

Plućni žilni permeabilni indeks i izvanžilna plućna tekućina u bolesnika sa sepsom

Drvar, Željko

Doctoral thesis / Disertacija

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:489289>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Željko Drvar

**Plućni žilni permeabilni indeks i
izvanžilna plućna tekućina u
bolesnika sa sepsom**

DISERTACIJA



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Željko Drvar

**Plućni žilni permeabilni indeks i
izvanžilna plućna tekućina u
bolesnika sa sepsom**

DISERTACIJA

Zagreb, 2016.

Disertacija je izrađena u Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Dinko Tonković

Mnogi su dobri ljudi doprinijeli nastanku ove disertacije. Svima im od srca zahvaljujem.

Međutim, nekoliko je osoba koje bih želio posebno istaknuti:

Moju prvu mentoricu, prof. dr. sc. Višnju Majerić Kogler,

Svoga mentora, prof. dr. sc. Dinka Tonkovića,

Predstojnika Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje prof. dr. sc. Mladena Perića,

Supругu Danielu,

Svoju obitelj,

Prijatelje i kolege, osobito dr. Maria Pavleka.

Bez njihove pomoći i podrške ova disertacija, vjerojatno, ne bi ugledala svjetlo dana.

Dr Željko Drvar

SADRŽAJ

POPIS KRATICA

POPIS SLIKA

POPIS TABLICA

1. UVOD.....	1
1. 1. TEMELJNE ODREDNICE.....	4
1.1.1. Mjerenje protoka metodom transplućne termodilucije - TPTD	4
1.1.2. Mjerenja intratorakalnog toplinskog volumena – ITTV.....	8
1.1.3. Mjerenja intratorakalnog volumena krvi - ITBV	9
1.1.4. Srednje prolazno vrijeme indikatora - MTt	10
1.1.5. Vrijeme spusta – Dst	10
1.1.6. Plućni toplinski volumen – PTV	11
1.1.7. Ukupni volumen na kraju dijastole - GEDV	12
1.2. PLUĆNI ŽILNI PERMEABILNI INDEKS - PVPI.....	13
1.2.1. Raspon referentnog intervala PVPI.....	13
1.3. IZVANŽILNA PLUĆNA TEKUĆINA - EVLW	15
1.3.1. Raspon referentnog intervala EVLW	15
1.3.2. Indeksiranje vrijednosti EVLW.....	18
1.4. SEPSA	19
1.4.1. Upalna kaskada.....	19
1.4.2. Značaj neutrofilnih leukocita u sepsi.....	20
1.4.3. Povezanost upale i koagulacije.....	22
1.4.4. Imunoparaliza	23

1.5. PLUĆNI EDEM	24
1.5.1. Struktura i funkcija pluća	24
1.5.2. Alveokapilarna membrana.....	24
1.5.3. Starlingove sile	25
1.5.4. Limfni sustav pluća	26
1.5.5. Nastanak plućnog edema	26
1.5.6. Klirens alveolarne tekućine	26
1.6. ENDOTELIJALNI GLIKOKALIKS	27
1.6.1. Struktura i funkcija endotelijalnog glikokaliksa.....	27
1.6.2. Patofiziologija endotelijalnog glikokaliksa	28
1.6.3. Endotelijalni glikokaliks i nastanak plućnog edema	28
1.6.4. Endotelijalni glikokaliks i blagi ARDS	29
1.7. AKUTNI RESPIRACIJSKI DISTRES SINDROM - ARDS.....	30
1.7.1. Definicija	30
1.7.2. Etiologija ARDS-a.....	31
1.7.3. Epidemiologija ARDS-a.....	31
1.7.4. Patogeneza ARDS-a	32
1.7.5. Medijatori ARDS-a.....	33
1.7.6. Značaj neutrofila u ARDS-u.....	34
1.7.7. Značaj koagulacije u ARDS-u.....	35
2. HIPOTEZA	37
3. CILJ RADA	38
3.1. Primarni cilj disertacije:	38
3.2. Sekundarni cilj disertacije:	38

