

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.¹, Банар Ю.В.¹,
Скуратівський Ю.Є.²

¹66-й Військовий мобільний госпіталь,
м. Покровськ, Україна

²Військово-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, SpO₂ — 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, SpO₂ — 96–99 %. Диурез — 3700 мл, ЦВТ — 3–6 см Н₂O. 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. Одесса, 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

признаков нарушения тканевой перфузии составили 25 % [2], что иллюстрирует изменения в клинической практике. Подобные европейские исследования показали, что гипотония, низкий диурез, тахикардия и гиперлактатемия являются наиболее частыми показаниями для внутривенного введения болюса жидкости [3]. Опрос врачей ОИТ в США показал, что низкие АД, диурез и ЦВД являются наиболее распространенными показаниями для жидкостной реанимации [4]. Нами проведен опрос 49 врачей-анестезиологов, практикующих в разных клиниках Украины. На вопрос о показаниях к экстренной внутривенной инфузии у пациентов при критических состояниях наибольшее количество специалистов (73 %) назвали выраженные нарушения гемодинамики (по данным АД, ЦВД, ЧСС). При сохраняющейся гемодинамической нестабильности опрошенные отмечали необходимость контроля темпа диуреза как маркера тканевой перфузии. Менее 25 % специалистов в качестве главного показания к жидкостной реанимации называли низкий сердечный выброс. Следует отметить, что во всех этих случаях констатировали низкую доступность для рутинной оценки СВ в Украине. Другие признаки нарушений тканевой перфузии (лактат, рН крови, ВЕ) также упоминали в качестве желаемых, но недоступных в большинстве клиник Украины. Проведенный опрос иллюстрирует необходимость существенных изменений в повседневной клинической практике в Украине.

Список литературы

1. Finfer S. et al. Resuscitation fluid use in critically ill adults: an international cross-sectional study in 391 intensive care units // *Crit. Care*. — 2010. — 14. — 185.
2. Hammond N.E. et al. Patterns of intravenous fluid resuscitation use in adult intensive care patients between 2007 and 2014: an international cross-sectional study // *PLoS ONE*. — 2017. — 12. — e0176292.
3. Boulain T. et al. Volume expansion in the first 4 days of shock: a prospective multicentre study in 19 French intensive care units // *Intensive Care Med*. — 2014. — 41. — 248-256.
4. Miller T.E., Bunke M., Nisbet P. et al. Fluid resuscitation practice patterns in intensive care units of the USA: a cross-sectional survey of critical care physicians // *Perioper. Med*. — 2016. — 5. — 15.

УДК 616-001 + 616.15

Йовенко І.А., Павловський М.Э.,
Гавриченко Д.Г., Дубина В.Н.
Медицинський дом Odrex, г. Одеса, Україна
Днепропетровская областная клиническая
больница им. И.И. Мечникова, г. Днепр, Украина

Экстракорпоральная гемокоррекция по внепочечным показаниям в ОИТ

Продленная заместительная почечная терапия (CRRT — англ.) является общепризнанным методом интенсивной терапии у критических пациентов

с острой почечной недостаточностью. Однако существует ряд критических состояний, не связанных с повреждением почек, при которых CRRT может иметь принципиально важное значение. Использование CRRT для удаления циркулирующих в плазме иммунных комплексов и цитокинов при сепсисе вселяло надежды на революцию в ИТ сепсиса. К сожалению, недавние данные рандомизированных контролируемых исследований свидетельствуют, что CRRT не может быть рекомендована для иммуномодуляции при сепсисе. Термолитический эффект CRRT может быть использован для уменьшения гипертермии, в том числе злокачественной, и связанных с ней реакций кровообращения. Гемофильтрация является эффективным способом предотвращения почечной недостаточности при травматическом повреждении больших массивов тканей и рабдомиолизе с поступлением в системный кровоток миоглобина и других токсических веществ. Современные показания к CRRT включают удаление жидкости у пациентов с жидкостной перегрузкой и застойной сердечной недостаточностью, когда другие средства удаления жидкости недостаточны или неэффективны. Непрерывное удаление эндогенных токсинов (аммиак) может быть полезно при врожденных нарушениях обмена веществ, тяжелом ацидозе и синдроме лизиса опухоли. К внепочечным показаниям для CRRT относится также удаление водорастворимых токсических веществ при экзогенных отравлениях. Системы так называемого альбуминового диализа (MARS, PROMETHEUS) используют в тяжелых случаях острой печеночной недостаточности на этапе ожидания трансплантации печени.

Список литературы

1. Vaara S.T., Bellomo R. Extra-Renal Indications for Continuous Renal Replacement Therapy // *Contrib. Nephrol.* — 2018. — 194. — 90-98. — doi: 10.1159/000485605.
2. Upendra S., Tiwari S.C. Non Renal Indications of Renal Replacement Therapy // *JIMSA*. — 2012. — 25(2). — 117.

УДК 616.24-073 612.884:612.08

Кіндяк І.Р., Тітов І.І., Волошинський О.В.,
Пулик І.Ю., Голуб В.В.
Івано-Франківський національний медичний
університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Методика оцінки болю за допомогою спірометрії

Вступ. Післяопераційна аналгезія є важливим фактором швидкої реабілітації хворих після торакальних оперативних втручань. Для знеболювання зазвичай використовують системні анальгетики і методи регіонарної аналгезії, а оцінку ефективності знеболювання традиційно проводять суб'єктивними методами, таким як візуальна аналогова шкала (ВАШ). Однак існують