

(19 больных), второй — 29,7 % (11 больных) ($p < 0,05$). Летальность в первой группе составила 48,6 %, во второй — 27,0 % ($p < 0,05$).

Таблица 1 — Критерии клинической эффективности методов хирургического лечения

Критерий клинической эффективности	Группа контроля, n=35		Группа исследования, n=37		Статистические различия (точный критерий Фишера)
	абс.	%	абс.	%	
Сроки госпитализации после «открытой» операции, сутки М [ДИ _{95%}]	27,7 [20–39]		19,7 [12–31]		$p < 0,05$ (U-критерий Манна-Уитни)
Количество поздних (несвоевременных) «открытых» операций	5	14,3	1	2,7	$p < 0,05$
Количество случаев системных осложнений (СПОН, сепсис, ДВС-синдром)	25	71,4	18	48,6	$p < 0,05$
Обширная флегмона брюшинной клетчатки	23	65,7	15	40,5	$p < 0,05$
Послеоперационные осложнения: — аррозивные кровотечения — свищи ЖКТ	7 5	20,0 14,3	4 3	10,8 8,1	$p < 0,05$ $p < 0,05$
Тяжелый сепсис	19	54,3	11	29,7	$p < 0,05$
Летальность	17	48,6	10	27,0	$p < 0,05$

Заключение

При тяжелом остром панкреатите хирургическое лечение может состоять из нескольких этапов. Первый этап — дренирование стерильных или инфицированных острых жидкостных скоплений парапанкреатической клетчатки под ультразвуковым контролем; второй этап — лапаротомия и(или) люмботомия с этапными некрсеквестрэктомиями — при неэффективности 1 этапа хирургического лечения распространенного инфицированного панкреонекроза. Комбинирование миниинвазивного лечения с выполнением «открытых» хирургических вмешательств по показаниям позволяет улучшить результаты лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугаев, А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. — М.: Профиль, 2007. — 335 с.
2. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2008. — 264 с.
3. Bradley, E. L. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey / E. L. Bradley, N. D. Dexter // Ann. Surg. — 2010. — Vol. 251, № 1. — P. 6–17.
4. Iovanna, J. Pancreatology: from Bench to Bedside / J. Iovanna, U. Ismailov. — Springer. — 2009. — 92 p.
5. Prognostic factors in patients undergoing surgery for severe necrotizing pancreatitis / R. Mofidi [et al.] // World J. Surg. — 2007. — Vol. 31, № 10. — P. 2002–2007.

УДК 616.33-008.64:617

РАЗРАБОТКА ШКАЛЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОСТАВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

^{1,2}Литвин А. А., ¹Гурова М. Ю., ¹Дундаров Э. З., ²Козлова А. И., ¹Смыковская С. В.

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Гастроинтестинальная недостаточность (ГИН), являясь важным компонентом синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), в той или иной степени сопутствует

любому критическому состоянию. Оценка органной дисфункции имеет несомненное значение в прогнозировании исходов заболевания. Еще большее значение имеет объективная оценка динамического многокомпонентного процесса, происходящего при критическом состоянии у каждого конкретного пациента, позволяющая расставлять приоритеты и своевременно проводить цель-ориентированную терапию.

В настоящее время показано, что признаки ГИН (ослабление перистальтики, замедление эвакуации желудочного содержимого, диарея) встречаются более чем у половины пациентов, находящихся на механической вентиляции легких [1]. Нарушение толерантности к энтеральному питанию, вследствие задержки эвакуации желудочного содержимого связано с большей смертностью и длительностью нахождения в ОИТР [2].

В последние годы в клинической практике с целью оценки тяжести состояния пациентов ОИТР чаще используется легко воспроизводимый и интерпретируемый показатель — внутрибрюшное давление (ВБД). Наличие интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) и абдоминального компартмент-синдрома (АКС) встречается у 8 % пациентов многопрофильных ОИТР и является независимым предиктором смертности [3]. Попытки оценить дисфункцию пищеварительной системы предпринимались еще в самом начале развития учения о СПОН, однако тогда они сводились к описанию кровотечения из острых стрессовых язв [4]. Гипотеза о том, что желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) может являться источником вторичной органной дисфункции, существует уже в течение нескольких десятилетий. Несмотря на то, что ЖКТ называют «мотором полиорганной недостаточности», ранее ГИН целенаправленно не оценивалась как часть СПОН. Показатель ГИН не включен ни в одну из широко используемых в настоящее время систем оценки тяжести состояния пациентов (APACHE, SOFA, MODS, SAPS и т. д.). **Цель исследования:** оценить наличие, выраженность и динамику различных симптомов гастроинтестинальной дисфункции у пациентов ОИТР.