4. MATERIJALI I METODE	39
4.1. Opis istraživanja	39
4.2. Bolesnici uključeni u istraživanje.....	39
4.2.1. Ispitivana skupina	39
4.2.2. Kontrolna skupina	40
4.2.3. Dijagnostički kriteriji sindroma sepse	40
4.2.4. Dijagnostički kriteriji blagog ARDS-a	41
4.2.5. Isključni kriteriji	41
4.2.6. Postupak s bolesnikom	42
4.2.7. Primarna mjerenja.....	44
4.2.8. Sekundarna mjerenja	45
5. REZULTATI	48
6. RASPRAVA	77
7. ZAKLJUČCI	89
8. SAŽETAK	90
9. SUMMARY	91
10. LITERATURA	92
11. BIOGRAFIJA	100

POPIS KRATICA

AECC	(engl. <i>American-European consensus conference</i>) = Američko-Europska konferencija o konsenzusu
APACHE II	(engl. <i>acute physiology and chronic health evaluation II</i>) = ljestvica procjene akutne fiziologije i kroničnog zdravlja, 2. inačica
APC	aktivirani protein C
ARDS	(engl. <i>acute respiratory distress syndrome</i>) = akutni respiratorni distress sindrom
At	(engl. <i>indicator appearance time</i>) = vrijeme pojave indikatora
BIPAP	(engl. <i>biphasic positive airway pressure</i>) = dvofazna ventilacija pozitivnim tlakom
CD	(engl. <i>cluster of differentiation molecule</i>) = leukocitni diferencijacijski biljeg
CFI	(engl. <i>cardiac function index</i>) = srčani funkcijski indeks
CI	(engl. <i>cardiac index</i>) = srčani indeks
CO	(engl. <i>cardiac output</i>) = srčani izbačaj
CPAP	(engl. <i>continuous positive airway pressure</i>) = stalno pozitivni tlak u dišnim putevima
CT	(engl. <i>computed tomography</i>) = kompjutorizirana tomografija
DNA	(engl. <i>deoxyribonucleic acid</i>) = deoksiribonuleinska kiselina
dPmx	(engl. <i>index of left ventricular contractility</i>) = indeks kontraktilnosti lijeve srčane komore
DSt	(engl. <i>downslope time</i>) = vrijeme spusta
EVLW	(engl. <i>ekstravascular lung water</i>) = izvanžilna plućna tekućina

EVLWI	(engl. <i>extravascular lung water index</i>) = indeks izvanžilne plućne tekućine
FD	frekvencija disanja
FiO ₂	(engl. <i>fractional inspired oxygen</i>) = udio kisika u udahntoj smjesi plinova
GDF-15	(engl. <i>growth differentiation factor-15</i>) = čimbenik diferencijacije rasta 15
GEDV	(engl. <i>global end diastolic volume</i>) = ukupni volumen na kraju dijastole
GEF	(engl. <i>global ejection fraction</i>) = ukupna istisna frakcija
HR	(engl. <i>heart rate</i>) = srčana frekvencija
IL-	(engl. <i>interleukin-</i>) = interleukin-
ITBV	(engl. <i>intrathoracic blood volume</i>) = intratorakalni volumen krvi
ITTV	(engl. <i>intrathoracic thermal volume</i>) = intratorakalni toplinski volumen
KGF	(engl. <i>keratinocyte growth factor</i>) = čimbenik rasta keratinocita
LISS	(engl. <i>lung injury severity score</i>) = ljestvica stupnja plućne ozljede
MAP	(engl. <i>mean arterial pressure</i>) = srednji arterijski tlak
MTt	(engl. <i>mean transit time</i>) = srednje prolazno vrijeme
MUC-1	mucin -1
NE- α 1-AT	neutrofilna elastaza - α 1-antitripsin kompleks
NETs	(engl. <i>neutrophil extracellular traps</i>) = neutrofilne izvanstanične zamke
PaCO ₂	(engl. <i>partial arterial CO₂ pressure</i>) = djelomični arterijski tlak ugljičnog dioksida
PAI-1	(engl. <i>plasminogen activator inhibitor-1</i>)= inhibitor aktivatora plazminogena 1
PaO ₂	(engl. <i>partial arterial O₂ pressure</i>) = djelomični arterijski tlak kisika
PaO ₂ /FiO ₂	(engl. <i>arterial pressure of oxygen / fraction of inspired oxygen</i>) = omjer parcijalnog tlaka kisika u arterijskoj krvi i inspiracijske frakcije kisika
PBV	(engl. <i>pulmonary blood volume</i>) = plućni volumen krvi
PEEP	(engl. <i>positive end expiratory pressure</i>) = pozitivni tlak na kraju izdaha

