

та 10-ту добу. Летальних випадків серед досліджуваних груп хворих не було. **Результати.** Хворі з ГП, які отримували відтерміноване ентеральне харчування, були у тяжчому стані, мали вищу кількість балів згідно зі шкалами APACHE II та BISAP порівняно з хворими, які отримували раннє ентеральне харчування: APACHE II = 8,5–9, 7–8, 5–6,5; BISAP = 3–4, 3, 1–2 та APACHE II = 8–9, 6–7,5, 3,5–5,5, BISAP = 3–4, 2–3, 0–2 на 1, 5, 10-й день відповідно. Загальна частота інфекційних ускладнень була вищою у другій групі хворих — 27 % (1 випадок пневмонії, 2 випадки інфікованого некрозу підшлункової залози) проти 7 % (1 випадок інфікованого некрозу підшлункової залози). **Висновки.** Згідно з отриманими даними, раннє ентеральне харчування є виправданим у комплексі лікування хворих із гострим панкреатитом. Воно дає позитивні результати шляхом зниження тяжкості стану згідно із загальноприйнятими шкалами оцінювання (APACHE II та BISAP). При застосуванні методу раннього ентерального харчування спостерігалась тенденція до зниження частоти інфекційних ускладнень.

## Список літератури

1. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту (методичні рекомендації) / За ред. П.Д. Фоміна. — К., 2012. — 80 с.
2. Nutritional Aspects of Acute Pancreatitis [Електронний ресурс] // Gastroenterology Clinics of North America. — 2018. — Режим доступу до ресурсу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088985531730136X?via%3Dihub>.
3. Kuo D.C. et al. Acute Pancreatitis: What's The Score? [Електронний ресурс] / D.C. Kuo et al. // The Journal of Emergency Medicine. — 2015. — Режим доступу до ресурсу: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.02.018>.

УДК 617.55-022.912-089.12

Іваськевич О.В.<sup>1</sup>, Банар Ю.В.<sup>1</sup>,  
Скуратівський Ю.Є.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>66-й Військовий мобільний госпіталь,  
м. Покровськ, Україна

<sup>2</sup>Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

### Комплекс протишокових заходів, ресусцитація у хворого з вогнепальним кульовим пораненням органів черевної порожнини

Пацієнт, 25 років, стать — чоловіча, діагноз: вогнепальне кульове наскрізне проникаюче поранення черевної порожнини справа з масивним ушкодженням V, VI, VII сегментів печінки III–IV ст. і повним розтрощенням правої нирки. Позаочеревинна гематома. Гемоперитонеум. Вогнепальні переломи IX–X ребер справа. Геморагічний шок III–IV ступеня. Загальний стан при надходженні вкрай тяжкий. Свідомість затьмарена. Температура тіла 36,0 °С. Шкірні покриви та видимі сли-

зові бліді. Дихання неефективне, ослаблене, жорстке на всьому протязі з обох боків. ЧД — 22–24, SpO<sub>2</sub> — 82–84 %. Тони серця глухі, різко ослаблені. ЧСС — 102, АТ — 40/0 Торг. Живіт болючий у ділянці поранення. Фізіологічні відправлення відсутні. По задній поверхні тулуба справа на рівні IX–X ребер по паравертебральній лінії — рана 12 × 8 мм, на бічній поверхні живота — рана діаметром 40 мм, з якої триває кровотеча. Аналіз крові: Нб — 35 г/л, Нт — 0,1, Le — 13,8 Г/л. Внутрішньовенний наркоз з інтубацією трахеї та ШВЛ, катетеризація правої підключичної вени, інфузія 5200 мл (колоїди/кристалоїди: 2/3), трансфузія (плазма 1220 мл, еритроцитарна маса 1510 мл, цільна кров 2950 мл), транекс 1 г, антибіотики. Цільна кров — від ходячих донорів, які планово пройшли діагностику на гепатит А, В, С та ВІЛ. Тривалість наркозу — 7 годин 20 хв. АТ упродовж 1-ї години анестезії — 70–60/40–30 Торг з інфузією норадреналіну 10–25 мкг/кг/год, на 2–7-й годинах анестезії — 90–110/60–70 Торг без інфузії симпатоміметиків, SpO<sub>2</sub> — 96–99 %. Диурез — 3700 мл, ЦВТ — 3–6 см H<sub>2</sub>O. На 3-й годині анестезії: Нб — 100 г/л, Нт — 0,3, Le — 14,4 Г/л. Оперативне втручання: лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, тампонування печінки, правобічна нефр-ектомія, санація та дренування черевної порожнини, ПХО вогнепальних ран. Через 8 годин 20 хв пацієнт евакуйований із стабілізаційного пункту до військово-медичного госпіталю, через 3 доби — евакуація на IV рівень військово-медичної допомоги. Затримка евакуації — внаслідок несприятливих погодних умов. На даний час загальний стан близький до задовільного, триває лікування у загальнохірургічному відділенні. Сприятливий результат отриманий завдяки застосуванню протоколу FAST, принципів Damage Control та банку ходячих донорів.

УДК 616-001-02

Йовенко І.А., Балака І.В.

Медицинський дом Odex, г. Одеса, Україна

### Показання к жидкостной реанимации: мнение специалистов (Европа, США, Украина)

В Международном исследовании клинической практики жидкостной реанимации (2010), проведенном в 391 ОИТ, главными причинами для начала жидкостной реанимации были названы нарушение тканевой перфузии или низкий сердечный выброс (СВ) — 44 %. Следующим показанием (35 %) были существенные нарушения витальных функций — артериального давления (АД), сердечного ритма (ЧСС), темпа диуреза или центрального венозного давления (ЦВД), даже при отсутствии признаков нарушений тканевой перфузии [1]. Аналогичный опрос в 2014 году показал, что нарушение перфузии тканей или низкий СВ были показанием в 61 % случаев, тогда как нарушения витальных функций при отсутствии