Transcellular Movement and Intracellular Concentration of Sodium in Erythrocytes After Surgery and in Seriously Ill Patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 1983; 7(1), 40–44.
 91. Alpert R.A., Roizen M.F., Hamilton W.K., et al. Intraoperative urinary output does not predict postoperative renal function in patients undergoing abdominal aortic revascularization. *Surgery*. 1984; 95(6), 707–711.
 92. Brunkhorst F. M., Engel C., Bloos F., Meier-Hellmann A., Ragaller M., Weiler N., Olthoff D. Intensive insulin therapy and pentastarch resuscitation in severe sepsis. *New England Journal of Medicine*. 2008; 358(2), 125–139.
 93. Perel P., Roberts I., Ker K. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *The Cochrane Library*. 2013.
 94. Chappell D., Jacob M. Role of the glycocalyx in fluid management: small things matter. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2014; 28(3), 227–234.

95. Wiedermann CJ. Phases of fluid management and the roles of human albumin solution in perioperative and critically ill patients. *Curr Med Res Opin.* 2020;36(12):1961–1973.
96. Krüger K., Seifart W., Freudenberg R. Infusion incidents with dextran. *Anaesthesiologie und Reanimation.* 1988; 13(5), 259.
97. Rasmussen K.C., Hoejskov M., Johansson P.I., et al. Coagulation competence for predicting perioperative hemorrhage in patients treated with lactated Ringer's vs. Dextran-a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiology* 2015; 15(1), 178.
98. Kimenai D.M., Bastianen G.W., Daane C.R., et al. Effect of the colloids gelatin and HES 130/0.4 on blood coagulation in cardiac surgery patients: a randomized controlled trial. *Perfusion.* 2013; 28(6), 512–519.
99. Kozek-Langenecker S.A. Fluids and coagulation. *Current Opinion in Critical Care.* 2015; 21(4), 285–291.
100. Joosten A, Coeckelenbergh S, Alexander B, et al. Hydroxyethyl starch for perioperative goal-directed fluid therapy in 2020: a narrative review. *BMC Anesthesiol.* 2020;20(1):209.
101. Guidet B., Martinet O., Boulain T., et al. Assessment of hemodynamic efficacy and safety of 6% hydroxyethylstarch 130/0.4 vs. 0.9% NaCl fluid replacement in patients with severe sepsis: The CRYSTMAS study. *Critical Care* 2012; 16(3), R94.
102. Perner A., Haase N., Guttormsen A.B., et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. *New England Journal of Medicine.* 2012; 367(2), 124–134.
103. Béchir M., Puhan M. A., Neff S. B., et al. Early fluid resuscitation with hyperoncotic hydroxyethyl starch 200/0.5 (10%) in severe burn injury. *Critical Care.* 2010; 14(3), R123.
104. Van Der Linden P., James M., Mythen M., Weiskopf R.B. Safety of modern starches used during surgery. *Anesthesia & Analgesia.* 2013; 116(1), 35–48.
105. Myburgh J.A., Finfer S., Bellomo R., et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. *New England Journal of Medicine.* 2012; 367(20), 1901–1911.
106. Garzotto F., Ostermann M., Martín-Langerwerf D., et al. The dose response multicentre investigation on fluid assessment (DoReMIFA) in critically ill patients. *Critical Care.* 2016; 20(1), 196.
107. Lobo DN, Gianotti L, Adiamah A, et al. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. *Clin Nutr.* 2020;39(11):3211–3227.
108. Melnyk M., Casey R.G., Black P., Koupparis A.J. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Canadian Urological Association Journal.* 2011; 5(5): 342–348.

Приложение А1. Список рабочей группы

- Бобовник С.В. — кандидат медицинских наук, доцент, главный врач ГБУЗ Архангельской области «Архангельская станция переливания крови», доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Горобец Е.С. — доктор медицинских наук, профессор, главный научный консультант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» - отв. редактор.
- Заболотских И.Б. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, руководитель анестезиолого-реанимационной службы ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, первый вице-президент Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Киров М.Ю. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, ученый секретарь Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» — отв. редактор.
- Кохно В.Н. — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Кузьков В. В. — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Лебединский К.М. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии имени В.Л. Ваневского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, главный научный сотрудник НИИ общей реаниматологии имени

В.А. Неговского ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии Минобрнауки России, Президент общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» (ФАР), г. Санкт-Петербург.

