

поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок: сопоставление данных гистологических, сонографических и КТ исследований / А.М. Юрковский, Н.В. Бобович, И.В. Назаренко // «Актуальные вопросы лучевой диагностики (первый уровень визуализации)»: сб. науч. работ, посвященных 65-летию кафедры лучевой диагностики БелМАПО и 80-летию академика А.Н. Михайлова. — Минск: БелМАПО, 2016. — С. 185–189.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДЛЕННОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Якубцевич Р.Э., Горецкий В.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый панкреатит остается одной из основных проблем современной хирургии, даже несмотря на совершенствование наших знаний об этиологии и патогенезе данного процесса. Использование современных препаратов и методик не решает существующих проблем и не снижает частоту летальных исходов, которая составляет 25-35% [1,2]. Такое количество неблагоприятных исходов вызвано тяжелой эндогенной интоксикацией, что в свою очередь обуславливает развитие полиорганной недостаточности и септических осложнений [3]. Именно поэтому в интенсивной терапии стали широко использовать экстракорпоральную детоксикацию [4]. Между тем отсутствие единых подходов к выбору методики, длительности и сроков проведения не всегда дает необходимый результат [3]. В связи с этим требуется проведение дополнительных исследований в данной области.

Цель. Изучить эффективность использования продленной вено-венозной гемодиализации (CVVHDF) при лечении пациентов с полиорганной недостаточностью на фоне острого деструктивного панкреатита.

Методы исследования. В ретроспективный анализ было включено 59 пациентов с синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), на фоне острого деструктивного панкреатита. Все они были разделены на две группы. В первую группу вошли 39

пациентов, которым проводилась процедура CVVHDF на аппарате «MultiFiltrat» (Fresenius). Средняя продолжительность сеанса $63 \pm 4,7$ часа. Вторая группа включила 20 пациентов, которые были подвергнуты гемодиализу (HD). Гемодиализ проводили на аппарате «искусственная почка» (Fresenius) с использованием low-flux диализаторов, по причине отсутствия возможности использования методики CVVHDF. Интенсивная терапия в двух группах была схожей.

Сравнение проводилось по уровню эндотоксемии (мочевины и креатинина) и СРБ до начала процедуры и спустя сутки, а также по летальности пациентов в исследуемых группах.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение. По результатам лабораторных исследований не выявлено достоверного различия между количеством уремических токсинов. Так, в группе HD значение мочевины до начала процедуры составило $20,4 \pm 2,6$ ммоль/л, спустя сутки – $13,1 \pm 1,9$ ммоль/л; в группе SСVVHDF уровень мочевины был $19,7 \pm 1,7$ ммоль/л и $12,8 \pm 2,1$ ммоль/л соответственно. Уровень креатинина в первой группе до начала сеанса составил $487,8 \pm 92,7$ мкмоль/л, а во второй – $493,2 \pm 77,4$ мкмоль/л. Спустя сутки эти значения снизились и не имели достоверных различий.

Уровень СРБ до начала процедуры в группе HD составил $32,7 \pm 3,2$ г/л, в группе CVVHDF имел значение $36,8 \pm 2,4$ г/л. Спустя сутки отмечается достоверное уменьшение СРБ при использовании продленной методики ($14,7 \pm 3,1$ г/л против $30,7 \pm 4,6$ г/л).

При проведении стандартного гемодиализа в 56% случаев наблюдались гемодинамические нарушения разной степени выраженности. При этом уровень летальности в двух группах достоверно не отличался, и составил в первой группе 69,2 %, а во второй – 70%.

Выводы.

1. Использование продленной вено-венозной гемодиафильтрации у пациентов с полиорганной недостаточностью, индуцированной острым деструктивным панкреатитом, не показало различий по качеству выведения уремических токсинов при сравнении со стандартным гемодиализом.

2. Методика CVVHDF отличается меньшей вероятностью развития гемодинамических осложнений и приводит к достовер-

ному снижению СРБ.

3. В результате исследования не выявлено снижение летальности у пациентов, которым проводилась CVVHDF, в сравнении с группой ИHD.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шеянов, Д. С. Клинические проявления и тактика лечения острого деструктивного панкреатита в стадиях перипанкреатического инфильтрата и гнойно-септических осложнений у пациентов различных возрастных групп / Д. С. Шеянов, С. Д. Шеянов // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – №. 11. – С. 77-92.

2. Raraty, M. G. Acute pancreatitis and organ failure: pathophysiology, natural history, and management strategies / M. G. Raraty [et al.] // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2004. – Vol. 6, N 2. – P. 99-103.

3. Зубарев, П.Н. Критерии выбора и эффективность применения плазмафереза в лечении острого деструктивного панкреатита/ П.Н. Зубарев, С.В. ПАСКАРЬ// Новости хирургии – 2011. – Т. 19, № 5 – С. 46–51.

4. Рожков, А.Г. Аппаратная детоксикация лимфы и крови в лечении больных острым панкреатитом/ А. Г. Рожков [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. – 2007. – Т. 12, № 2 – С. 38-45.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗМЕРЕНИЯ ДИАМЕТРА ОБОЛОЧЕК ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Якубцевич Р.Э., Романовский И.С., Белявский Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность: Отёк головного мозга (ОГМ) относится к жизнеугрожающим состояниям в интенсивной терапии. Он возникает при различных патологиях, в особенности при черепно-мозговой травме (ЧМТ), инфекционных заболеваниях, опухолях и т.д. Этот процесс характеризуется увеличением объёма головного мозга и повышением внутричерепного давления (ВЧД). Своевременная диагностика данного состояния позволяет вовремя провести необходимую терапию и, в конечном счёте, улучшает прогноз для пациента. При диагностике ОГМ необходимо ориентироваться на клиническую картину, но следует помнить, что на ранних стадиях отек может протекать бессимптомно. В этой связи одной из широко используемых методик в диагностике ста-