

зирующего панкреатита. Он обусловлен и поддерживается существованием стриктур протоковой системы поджелудочной железы, возникающих на местах прорыва активированного сока в острый период заболевания.

В дальнейшем эта структура будет формировать индуративный панкреатит в вышележащих отделах. Это не следует забывать при лечении больных с кистами и свищами.

У такого больного можно иссечь кисту или свищ. Можно выполнить внутреннее дренирование кисты в желудочно-кишечный тракт, но проблемы протоковой гипертензии и индуративного панкреатита останутся.

Данная, может быть, не вполне обычная точка зрения позволяет существенно упростить статистику и формирование хирургической тактики.

*М.И. Прудков, А.Л. Левит, О.В. Коркин, А.В. Купренков  
Уральская государственная медицинская академия,  
Первая областная клиническая больница, Екатеринбург*

## **Динамическая оценка полиорганной дисфункции у хирургических пациентов**

Синдром полиорганной недостаточности – тяжелый патологический процесс, закономерно развивающийся при критическом состоянии (сепсис, шок, панкреонекроз, перитонит и др.) и требующий искусственного замещения одной или нескольких поврежденных функций.

Объективная оценка тяжести состояния «критического» больного необходима для:

- повышения эффективности целенаправленной интенсивной терапии;
- своевременного использования хирургических методов детоксикации и проведения санации очагов инфекции;
- проведения анализа результатов лечения больных в однопрофильных отделениях;
- оптимизации распределения сил и средств реанимационно-анестезиологической службы в зависимости от тяжести состояния больного.

Существующие системы и шкалы оценки мультиорганного поражения (APACHE-III, SOFA, SAPS, MODS) имеют почти одинаковый методологический подход. Они основаны на прогностической ценности выборочных критериев, соответственно, их основной задачей является оценка прогноза и риска летального исхода. Эти системы более удобны для оценки групп больных, чем для наблюдения за отдельными пациентами.

Предлагаемая нами шкала полиорганной дисфункции – ПОД (Екатеринбург, 2000) не является чистой компиляцией упомянутых шкал-систем. Она предназначена для балльной оценки имеющихся дисфункций всех основных систем организма, регистрируемых по классической схеме: компенсация, субкомпенсация и декомпенсация.

Шкала характеризует функциональное состояние каждой системы по наиболее неблагоприятному показателю. На наш взгляд, балльная оценка состояния каждой системы в отдельности более понятна, чем словесная, и может являться руководством для изменения интенсивной терапии и хирургической тактики у конкретного пациента. Шкала ПОД позволяет лечащему врачу проводить ежедневную оценку состояния больного.

Вся система построена в виде таблицы и наглядно отражает ведущее патогенетическое звено полиорганной дисфункции, демонстрирует, какие органы и системы наиболее подвержены патологическому влиянию и нуждаются в коррекции.

Шкала ПОД была апробирована на пациентах с абдоминальным сепсисом (перитонит, панкреонекроз) в отделении общей реанимации. Было выявлено соответствие динамики состояния, выраженного в баллах, и клинического статуса пациента.

Наиболее часто имеет место декомпенсация функции желудочно-кишечного тракта (88%), декомпенсация по интоксикации (75%), по сердечно-сосудистой системе (33%), почечной недостаточности и коагулопатии (по 22%).

При использовании шкалы ПОД выявлено, что развитие декомпенсации по трем и более системам (балл более 300) сопровождается 100% летальностью, вне зависимости от состояния прочих систем.

*С.А. Совцов, С.С. Голикова, Ю.А. Струнина  
Уральская государственная медицинская академия  
дополнительного образования, Челябинск*

## **Эфферентная терапия в лечении деструктивного панкреатита**

Проблемы диагностики и лечения деструктивного панкреатита весьма актуальны в связи с частым развитием полиорганной недостаточности и высокой послеоперационной летальностью.