

при лечении инфекционных осложнений у пациентов хирургических и гинекологических стационаров.

в дальнейшую политику использования антибактериальных препаратов в ЛПУ региона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Маркетинговые исследования в госпитальном сегменте рынка лекарственных препаратов выявили рост потребления АМП и показали тенденции потребления в наиболее значимых фармакотерапевтических группах. В то же время в госпитальном секторе региона используются препараты, применение которых не предусмотрено стандартами (протоколами) оказания медицинской помощи в госпитальных условиях. Полученные данные косвенно характеризуют эффективность стратегии стандартизации в здравоохранении, а также позволяют внести коррективы

ЛИТЕРАТУРА

1. About ATC/DDD system. Oslo: World Health Organization Collaborating Center for Drug Statistics Methodology. <http://www.whocc.no/atcddd>
2. Goossens H., Ferech M., Elseviers M., et al. // Lancet. — 2005. — Vol.365. — P. 579—87.
3. The European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) Available from. <http://www.ua.ac.be/esac/>.
4. World Health Organization. Introduction to Drug Utilization Research. — Oslo, Norway, 2003. — P. 1—47.

УДК 616.24-002:616.98-07

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН У БОЛЬНЫХ С НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Е. А. Байгозина

Омская областная клиническая больница

Среди многообразия сопутствующих заболеваний, способных оказать влияние на исход нозокомиальной пневмонии (НП), у лиц, находящихся на искусственной вентиляции легких, особую значимость имеет хроническая сердечная недостаточность различного происхождения. Объективным критерием, охватывающим преморбидный фон у больных с НП, является побалльная оценка состояния пациентов по шкале «Premorbid lifestyle score».

Ключевые слова: нозокомиальная пневмония, искусственная вентиляция легких, сопутствующие заболевания, хроническая сердечная недостаточность.

PREMORBID BACKGROUND IN PATIENTS WITH NOSOCOMIAL PNEUMONIA

E. A. Baygozina

The Role of concomitant diseases in the genesis and outcomes of nosocomial pneumonia (NP) is reliably high. The main contribution to the outcome of NP is made by chronic cardiac insufficiency. «Premorbid lifestyle score» can be used as an objective criterion encompassing the patients' premorbid condition as well.

Key words: nosocomial pneumonia, mechanical ventilation, comorbidity, chronic cardiac insufficiency.

Несмотря на полуторадесятилетний опыт изучения НП по-прежнему остается серьезной проблемой в современных многопрофильных стационарах. Об этом свидетельствуют мировые данные о распространенности НП — от 7,8 до 68 % [3]. По данным российских исследователей, в структуре всех госпитальных инфекций НП в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) хирургического профиля НП занимает около 50 % [1]. Среди всех нозокомиальных инфекций НП ассоциируется с наиболее высокой летальностью, при этом атрибутивная летальность составляет от 10 до 50 % [2]. Частота возникновения и исход НП определяются многочисленными факторами, среди которых следует учитывать характер и тяжесть течения сопутствующей патологии у данной категории больных. В ранее проведенных исследованиях подчеркивалось значение сопутствующей

патологии в генезе НП; при этом некоторые нозологические формы признаны независимыми факторами риска развития пневмонии, например, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) [5]. Литературные данные о роли сопутствующей патологии в исходе НП немногочисленны.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка роли влияния преморбидного фона на исход пациентов с нозокомиальной пневмонией, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

При выполнении настоящей работы нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ сопутствующей патологии у 63 пациентов хирургического профиля с НП, находящихся на ИВЛ и име-

ющих сопутствующие заболевания. Структура хирургической патологии, приведшей к необходимости ИВЛ, выглядит следующим образом: деструктивные формы панкреатита — 21 (33,3 %) случай; осложнения язвенной болезни — 19 (30,1 %) эпизодов; желчнокаменная болезнь — 8 (12,7 %) больных; кишечная непроходимость — 6 (9,5 %) пациентов; травмы живота — 3 (4,8 %) случая; рак желудка — 3 (4,8 %) больных; флегмонозный аппендицит — 2 (3,2 %) эпизода; мезентериальный тромбоз — 1 (1,6 %) пациент. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы: I группа — больные с неблагоприятным исходом ($n = 29$); II группа — с благоприятным исходом ($n = 34$). Средний возраст пациентов I группы составил ($50,5 \pm 2,7$) лет, II группы — ($40,4 \pm 2,2$) лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением различных статистических методов, включая описательную статистику с определением среднего значения выборки, стандартной ошибки среднего и стандартного отклонения, критерия Манна-Уитни, применявшегося для сравнения средних величин двух выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Преморбидный фон пациентов с НП обеих групп представлен в табл. 1.