PiCCO	(engl. <i>pulse induced contour cardiac output</i>) = minutni volumen iz krivulje pulsa
PPV	(engl. <i>pulse pressure variation</i>) = varijacija pulsno­g tlaka
PTV	(engl. <i>pulmonary thermal volume</i>) = plućni toplinski volumen
PVPI	(engl. <i>pulmonary vascular permeability index</i>) = plućni žilni permeabilni indeks
SaO ₂	(engl. <i>arterial oxygen saturation</i>) = zasićenost arterijske krvi kisikom
S _{cv} O ₂	(engl. <i>central venous oxygen saturation</i>) = zasićenost centralne venske krvi kisikom
sICAM-1	(engl. <i>soluble intercellular adhesion molecule</i>) = topljive međustanične adhezijske molekule
SIRS	(engl. <i>systemic inflammatory response syndrome</i>) = sindrom sustavnog upalnog odgovora
SOFA	(engl. <i>sequential organ failure assessment</i>) = sekvencijalna procjena zatajenja organa
SVRI	(engl. <i>systemic vascular resistance index</i>) = indeks sistemskog vaskularnog otpora
SVV	(engl. <i>stroke volume variation</i>) = varijacija udarnog volumena
TGF-β	(engl. <i>transforming growth factor β</i>) = transformirajući čimbenik rasta β
TNFα	(engl. <i>tumor necrosis factor-α</i>) = tumor nekrotizirajući čimbenik -α
TPTD	(engl. <i>transpulmonale thermodilution</i>) = transpulmonalna termodilucija
VEGF	(engl. <i>vascular endothelial growth factor</i>) = vaskularni endotelni čimbenik rasta

POPIS SLIKA

Slika 1. Promjena u temperaturi krvi tijekom termodilucijskog mjerenja minutnog volumena mjereno termistorima u plućnoj arteriji pomoću plućnog arterijskog katetera i u distalnoj aorti TPTD metodom	7
Slika 2. Dijagram temperaturno - vremenske krivulje tijekom termodilucijskog mjerenja	10
Slika 3. Prikaz temperaturno - vremenskih krivulja dobivenih termodilucijskim mjerenjem izražen semi - logaritamskom skalom velikih i malih komora.....	11
Slika 4. Razlika u dinamici PVPI u odnosu na ispitivanu skupinu.....	51
Slika 5. Razlika u dinamici EVLW u odnosu na ispitivanu skupinu	53
Slika 6. Razlika u dinamici EVLWI u odnosu na ispitivanu skupinu.....	55
Slika 7. Razlika u dinamici PVPI u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu.....	69
Slika 8. Razlika u dinamici EVLW u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu.....	71
Slika 9. Razlika u dinamici EVLWI u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu	73
Slika 10. Usporedba ROC krivulja u predviđanju ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.....	75

POPIS TABLICA

Tablica 1. Studije istraživanja valjanosti mjerenja PVPI u ljudi	14
Tablica 2. Studije istraživanja valjanosti mjerenja EVLW u ljudi	16
Tablica 3. Berlinska definicija akutnog respiracijskog distres sindroma	30
Tablica 4. Etiologija akutnog respiratornog distres sindroma	31
Tablica 5. Kriteriji za isključivanje	42
Tablica 6. Opisna statistika razlika između ispitivane i kontrolne skupine u pojedinim kvantitativnim kliničkim vrijednostima	48
Tablica 7. Opisna statistika razlika između ispitivane i kontrolne skupine u pojedinim kategorijskim kliničkim vrijednostima.....	49
Tablica 8. Razlike između ispitivane i kontrolne skupine u izmjerenim vrijednostima PVPI	50
Tablica 9. Razlike između ispitivane i kontrolne skupine u izmjerenim vrijednostima EVLW	52
Tablica 10. Razlike između ispitivane i kontrolne skupine u izmjerenim vrijednostima EVLWI	54
Tablica 11. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI, PVPI i serumske koncentracije albumina u ispitivanoj skupini.....	56
Tablica 12. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s CRP u ispitivanoj skupini	58
Tablica 13. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaO ₂ / FiO ₂ u ispitivanoj skupini	60
Tablica 14. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s popustljivosti pluća u ispitivanoj skupini	62