- Ломиворотов В.В. — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, руководитель отдела анестезиологии и реаниматологии ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, профессор зеркальной кафедры анестезиологии и реаниматологии профессора Зельмана В.Л. ФГБОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» Минздрава России, г. Новосибирск, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Лубнин А.Ю. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением анестезиологии и реанимации ФГАУ «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко» Минздрава России, г. Москва, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Мороз Г.Б. — кандидат медицинских наук, врач анестезиолог-реаниматолог ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, г. Новосибирск, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Мусаева Т.С. — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Неймарк М.И. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
- Щеголев А.В. — доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры и клиники военной анестезиологии и реаниматологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» — Главный анестезиолог-реаниматолог Министерства обороны Российской Федерации, главный специалист по анестезиологии и реаниматологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург, член Президиума Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».

Конфликт интересов в контексте темы рекомендаций за 5 лет:

Киров М. Ю.: Gettinge/Pulsion, Philips, Medtronic, Nihon Kohden- гонорары за чтение лекций и гранты на поездки на конференции, консультации.

Горобец Е.С.: Abbvie, Aspen, Baxter, B|Braun, Orion, Fresenius Kabi - консультации, проведение семинаров и мастер-классов, поддержка командировок на научные и образовательные конференции.

Кузьков В. В.: Convatec, Pfizer, B|Braun — гонорары за чтение лекций, консультации.

Ломиворотов В.В.: B|Braun и Fresenius Kabi — гонорары за чтение лекций и гранты на поездки на конференции.

Остальные авторы сообщили об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки методического руководства

Целевая аудитория данных методических рекомендаций:

1. Врачи анестезиологи-реаниматологи, трансфузиологи, хирурги, травматологи, акушеры-гинекологи, клинические фармакологи, организаторы здравоохранения.
2. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты, преподаватели в медицинских образовательных учреждениях.

Методы для сбора / селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в базы данных MEDLINE, PUBMED, COCHRANE.

В данных методических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Порядок обновления клинических рекомендаций:

Методически рекомендации обновляются каждые 3 года.

Таблица 1. Шкала оценки УДД для диагностических вмешательств.

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала определения УУР для диагностических вмешательств УУР.

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их

	выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Таблица 3. Шкала определения УДД для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств.

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 4. Шкала определения УУР для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств.

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Связанные документы

Данное методическое руководство разработано с учётом следующих нормативно-правовых документов:

- 1) Порядок оказания медицинской помощи по Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».
- 2) Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 N 203н – Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи – Действующая первая редакция – Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.05.2017 N46740 – Начало действия документа 01.07.2017.

Приложение В1. Алгоритм тактики предоперационной подготовки пациентов и ведения периоперационного периода

Алгоритм тактики предоперационной подготовки пациентов, ведения периоперационного и послеоперационного периодов (далее в тексте блок-схема) — графическое представление мер, предпринимаемых врачом-анестезиологом-реаниматологом у пациентов.

Целевая аудитория блок-схем (пользователи):

1. Практикующие врач-анестезиологи-реаниматологи.
2. Врачи-трансфузиологи, врачи-хирурги, врачи-травматологи-ортопеды, врачи-акушеры-гинекологи, врачи-клинические фармакологи, организаторы здравоохранения.
3. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты, преподаватели в медицинских образовательных учреждениях.

Цель разработки алгоритма — тактика оказания медицинской помощи и принятия решения анестезиологом-реаниматологом о необходимости применения профилактических мероприятий, снижающих риск периоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов.

Описание блок-схемы и таблиц

Блок-схема и таблицы представляют собой логически изложенную и понятную пользователю последовательность событий по проведению периоперационной волеической терапии и осуществлению мероприятий по выявлению нарушений водно-электролитного баланса, гиповолемии и периоперационных осложнений (действий, направленных на достижение конкретного результата, или условий, влияющих на достижение конкретного результата), где

- **действие** – медицинские вмешательства, которые должны выполнить медицинские работники в процессе ведения пациента,
- **условие** – некая установленная медицинским работником информация, влияющая на последующее ведение пациента,
- **результат** – максимально возможное выздоровление пациента.

