

Несмотря на активизацию симпатического отдела вегетативной нервной системы в послеоперационном периоде, у пациентов с черепно-мозговой травмой обнаружено выраженное влияние парасимпатической системы, формируемое за счёт активности вагуса.

Необходимы дальнейшие исследования реакции вегетативной нервной системы у пациентов с черепно-мозговой травмой с целью совершенствования методов анестезиологического обеспечения и послеоперационной интенсивной терапии у данной категории пациентов.

Литература

1. Рекомендации по интенсивной терапии у пациентов с нейрохирургической патологией : пособие – М: НИИ нейрохирургии им. Акад. Н.Н. Бурденко РАМН /ООО «ИПК «Индиго», 2012 – 168 с.

2. Берёзный Е.А., Рубин А.М., Утехина Г.А. Практическая кардиоритмография. 3-е издание переработанное и дополненное. Научно-производственное предприятие «Нео», 2005. – 140 с.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Никитина Е.В., Шиленок В.Н., Самсонова И.М.
УО «Витебский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Острый панкреатит представляет одну из серьезных проблем в хирургии и интенсивной терапии. Наряду с ростом заболеваемости острым панкреатитом увеличивается доля деструктивного панкреатита (15-25%) с уровнем летальности до 40% [1].

Такая летальность при остром деструктивном панкреатите связана с развитием полиорганной недостаточности [2]. При развитии панкреонекроза респираторная система одной из первых вовлекается в патологический процесс. Поражение легких характеризуется развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых (ОРДС), как проявления синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), так и негативного последствия компартмент-синдрома [3,4].

Цель исследования. Изучить прогностическую значимость показателей респираторного статуса у пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Материал и методы. Обследовано 28 человек с острым деструктивным панкреатитом в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). В зависимости от исхода заболевания все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа (n=15) – выжившие с острым деструктивным панкреатитом, 11 мужчин, 4 женщины, в возрасте 51(33;62) год.

2 группа (n=13) – умершие с острым деструктивным панкреатитом, 8 мужчин, 5 женщин, в возрасте 63(40;74) лет.

У всех наблюдаемых были изучены и проанализированы респираторные показатели кислотно-основного состояния (рСО₂, рО₂, рО₂/F_iO₂ (респираторный индекс), лактат) сразу при поступлении в ОИТР и после проведения интенсивной терапии, включающей проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), и их динамика, а также продолжительность ИВЛ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием электронных пакетов анализа «Excel 7» и «STATISTICA 7.0» с применением ряда непараметрических критериев, таких как критерий Манна-Уитни, тест Вилкоксона и коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. При поступлении в ОИТР у пациентов обеих групп показатели рСО₂ были низкими: 1 группа 31,60(26,90;42,20) мм рт. ст.; 2 группа 30,75(28,80;36,80) мм рт. ст. На фоне проведения интенсивной терапии, включающей ИВЛ, уровень рСО₂ значительно увеличился в 1 группе до 36,95(31,30;47,50) мм рт. ст. (p<0,05) и во 2 группе до 38,60(33,50;56,60) мм рт. ст. (p<0,05).

У пациентов второй группы был отмечен исходно низкий уровень рО₂ (81,30(68,0;92,50) мм рт. ст.) (p<0,05). Этот показатель оказался рефрактерным к проводимой ИВЛ, оставаясь все также на достаточно низком уровне (79,60(62,40;107,0) мм рт. ст.), что свидетельствует о серьезном поражении альвеолярно-капиллярной мембраны у пациентов второй группы. В отличие от второй группы, у пациентов в первой группе уровень рО₂ при госпитализации в ОИТР был нормальным (98,10(87,50;129,0) мм рт. ст.) и на фоне проводимой ИВЛ увеличился до 121,0(109,0;132,0) мм рт. ст.

Исходные показатели лактата в обеих группах были практически одинаковыми: у пациентов 1 группы 1,40(1,0;3,0) ммоль/л, у пациентов 2 группы 1,75(1,30;2,70) ммоль/л.

На фоне проводимой интенсивной терапии с ИВЛ у пациентов 1 группы показатели лактата снизились до 1,10(1,10;1,10) ммоль/л (p<0,05). Во 2 группе, не смотря на проводимую ИВЛ, уровень лактата увеличился до 3,30(1,20;4,10) ммоль/л, свидетельствуя тем самым о наличии выраженной гипоксии у пациентов во 2 группе.

В первой группе была отмечена отрицательная корреляция между показателями лактата и рО₂ (r=-0,53; p<0,05).