Tablica 15. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaCO ₂ u ispitivanoj skupini	64
Tablica 16. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaO ₂ u ispitivanoj skupini.....	66
Tablica 17. Razlike u izmjerenim vrijednostima PVPI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli.....	68
Tablica 18. Razlike u izmjerenim vrijednostima EVLW između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli.....	70
Tablica 19. Razlike u izmjerenim vrijednostima EVLWI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli.....	72
Tablica 20. Predviđanje ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om	74
Tablica 21. Razlike ROC krivulja u predikciji ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.....	76
Tablica 22. Udvojena usporedba ROC krivulja.....	76

1. UVOD

Sepsa je unatoč brzom dijagnostici, pravovremenoj primjeni antibiotika i ostalih terapijskih postupaka prema važećim smjernicama i dalje čest uzrok pobola među hospitaliziranim bolesnicima. Među hospitaliziranim bolesnicima u Sjedinjenim Državama Amerike (SAD) i državama zapadne Europe učestalost iznosi 2%. SOAP studija pokazala je učestalost sepse od 35% u jedinicama intenzivnog liječenja uz smrtnost od 27%. (1, 2).

Učestalost sepse u SAD-u je između 650 000 i 750 000 slučajeva godišnje. Više od 70% bolesnika ima razne komorbiditete i više od 60% bolesnika su stariji od 65 godina. Kada se izuzmu bolesnici s HIV-om učestalost sepse podjednaka je u žena i muškaraca (3).

Više je slučajeva sepse uzrokovano Gram pozitivnim bakterijama, a infekcije gljivama čine 6% slučajeva. Nakon korekcija za veličinu populacije, godišnja učestalost sepse uvećana je za 9%. Porast broja slučajeva pripisuje se povećanoj primjeni invazivnih postupaka i imunosupresivnih lijekova, kemoterapiji, transplantaciji, protetičkim implantatima i uređajima, kao i sve većem problemu rezistencije na antimikrobnu terapiju (3, 4).

U Njemačkoj učestalost sepse je 106 oboljelih/100 000 osoba godišnje. Godišnji porast iznosi 5,7%. Učestalost među hospitaliziranim bolesnicima iznosi 335 oboljelih/100 000 osoba godišnje uz smrtnost od 24,3%. U 2013 godini u svim Njemačkim bolnicama od sepse umrlo je 67 849 bolesnika (5).

Učestalost sepse u Norveškoj je 149 oboljelih/100 000 osoba godišnje (6), u Finskoj 38 oboljelih/100 000 osoba godišnje (7) a u Švedskoj 200 oboljelih/100 000 osoba godišnje (8).

Blagi oblik akutnog respiratornog distres sindroma (ARDS - *acute respiratory distress syndrome*) česta je komplikacija sepse. Prospektivna kohortna studija provedena u 20 bolnica u Sjedinjenim Državama Amerike pokazala je povezanost ARDS-a sa sepsom u rasponu od 45-63 oboljelih/100 000 osoba godišnje (9).

