

свідомості» ($R = -0,7$; $p = 0,02$), що імовірно пов'язано із поширенням патологічного процесу на вегетативні центри гіпоталамусу.

Кореляційні зв'язки показників КІГ із ступенем ГН були наступними:

Мо: $R = -0,4$; $p = 0,04$;
АМо: $R = 0,7$; $p = 0,01$;
 ΔX : $R = 0,3$; $p = 0,07$;
ВПП: $R = 0,3$; $p = 0,07$;
ПАПР: $R = 0,7$; $p = 0,02$;
ІН: $R = 0,7$; $p = 0,02$.

Такі показники свідчать, що в перші 3 доби інтенсивної терапії у пацієнтів із ішемічним інсультом формування ГН обумовлена переважно механізмами першої фази стресу, реалізованими через симпатичний відділ вегетативної нервової системи, що веде до пригнічення перистальтики і виділення травних ферментів, вазоспазму, в т.ч. – слизової оболонки травного каналу з пошкодженням його слизової оболонки.

ВИСНОВКИ

У пацієнтів з ішемічним інсультом формування ГН залежить не скільки від глибини порушень свідомості, скільки від глибини уражень вегетативних центрів головного мозку. На початку інтенсивної терапії механізм розвитку ГН обумовлений першою фазою стресу, яка реалізується переважно симпатичним відділом вегетативної нервової системи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990–2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):161–76. doi: 10.1159/000441085.
2. Стадник СМ. Синдром острої церебральної недостатності как концепция реаниматологии. *Ліки України*. 2011; 4(150). 77–80.
3. Бельки АА, Давидова НС, Левит АЛ, Лейдерман ІН. Острая церебральная недостаточность. Екатеринбург: УГМУ. 2014; 75 с.
4. Klek S, Forbes A, Gabe S, et al. Management of acute intestinal failure: A position paper from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Special Interest Group. *Clinical Nutrition* 2016, 35 (6), 1209–1218.
5. Reintam B.A, Jakob SM, Starkopf J. Gastrointestinal failure in the ICU. *Curr Opin Crit Care*. 2016; 22(2). 128–41. doi: 10.1097/MCC.0000000000000286.
6. Бавський Р.М., Іванов Г.Г., Чирейкін Л.В., Гаврилушкин А.П., Довгалецький П.Я., Кукушкин Ю.А. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (методические рекомендации). *Вестник аритмологии*. 2002; 24. -С. 65–87.

Шкурупій Д.А., Холод Д.А.

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра анестезіології з інтенсивною терапією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Гастроінтестинальна недостатність (ГН) є пригніченням функції кишечника нижче мінімуму, необхідного для поглинання макроелементів та/або води і електролітів, що вимагає внутрішньовенне введення добавок для підтримки здоров'я і/або зростання. [1].

Суб'єктивність критеріїв (ГН) і відсутність повноцінного розуміння термінології призвели до заниження значення ролі цього синдрому у пацієнтів відділень інтенсивної терапії [2].

Вважається, що діти більш схильні до розвитку цього синдрому через наявність анатомо-функціональних особливостей цих пацієнтів, які разом із особливостями патогенезу неонатальних нозологічних форм, створюють умови для реалізації як даного стану, так і його наслідків [3–5].

МЕТА РОБОТИ

Оцінка інформаційної значущості клініко-інструментальних методик діагностики ГН.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведені клінічне інтервенційне констатуюче когортне дослідження до якого були включені 30 новонароджених, які потребували інтенсивної терапії. Проводились вимірювання затримки евакуації шлункового вмісту, обводу живота в динаміці та внутрішньочеревного тиску ВЧТ [6, 7].

Клінічне обстеження включало характер медикаментозної і нутритивної підтримки, реєстрацію частоти і характеру випорожнень, рН калу, реєстрацію артеріального (в т.ч. – перфузійного) тиску, темпу погодинного діурезу, визначення молочної і пірвінаградної кислот в крові, та імунологічні обстеження (CD4, CD8, інтерлейкін (ІЛ)-1).

Під час статистичної оцінки даних використаний непараметричний критерій кореляції R Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз кореляційних зв'язків рутинних методик діагностики ГН у новонароджених із результатами клініко-лабораторних обстежень довів їх різну діагностичну цінність.

Так, наявність неевакуйованого шлункового вмісту мала негативні кореляційні зв'язки із рН калу ($R = -0,5$; $p = 0,03$)

та часткою вуглеводнів у нутритивній суміші ($R = -0,5$; $p = 0,03$), що швидше свідчить про відображення ферментативної недостатності, як компоненту ГН.

Динаміка обводу живота мала зворотні корелятивні зв'язки із призначенням пробіотиків ($R = -0,8$; $p = 0,02$), частотою і кількістю випорожнень ($R = -0,6$; $p = 0,02$), темпом діурезу ($R = -0,8$; $p = 0,02$), і прямий зв'язок із рівнем ВЧТ ($R = 0,7$; $p = 0,02$). Таким чином, даний параметр відображає моторний компонент ГН і впливає на зниження перфузії органів черевної порожнини та заочеревного простору.

ВЧТ, в свою чергу, мав зворотній кореляційний зв'язок із артеріальним перфузійним тиском ($R = -0,7$; $p = 0,02$), темпом діурезу ($R = -0,8$; $p = 0,02$), CD4 ($R = 0,5$; $p = 0,03$), і прямий кореляційний зв'язок із рівнем молочної кислоти ($R = 0,6$; $p = 0,03$) ІЛ-1 ($R = 0,6$; $p = 0,03$). Ці данні свідчать, що саме ВЧТ характеризує органні і системні зміни перфузії, та відображає системні імунологічні реакції.

ВИСНОВКИ

У новонароджених в умовах інтенсивної терапії рутинні методики оцінки ГН мають різну діагностичну цінність. Затримка шлункової евакуації відображає переважно ферментативні порушення травлення, динаміка обводу живота – моторні порушення шлунково-кишкового тракту, і, можливо – порушення органної перфузії, а ВЧТ характеризує початок системних органних уражень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Klek S, Forbes A, Gabe S, et al. Management of acute intestinal failure: A position paper from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Special Interest Group. *Clinical Nutrition* 2016, 35 (6), 1209–1218.
2. Reintam B.A, Jakob SM, Starkopf J. Gastrointestinal failure in the ICU. *Curr Opin Crit Care*. 2016; 22(2). 128–41. doi: 10.1097/MCC.0000000000000286.
3. Морозов Д.А., Морозова О.Л., Кляев С.А. и др. Синдром интраабдоминальной гипертензии у детей. *Новости хирургии*. 2017; 25(6), 621–631.
4. Шкурупій Д. А., Гришко Ю.М. Вікові особливості дитячого віку в аспекті перебігу і фізикальної діагностики невідкладних станів на етапі первинної медико-санітарної допомоги. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2015; 15, 4(52): 142–144.
5. Verstraete EH, Mahieu L, De Coen K, et al. Impact of healthcare-associated sepsis on mortality in critically ill infants. *Eur J Pediatr*. 2016; 175(7), 943–952.
6. Линчевский Г.Л., Головки О.К., Воробьева О.В. Некротический энтероколит новорожденных. *Здоровье ребенка*. 2007; 1(4): <http://www.mif-ua.com/archive/article/816>
7. Defontaine A., Tirel O., Costet N. Transvesical Intra-Abdominal Pressure Measurement in Newborn: What Is the Optimal Saline Volume Instillation? *Pediatr Crit Care Med*. 2016 Feb;17(2):144–9. doi: 10.1097/PCC.0000000000000580.