Таблица 1

Структура сопутствующей патологии у пациентов с НП

Заболевание	Группа I ($n = 29$)		Группа II ($n = 34$)		P_u
	абс.	%	абс.	%	
ХСН	15	51,7	8	23,5	<0,05
Сахарный диабет (тип 1 и 2)	5	17,2	10	29,4	>0,05
ХОБЛ	3	10,4	5	14,7	>0,05
Онкологические заболевания	2	6,9	2	5,9	>0,05
Хронический алкоголизм	0	0	6	17,6	>0,05
Хронические заболевания печени	0	0	2	5,9	>0,05
Хронические заболевания почек	3	10,4	1	3,0	>0,05
Другие	1	3,4	-	-	
Всего:	29	100	34	100	

Среди сопутствующей патологии у пациентов II группы чаще регистрировались сахарный диабет и ХОБЛ, и только в данной группе встречались больные с хроническим алкоголизмом и заболеваниями печени, однако статистически значимых различий не получено ($p > 0,05$). Тем не менее негативное влияние данной сопутствующей патологии на развитие НП представляется следующим образом. Среди пациентов хирургического профиля с наличием сахарного диабета отмечается замедление заживления ран, нагноение в послеоперационном периоде; по-видимому, играют роль нейрогенные расстройства кишечника, что создает условия для пареза, и в конечном итоге поддерживает синдром системного воспалительного ответа и не способствует раннему отлучению больных от аппарата ИВЛ.

Среди пациентов с ХОБЛ уже с первых часов проведения ИВЛ отмечается увеличение количества мокроты, что способствует аспирации. Кроме того, у больных с ХОБЛ страдает система местной защиты слизистой оболочки нижних отделов респираторного тракта и чаще наблюдается колонизация патогенными микроорганизмами. Применение при ХОБЛ системных глюкокортикостероидов также усугубляет иммунодефицит у больных в критическом состоянии. Особую проблему создает лечение НП у больных с ХОБЛ, что связано с селекцией полирезистентных микроорганизмов у данной когорты пациентов [6].

Как видно из табл. 1, наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН) достоверно чаще регистрировалось у больных с НП с неблагоприятным исходом ($p < 0,05$). Как известно, ХСН приводит к нарушению гемодинамики в системе легочной артерии, предрасполагает к интерстициальному отеку легких, создавая условия для НП, особенно у лиц с респираторной поддержкой.

Отмечено, что хронический алкоголизм как нозология не встречается в I группе пациентов. Вклад хронического алкоголизма в генезе пневмонии у больных II группы обусловлен наличием иммунодефицита, риском аспирации, несанированной полостью рта и дистрофией внутренних органов. Нами отмечено наличие алкогольного эксцесса у всех больных II группы перед дебютом основного заболевания, являющегося причиной госпитализации в ОРИТ и проведения ИВЛ, однако прогностического влияния алкоголизма на исход НП не выявлено.

Помимо анализа сопутствующей патологии в исходе НП мы оценили преморбидный фон пациентов согласно шкале, предложенной Menzies и соавт. [4]. Она включает балльную характеристику физической, трудовой активности пациентов:

- 1) 0 баллов — ограничений физической активности нет;
- 2) 1 балл — лица, находящиеся на амбулаторном лечении/наблюдении без выраженных ограничений в деятельности;
- 3) 2 балла — ограничение двигательной активности с сохранением способности к самообслуживанию;
- 4) 3 балла — утрачена способность к самообслуживанию;
- 5) 4 балла — инвалиды, нуждающиеся в постоянном уходе.