Обращает внимание динамика респираторного индекса (рО₂/FiO₂) в исследуемых группах. Респираторный индекс у пациентов 1 группы был значительно выше, чем во 2 группе на всех этапах исследования: при поступлении в ОИТР 350,0(240,0;416,0) мм рт. ст., на фоне ИВЛ – 303,0(264,0;364,0) мм рт. ст.

У пациентов 2 группы исходно низкий респираторный индекс 290,5(211,0;364,0) мм рт. ст., не смотря на проводимую ИВЛ, значительно снизился до 159,0(139,0;230,0) мм рт. ст. (p<0,05), также свидетельствуя о тяжести повреждения альвеолярно-капиллярной мембраны.

Анализ продолжительности ИВЛ показал, что наиболее длительная ИВЛ была у пациентов второй группы (15,8 койко-дней) в сравнении с первой группой (5,13 койко-дней)(p<0,05), у которой отмечена отрицательная корреляция величины респираторного индекса с длительностью проведения ИВЛ (r=-0,94; p<0,01).

Выводы.

Показатели респираторного статуса при остром деструктивном панкреатите имеют большое значение в прогнозе неблагоприятного исхода заболевания:

1. Низкие показатели рО₂, рефрактерные к проводимой ИВЛ.
2. Увеличение уровня лактата на фоне проведения ИВЛ.
3. Низкие показатели респираторного индекса и их дальнейшее снижение, несмотря на проводимую ИВЛ.

Литература

1. Блахов, Н.Ю. Диагностика, прогнозирование и лечение острого панкреатита: пособие для врачей / Н.Ю. Блахов, Д.И. Пацай. – Минск: БГМУ, 2011. – 112 с.
2. Багненко, С.Ф. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Б. Красногоров // *Анналы хирург. гепатологии.* – 2006. – № 1 – С. 60-66.
3. Кондратенко, П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
4. Malbrain, M.L. Intra-Abdominal Hypertension: Evolving Concepts / M.L. Malbrain, E.L. DeLaet // *Clin. Chest. Med.* – 2009. – Vol. 30, № 1. – P. 45-70.

ОСТРЫЙ НЕКРОЗ ПИЩЕВОДА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Русецкая М.О., Ермашкевич С.Н., Кондерский Н.М., Янковский А.И.,

Подолинский Ю.С., Иванова И.Н., Полоников А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

УЗ «Витебская областная клиническая больница»

УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

Актуальность. Острый некроз пищевода (черный пищевод), не связанный с приемом агрессивных веществ редко встречающаяся и сложно диагностируемая патология. Впервые данное заболевание описано Goldberg S.P. et al. в 1990 году. Этиология достоверно не известна, предполагается, что на фоне тяжелого течения заболевания (сердечно-сосудистого, онкологического и т.д.) происходит рефлюкс желудочного содержимого в пищевод с последующим некрозом последнего.

Цель работы: определить возможности диагностики редких заболеваний пищевода в условиях УЗ «ВОКБ».

Материал и методы: анализ истории болезни пациента Б., находившегося на лечении в УЗ «ВОКБ».

Результаты и обсуждение. Пациент Б., 1966 г.р. поступил в приемный покой УЗ «ВОКБ» 30.08.2015г. в состоянии средней тяжести. Осмотрен дежурным неврологом, госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом: инфаркт мозга атеросклеротический в левом каротидном бассейне 30.08.2015г. с мотосенсорной афазией и правосторонним умеренным гемипарезом на фоне артериальной гипертензии II, риск 4. При поступлении пациент не мог самостоятельно общаться и передвигаться. За период лечения в состоянии пациента наблюдалась положительная динамика. 28.09.2015г. состояние пациента резко ухудшилось: появились нарушение сознания, гипотония, тахикардия, вздутие живота, черный стул. Пациент осмотрен дежурным хирургом, реаниматологом. Экстренно выполненное фиброэзофагогастродуоденоскопия, компьютерная томографии органов грудной клетки.

При ФЭГДС исследовании визуализирована некротизированная слизистая средней и нижней третьей пищевода (черный пищевод), картина расценена как острый некроз пищевода, эрозивный дуоденит, состоявшееся кровотечение. Компьютерная томография органов грудной клетки показала наличие у пациента двусторонней полисегментарной пневмонии, двустороннего гидроторакса, пневмоторакса справа. Пневмомедиастинума с распространением газа на заднюю стенку грудной полости слева по ходу париетальной плевры, шею, наружные мягкие ткани надключичной области справа. Для дальнейшего лечения пациент в тяжелом состоянии переведен в РАО. Пациенту выполнено дренирование правой плевральной полости, начата