U blagom obliku ARDS-a glavni patofiziološki poremećaj podrazumijeva gubitak cjelovitosti alveokapilarne membrane zbog djelovanja bakterijskih endotoksina, migracije i adhezije polimorfonuklearnih leukocita uz otpuštanje niza proupalnih čimbenika: neutrofilne elastaze, kolagenaza A i B, proteaze i dušikovog oksida. Proupalni citokini, posebno tumor nekrotizirajući čimbenik α (TNF α - *tumor necrosis factor α*), interleukin -1 β (IL-1 β - *interleukin -1 β*), interleukin -6 (IL-6 - *interleukin-6*), interleukin -8 (IL-8 - *interleukin-8*), sustav djelovanja leukotriena i ciklooksigenaze uz odsutnost fibrinolize, sustav komplementa C5a, brojni kemokini i citokini postaju nositelji sistemnog upalnog odgovora u plućima (10, 11).

Uz sve navedeno, intenzitet alveolarne ozljede određen je djelovanjem trombina, kisikovih radikala, proteolitičkih enzima i adhezijskih molekula. Stvaranje surfaktanta je nedostatno, a njegova aktivnost poremećena. Posljedično, brza destrukcija kapilarnog endotela i alveolarnog epitela izaziva porast vaskularnog permeabiliteta uz brzo punjenje intersticija i alveola tekućinom (10, 11).

Kao pokazatelji blagog oblika ARDS-a posljednjih godina sve zanimljiviji postaju plućni žilni permeabilni indeks (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) i izvanžilna plućna tekućina (EVLW - *ekstravasular lung water*). Oba pokazatelja moguće je mjeriti PiCCO (PiCCO - *pulse induced contour cardiac output*) monitoringom. To je standardni, minimalno invazivni, kontinuirani monitoring hemodinamskih i volumetrijskih pokazatelja koji koristi tehniku transpulmonalne termodilucije, TPTD (TPTD - *transpulmonale thermodilution*) i analizu sistemske arterijske pulsne krivulje. Ova tehnologija zahtijeva početnu kalibraciju, određivanje udarnog volumena i procjenu arterijske žilne popustljivosti nekom nezavisnom metodom. Kalibraciju sustava potrebno je ponavljati u pravilnim vremenskim razmacima i kod svake značajnije promjene u hemodinamskom statusu bolesnika (12).

Dostupni radovi pokazuju kliničku korisnost EVLW u ranom postavljanju dijagnoze blagog oblika ARDS-a dok praćenje njezine dinamike omogućava pravovremeno prepoznavanje srednjeg i teškog oblika ARDS-a (13). Tako kod porasta EVLW za 100% od normalne vrijednosti još nema promjena u rendgenskoj slici srca i pluća dok porast EVLW za 200-300% rezultira značajnom hipoksemijom (14-16).

Mjerenje EVLW važno je zbog optimalizacije terapije volumenom i strojne dišne potpore.

EVLW je istraživana i kao prognostički čimbenik preživljenja. Porast EVLW za 1 ml/kg iznad referentnih vrijednost podiže rizik smrtnog ishoda za 7 %, a izmjerena EVLW veća od 21 ml/kg udružena je sa smrtnim ishodom >70% (17-20).

Klinički značaj PVPI je u kvantificiranju stupnja oštećenja alveokapilarne membrane i razlikovanju plućne ozljede nastale zbog porasta kapilarnog hidrostatskog tlaka i ozljede uzrokovane upalom (21-25).

1. 1. TEMELJNE ODREDNICE

1.1.1. Mjerenje protoka metodom translućne termodilucije – TPTD

Analiza krivulje pulsa invazivnog krvnog tlaka počiva na hipotezi da je površina ispod sistoličkog dijela krivulje invazivnog tlaka proporcionalna udarnom volumenu (26).

Wesseling i suradnici su sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća razvili prve uspješne algoritme koji kontinuirano analiziraju krivulju invazivnog krvnog tlaka (27). Prvi klinički upotrebljiv algoritam Wesseling i suradnici razvili su 1983. godine (28). Za razliku od termodilucije kod korištenja plućnog arterijskog katetera, TPTD bilježi promjenu koncentracije indikatora injiciranog u centralnu venu nakon prolaska kroz srce i pluća detektorom postavljenim u perifernoj arteriji.