Материалы и методы

Исследование проводилось в рамках проспективного, наблюдательного, многоцентрового исследования гастроинтестинальной дисфункции у критически больных пациентов с целью разработки шкалы гастроинтестинальной недостаточности. Ведущей клиникой многоцентрового исследования является университет г. Тарту, Эстония. Исследования проводятся под эгидой рабочей группы Международного общества по исследованию абдоминального компартмент-синдрома (World Society Abdominal Compartment Syndrome или WSACS) пациенты, поступающие в ОИТР Гомельской областной клинической больницы. Основными критериями включения явились: возраст старше 18 лет, нахождение на механической вентиляции более 6 часов, возможность измерения внутрибрюшного давления через мочевого катетер. Все пациенты при поступлении оценивались по шкале APACHE. В ОИТР им проводился мониторинг ВБД с использованием методики, предложенной WSACS (www.wsacs.org) и считающейся «золотым стандартом» среди непрямых методов измерения ВБД. Метод основан на том, что эластичная и хорошо растяжимая стенка мочевого пузыря при объеме, не превышающем 25 мл, выполняет функцию пассивной мембраны и точно передает давление брюшной полости. В мочевой пузырь вводилось 25 мл стерильного теплого физиологического раствора. К катетеру Фолея присоединялся прозрачный капилляр, и, в конце выдоха, при строго горизонтальном положении пациента и отсутствии напряжения передней брюшной стенки, измерялась высота водного столба. За нулевую точку принималось лонное сочленение. Проявлениями ИАГ считалось стойкое (при повторных измерениях) повышение более 12 мм рт. ст., абдоминальный компартмент-синдром регистрировался при ИАГ с вновь возникшей органной дисфункцией. Также оценивались другие показатели: остаточный объем желудочного содержимого, перистальтика, вздутие живота, рвота, диарея. Ежедневно проводилась оценка органной дисфункции с помощью шкалы SOFA. Оценка исходов в соответствии с дизайном исследования про-

водилась на 28 день от поступления в ОИТР: летальность, длительность нахождения в стационаре, длительность механической вентиляции легких.

Результаты

В исследование было включено 10 пациентов. Средний возраст составил $43,5 \pm 3,2$ лет (от 25 до 70). Балл по шкале APACHE составил $23,4 \pm 7,3$ (от 15 до 38). У 6 пациентов причиной госпитализации в ОИТР было травматическое повреждение головного мозга, 3 — пациенты хирургического профиля (оперированы по поводу острой абдоминальной патологии), 1 — общетерапевтического профиля (переохлаждение). В ходе исследования диагноз АКС не был выставлен ни одному пациенту. ИАГ была отмечена у 4 пациентов: у всех пациентов с абдоминальной патологией — у них ВБД достигало наиболее высоких цифр в первые сутки послеоперационного периода, и в течение 2–3 суток постепенно снижалось. Наличие ИАГ также сочеталось с отсутствием/слабыми перистальтическими шумами, потерями по назогастральному зонду от 100 до 350 мл/сут., отсутствием стула. У 4 пациентов (все нейрохирургического профиля) в первые 2 суток были отмечены симптомы гастроинтестинальной дисфункции: слабые перистальтические шумы, вздутие живота, отсутствие стула, значимый сброс по назогастральному зонду, однако эти симптомы не сопровождалась значимым увеличением внутрибрюшного давления. У пациентки общетерапевтического профиля предрасполагающими к ИАГ факторами явились переохлаждение, тяжелый ацидоз, массивная инфузионная терапия, помимо ИАГ у нее имелся стаз желудочного содержимого, вялая перистальтика, вздутие живота. — нейрохирургического и 1 — общетерапевтического профиля. Длительность нахождения в стационаре составила 21 ± 13 дней, наибольшая длительность отмечена у пациентов, имевших исходно высокий балл APACHE при поступлении, SOFA в динамике, ИАГ и другие симптомы гастроинтестинальной дисфункции. Длительность нахождения на ИВЛ составила 5 ± 3 дня. Наши данные соответствуют результатам, полученным в головном центре. По данным наших эстонских коллег у более половины пациентов отмечалось нарушение толерантности к пище в течение первых 3 суток после госпитализации в ОИТР. Это сочеталось с высоким балльным уровнем по APACHE (при поступлении в ОИТР) и SOFA (в течение нахождения в стационаре), а также с более высокой летальностью и длительностью нахождения в стационаре. ИАГ регистрировалась у трети пациентов [5]. Всего более 50 клинических центров участвовало в исследовании, во всем мире было включено более 500 пациентов.

У пациентов, поступающих с исходно более высокими баллами по шкале APACHE, чаще отмечались симптомы гастроинтестинальной дисфункции и ИАГ. Наличие гастроинтестинальной недостаточности в первые дни нахождения в ОИТР является неблагоприятным фактором, свидетельствующим об увеличении риска летального исхода и повышении длительности нахождения в стационаре. Анализ полученных данных на большем клиническом материале, полученном совместно с нашими зарубежными коллегами, может позволить разработать шкалу объективной оценки гастроинтестинальной недостаточности. Рабочая группа WSACS, в состав которой входят авторы статьи, ставит перед собой задачу использовать разработанную шкалу гастроинтестинальной недостаточности в качестве добавления к шкале SOFA по оценке полиорганной дисфункции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chang, R. W. Gastrointestinal dysfunction among intensive care unit patients / R. W. Chang, S. Jacobs, B. Lee // Crit. Care Med. — 1987. — Vol. 15(10). — P. 909–14.
2. Upper digestive intolerance during enteral nutrition in critically ill patients: frequency, risk factors, and complications / H. Mentec [at al.] // Crit. Care Med. — 2001. — Vol. 29. — P. 1955–61.
3. Mutlu, G. M. GI complications in patients receiving mechanical ventilation / G. M. Mutlu, E. A. Mutlu, P. Factor // Chest. — 2001. — Vol. 119. — P. 1222–1241.
4. Impact of intraabdominal pressure on ICU mortality / A. Reintam [at al.] // Intensive Care Med. — 2005. — Vol. 31, Suppl 1. — P. 8.
5. Gastrointestinal Failure Score in critically ill patients: a prospective observational study / A. Reintam [at al.] // Crit. Care. — 2008. — Vol. 12(4). — P. 90.