Для выявления влияния преморбидного фона как фактора риска неблагоприятного исхода НП мы провели балльную оценку по предложенным выше критериям у пациентов вышеуказанных групп. У пациентов I группы показатель PLS (Premorbid lifestyle score) составил ($0,75 \pm 0,12$) баллов; у больных II группы — ($0,46 \pm 0,07$) баллов ($p = 0,09$). Хотя статистически значимых отличий в отношении PLS не получено, необ-

ходимо использовать последний как возможный предиктор возникновения и исхода НП у лиц с сопутствующей патологией на этапе госпитализации пациентов в ОРИТ и начала проведения ИВЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль сопутствующей патологии в генезе и исходе НП несомненна. Основной вклад в исход НП вносит хроническая сердечная недостаточность. Объективным критерием оценки преморбидного фона у пациентов, госпитализированных в ОРИТ, может служить использование балльной оценки по системе «Premorbid lifestyle score».

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б. Р., Белоцерковский Б. З., Попов Т. В., Карабак В. И. // Инфекции в хирургии. — 2003. — Т. 1, № 4. — С. 3—10.
2. Синопальников А. И. // Росс. мед. вести. — 2005. — № 3. — С. 4—12.
3. DeRyke C. A., Lodise T. P., Rubak M. J., et al. // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 1414—1422.
4. Menzies R., Gibbons W. // Chest. — 1989. — Vol. 95. — P. 398—405.
5. Nseir S., Di Pompeo C., Soubrier S., et al. // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 1650—1656.
6. Nseir S., Pompeo C., Cavestri B., et al. // Crit. Care Med. — 2006. — Vol. 34 (12). — P. 2959—2966.

УДК 616-089.12:616.366-089-006.04

К ВОПРОСУ О РЕКОНСТРУКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

В. Ф. Касаткин, А. Ю. Максимов, И. С. Тищенко, Б. Р. Каця

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

Предложен метод формирования холедохоэнтероанастомоза для предупреждения кишечно-билиарного рефлюкса, что значительно снижает уровень послеоперационных осложнений при хирургическом лечении пациентов с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны.

Ключевые слова: холедохоэнтероанастомоз, кишечно-билиарный рефлюкс, реконструкция билиарного тракта.

ON THE PROBLEM OF RECONSTRUCTION OF BILIARY TRACT IN PANCREATODUODENAL RESECTION

V. F. Kasatkin, A. Yu. Maksimov, I. S. Tishenko, B. R. Katsiya

The authors propose a method of forming choledochointerostomy preventing reflux of intestinal contents into the common bile duct, which significantly reduces the rate of postoperative complications in surgical treatment of patients with cancer of biliopancreatoduodenal region.

Key words: choledochointerostomy, entero-biliary reflux, reconstruction of biliary tract.

Рак поджелудочной железы и органов периампулярной зоны в настоящее время остается одним из фатальных опухолевых процессов. Радикальное хирургическое вмешательство — панкреатодуоденальная резекция — является методом выбора в лечении пациентов с данной патологией, позволяя увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество, а в ряде случаев добиться полного излечения [1, 5]. Непосредственные результаты оперативного лечения больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны находятся в прямой зависимости от уровня ранних послеоперационных осложнений и определяют возможность использования дополнительных методов лечения, таких как химиотерапия и лучевая терапия [1, 6]. Проблема радикального хирургического лечения больных раком поджелудочной железы и органов периампулярной зоны, несмотря на успехи и достижения, все еще далека от окончательного разрешения. Среди типичных ослож-

нений панкреатодуоденальной резекции выделяют: несостоятельность анастомозов (прежде всего панкреатодигестивного, реже — билиодигестивного), острый послеоперационный панкреатит, кровотечение, острый послеоперационный холангит, формирование абсцессов брюшной полости, наружные желчные и панкреатические свищи [1, 2, 3, 4]. Профилактика осложнений после панкреатодуоденальной резекции, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах, не теряет своей актуальности в онкохирургии [3, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение непосредственных результатов лечения путем совершенствования хирургической техники за счет индивидуального решения реконструктивного этапа операции, в частности при формировании билиодигестивного анастомоза, с учетом анатомо-функциональных особенностей пациента.