Metoda TPTD se temelji se na razrjeđenju indikatora. Kada se egzogena tvar (indikator) injicira u vaskularni prostor, brzo se razrijedi uslijed cirkulacije krvi. Brzina razrjeđenja funkcija je veličine protoka. Indikator se injicira u cirkulaciju na jednom mjestu, a njegova koncentracija se mjeri na drugom mjestu, nizvodno od mjesta injiciranja. U tu svrhu koristi se 5% glukoza koja je hladnija u odnosu na temperaturu tijela. Indikator je temperatura.

Volumen injicirane hladne (< 8°C) otopine iznosi 15 ml. Injiciranje se vrši kroz centralni venski kateter a njegova se prisutnost detektira u arterijskoj krvi koristeći kateter sa termistorom na vrhu. Ako je protok između te dvije točke mjerenja visok, tad će se koncentracija hladne otopine brzo razrijediti. Stoga će se na nizvodnoj točki mjerenja krivulja koncentracija - vrijeme relativno malo promijeniti. Suprotno, ako je protok nizak, koncentracija tvari na mjestu mjerenja neće biti jako razrijeđena i temperatura će rasti i padati brže (12).

Poznavanjem količine indikatora, i ako je za pretpostaviti da nema gubitka niti povećanja količine indikatora između mjesta injiciranja i mjerenja, tada prema zakonu očuvanja mase slijedi:

$$Q=A/\int_0^{\infty} c(t)dt$$

Opis: Q = protok; A = količina indikatora; integral predstavlja površinu ispod krivulje koncentracija – vrijeme (12).

Principe idealnog indikatora prvi je postavio Stewart, zatim Kinsman i suradnici a to su: stabilnost, netoksičnost, ujednačena raspodjela, potpuno miješanje prije dolaska na mjesto mjerenja, ograničenost na unutaržilni odjeljak između mjesta injiciranja i mjerenja, te da se potpuno eliminira iz cirkulacije prije povratka na mjesto injiciranja kako bi se izbjegli recirkulacijski artefakti u analizi krivulje koncentracija - vrijeme (29, 30).

Fegler (31) te odvojeno Chinard i Enns (32), modificirali su metodu tako da temperatura može poslužiti kao indikator. Odgovarajuće modifikacije jednadžbe zakona očuvanja mase rezultirale su novom jednadžbom poznatom i kao Stewart-Hamiltonova jednadžba (33).

$$CO=\frac{(T_b-T_i)\times V_i\times K}{\int_0^{\infty} \Delta T_b dt}$$

Opis: CO = (CO - *cardiac output*) minutni volumen srca; Tb = temperatura krvi u momentu injiciranja; Ti = temperatura injektata (indikatora) nakon što se u obzir uzmu čimbenici poput intrakorporalne frakcije mrtvog prostora injekcijskog katetera, mrtvi prostor injekcijskog katetera, injekcijski set, produžni sustavi, te temperatura krvi i ekstrakorporalnog mrtvog prostora prije injekcije. Vi = volumen injektata; $\int_0^{\infty} \Delta T_b dt$ = površina ispod termodilucijske krivulje; K = korekcijska konstanta koja uzima u obzir razlike između specifičnog gravitacijskog i specifičnog toplinskog kapaciteta krvi u odnosu na 5% glukozu i faktora poput mrtvog prostora unutaržilnog dijela katetera za injiciranje: promjer, dužina i toplinska vodljivost materijala od kojeg je izrađen kateter (12, 33).

Kada se temperatura koristi kao indikator, točnost metode pretpostavlja potpuno miješanje sa cirkulirajućom krvlju, istu količinu indikatora, konstantan protok krvi za vrijeme mjerenja, da injicirani indikator prolazi mjesto mjerenja samo jedanput, bez recirkulacije i konstantnu temperaturu krvi za vrijeme mjerenja (12).

Stewart-Hamiltonova jednadžba vrijedi samo za konstantni, nepulsatilni protok, ali ukoliko je vrijeme srčanog ciklusa puno manje od vremena prolaska indikatora, greška je mala, što je svakako slučaj kod TPTD mjerenja minutnog volumena obzirom na vrlo duga vremena prolaska pri korištenju ove metode. Bilo kakva pogreška koja rezultira krivom procjenom minutnog volumena utjecat će slično i na izračun EVLW, jer je mjerenje minutnog volumena integral u izračunu EVLW (12).

