

## **ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ДЫХАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КОЖИ ПРЕЖНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

*В.Е.Корик, Д.А.Клюйко, С.А.Жидков, П.В.Мостович*

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
Минск, Беларусь**

Острый панкреатит — это тяжелое заболевание с высокой общей летальностью, варьирующей от 5% до 21%, а при деструктивных формах — от 50% до 85% [1]. Анализ литературных данных показал, что ключом к определению степени поражения ткани и прогнозированию дальнейшего течения патологического процесса может явиться изучение уровня парциального давления кислорода в ткани железы [2]. Вышесказанное позволяет предположить, что использование методов прямой оценки оксигенации тканей поможет разработать способ ликвидации гипоксии и метаболического ацидоза, а также осуществлять мониторинг проводимого патогенетического лечения.

Цель исследования — определить зависимость дыхательной активности кожи передней брюшной стенки от тяжести острого панкреатита.

Для достижения поставленной цели исследовали 309 пациентов, получили и проанализировали результаты 2426 перкутанных измерений, полученных методом прямой оксиметрии. Измерения проводили на коже передней брюшной стенки тотчас под левой реберной дугой по среднеключичной линии контактным способом с помощью перкутанного оксиметра ТСМ 400. Согласно международной классификации острого панкреатита, принятой в 1992 г. в Атланте, мы выделили две группы пациентов: группа с легким и группа с тяжелым течением острого панкреатита. Данные в двух группах сравнивали между собой и с контрольной группой.

Скорость массопереноса кислорода в контрольной группе (n=63) существенно отличается от таковой в группах с тяжелым (n=67) и легким (n=320) панкреатитом, в то время как между последними

значимых различий не наблюдается. Так, скорость массопереноса равна 139,6 мм рт.ст./мин. ( $Q_u=204,1$  мм рт.ст./мин.,  $Q_l=106,1$  мм рт.ст./мин.) в контрольной группе, 163,5 мм рт.ст./мин ( $Q_u=202,7$  мм рт.ст./мин.,  $Q_l=125,4$  мм рт.ст./мин) — в группе пациентов с легким панкреатитом и 181,4 мм рт.ст./мин. ( $Q_u=227,4$  мм рт.ст./мин,  $Q_l=124,4$  мм рт.ст./мин) — в группе пациентов с тяжелым панкреатитом ( $p=0,047$ ).

Парциальное давление кислорода изменяется значительно больше, чем скорость массопереноса, и составляет 5,4 мм рт.ст. ( $Q_u=9,4$  мм рт.ст.,  $Q_l=3,8$  мм рт.ст.) в контрольной группе, 4,3 мм рт.ст. ( $Q_u=7,4$  мм рт.ст.,  $Q_l=2,9$  мм рт.ст.) — в группе с клинически установленным легким панкреатитом и 3,8 мм рт.ст. ( $Q_u=6,4$  мм рт.ст.,  $Q_l=2,5$  мм рт.ст.) — в группе с тяжелым острым панкреатитом ( $p=0,0007$ ).

Таким образом, на основании данных прямой оксиметрии возможна дифференцировка острого панкреатита по степени тяжести.