Назначение блок-схемы:

1. Систематизация имеющихся знаний у пользователя.
2. Сокращение времени на поиск информации в процессе принятия врачебных решений при заболевании/синдроме.

3. Повышение вероятности максимально безопасных мероприятий, касающихся ведения периоперационного периода у пациентов.

Основные элементы блок-схемы

Блок-схема состоит из блоков и стрелок. Блоки соответствуют событиям, важным с точки зрения процесса ведения пациента, стрелки обозначают переходы от одного события к другому.



Блок-схема. Тактика предоперационной подготовки пациентов и ведения периоперационного периода.

Таблица 1. Типы нарушений распределения жидкости в организме.

Тип нарушения	ICF	ECF	Клинические симптомы					Лабораторные данные				Возможные причины	Главная опасность
			Жажда	Отеки	Диурез	ЦНС	ЦВД	Нб	Нт	Белок	МСНС		
Гипоосмолярная дегидратация	↑	↓	—	—	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↓	<ul style="list-style-type: none"> • недостаток натрия; • осмодиурез; • минералокортикоидная недостаточность 	Гиповолемия
Изоосмолярная дегидратация	N	↓	±	—	↓	↓	↓	↑	N	↑	N	<ul style="list-style-type: none"> • капиллярная утечка. • потери из ЖКТ 	Гиповолемия
Гиперосмолярная дегидратация	↓	↓	+	—	↓	↑	N	↑	↑	N ↑	↑	<ul style="list-style-type: none"> • недостаток воды; • гипервентиляция; • обильное потение; • гипо- и изостенурия 	Тканевая гипоксия
Гипоосмолярная гипергидратация	↑	↑	—	+	↑	↓↓	↑	↓	↓	N	↓	<ul style="list-style-type: none"> • боль (через АДГ); • сердечная недостаточность; избыток гипо- и изотонических растворов; • синдром неадекватной секреции АДГ 	Отек головного мозга
Изоосмолярная гипергидратация	N	↑	—	+	↑	↓	↑	↓	↓	↓	N	<ul style="list-style-type: none"> • избыточная инфузия; • сердечная недостаточность; • ренальная олигоанурия 	Сердечная недостаточность и отек легких
Гиперосмолярная гипергидратация	↓	↑	+	+	↓	N	↑	↓	↓	↓	↑	<ul style="list-style-type: none"> • избыток гипертонических растворов; • изотоническая инфузия при сниженном функциональном резерве почек 	Отек легких

ICF – внутриклеточная среда; ECF – внеклеточная среда; ЦНС – центральная нервная система; ЦВД – центральное венозное давление; Нб – гемоглобин; Нт – гематокрит; МСНС – среднее содержание гемоглобина в эритроците (в норме 320 – 360 г/л); АДГ – антидиуретический гормон.

Таблица 2. Клинические проявления расстройств осмолярности.

Осмолярность(мосмоль/л)	Клинические проявления
285–295	Норма
Менее 240 или более 320	Риск осложнений
Более 320	Риск развития почечной недостаточности
Более 385	Угнетение сознания
Более 400	Риск генерализованных судорожных припадков
Более 420	Фатальный исход

Таблица 3. Лечебные мероприятия при нарушении распределения жидкости в организме.

Тип нарушения	Лечебные мероприятия
Гипоосмолярная дегидратация	<ul style="list-style-type: none"> • Устранение причины • Восполнение дефицита 7,5% раствором натрия хлорида • Медленная коррекция гипонатриемии – риск понтинного миелолиза!
Изоосмолярная дегидратация	<ul style="list-style-type: none"> • Устранение причины • Возмещение объема изотоническими сбалансированными растворами • Возможен контроль по гематокриту
Гиперосмолярная дегидратация	<ul style="list-style-type: none"> • Устранение причины • Восполнение дефицита 0,45% раствором натрия хлорида или 5% раствором глюкозы • «Титрование» эффекта
Гипоосмолярная гипергидратация	<ul style="list-style-type: none"> • Устранение причины

	<ul style="list-style-type: none">• Ограничение жидкости• Диуретики
Изоосмолярная гипергидратация	<ul style="list-style-type: none">• Устранение причины• Выведение избытка жидкости
Гиперосмолярная гипергидратация	<ul style="list-style-type: none">• Устранение причины• Салуретики (сульфонамиды), если эффективны