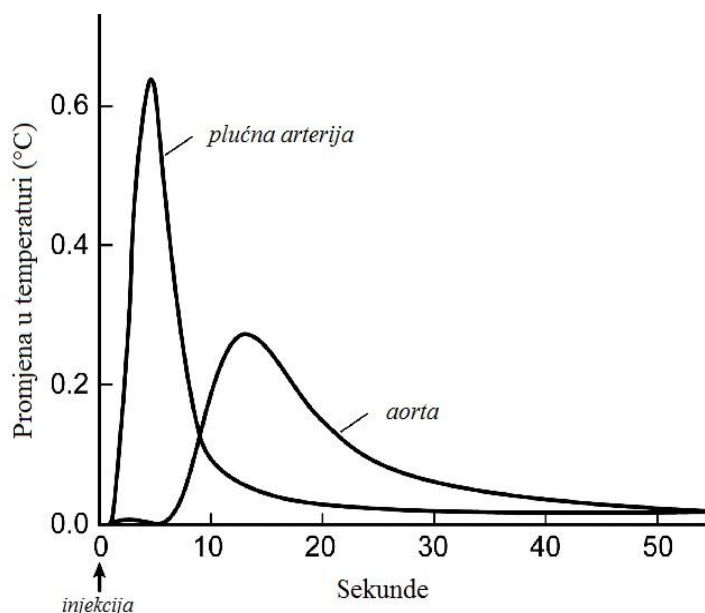
Na termodilucijsku krivulju može utjecati svaki od slijedećih čimbenika:

- a) različito pražnjenje krvi iz gornje i donje šuplje vene tijekom ciklusa disanja
- b) frekvencija disanja
- c) vrijeme injiciranja
- d) oscilacija toplinskog signala

U strojno ventiliranih bolesnika, dišno odstupanje temperature krvi u momentu injiciranja indikatora može biti preuveličano promjenama u temperaturi dišnih plinova, vlage i brzine protoka udahnutog plina. Navedeni čimbenici mogu pozitivno i negativno utjecati na toplinski signal tako da je konačan učinak teško predvidjeti (12).

PiCCO uređaj kompenzira takav toplinski šum nizom elektroničkih filtera i naknadnom obradom signala. Temperaturno - vremenska krivulja dobivena tijekom TPTD mjerenja šira je i nižih magnituda u odnosu na onu dobivenu plućnim arterijskim kateterom, slika 1.

Primjećuje se niži vrh i širi oblik temperaturno - vremenske krivulje tijekom TPTD metode mjerenja (12).



Slika 1. Promjena u temperaturi krvi tijekom termodilucijskog mjerenja minutnog volumena mjereno termistorima u plućnoj arteriji pomoću plućnog arterijskog katetera i u distalnoj aorti TPTD metodom.

Uzevši u obzir širi oblik krivulje tijekom TPTD mjerenja, recirkulacijski učinci mogu postojati i prije nego li se pouzdano uspostavi monoeksponencijalni raspad. Prekomjerna korekcija koja kompenzira recirkulaciju ima isti učinak kao i neuračunati gubitak indikatora. Oba čimbenika rezultirati će površinom pod termodilucijskom krivuljom koja je manja od očekivane, dajući lažno veće mjerenje minutnog volumena od stvarnog (12).

Kod PiCCO monitoringa raspad temperaturno - vremenske krivulje je monoeksponencijalan, bez recirkulacijskih artefakata između 80 i 50% vršne promjene temperature, nakon korekcije oscilacija toplinskog signala. Računalo zatim logaritmičkom regresijom svrstava liniju prema

podacima u ovom području krivulje i računa korelacijski koeficijent, što slijede dodatne sukcesivne korelacije kako se podaci iza 50% vrijednosti temperaturnog vrška mijenjaju. Podaci između 80 % vrijednosti temperaturnog vrška i najniže vrijednosti prije koje relacijski koeficijent počinje padati produžuju se do beskonačnosti kako bi se definirao krajnji dio temperaturno - vremenske krivulje, koja ne posjeduje recirkulacijskih artefakata (12).

1.1.2. Mjerenja intratorakalnog toplinskog volumena – ITTV

Metoda transpulmonalne termodilucije koristi se i za mjerenje volumena kroz koji se mjeri protok od točke iniciranja do točke mjerenja te se može prikazati sljedećom jednačinom (12).

$$V = CO \times MTt$$

Opis: V = volumen distribucije indikatora; CO = (CO - *cardiac output*) minutni volumen srca; MTt = (MTt - *mean transit time*) prosječno vrijeme prolaska indikatora.

Volumen distribucije toplinskog indikatora tijekom transpulmonalnog mjerenja minutnog volumena uključuje volumen krvi između dvije točke (iniciranja i mjerenja), udio vode u stijenkama krvnih žila, udio vode u stijenkama srčanih komora i vodenog volumena pluća.

To je intratorakalni toplinski volumen (ITTV - *intrathoracic thermal volume*), (12).

Toplinski indikator kojeg nosi krvna struja ulazi u izvanžilni odjeljak intratorakalnog toplinskog volumena difuzijom topline. Točna udaljenost koju indikator može proći difuzijom pri tipičnom mjerenju se ne zna (difuzijski koeficijent topline u vodi se procjenjuje na $1,5 \times 10^{-3} \text{ cm}^2/\text{s}$, ali čimbenici poput vaskularne opstrukcije nastale embolijom ili fiziološkom hipoperfuzijom (npr. pozitivni tlak na kraju ekspirija, hipovolemija, hipoksična vazokonstrikcija) rezultiraju u procjeni EVLW koja je nižih vrijednosti od stvarnih. Procjene niže od stvarnih zbog pozitivnog tlaka na kraju ekspirija nešto su rjeđe ukoliko su tlakovi u plućnoj arteriji značajno viši nego li vrijednosti pozitivnog tlaka na kraju ekspirija, barem na

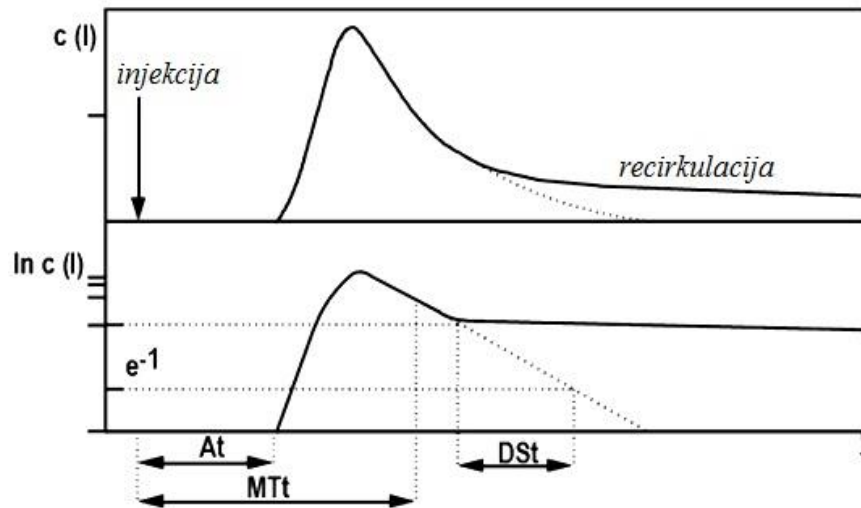
razini atelektaza cijelog pluća. Teoretski, visoki protoci (visoki minutni volumen smanjuje vrijeme difuzije) mogu dovesti do pokazivanja lažno nižih vrijednosti EVLW (12).

1.1.3. Mjerenja intratorakalnog volumena krvi - ITBV

ITTV odražava i unutaržilni i izvanžilni volumen. Zbog toga je potrebna posebna procjena unutaržilne komponente kako bi se izračunao EVLW. Kako je većina volumena u unutaržilnom prostoru toraksa govorimo o intratorakalnom volumenu krvi (ITBV - *intrathoracic blood volume*). Mjerenje ITBV putem metode prosječnog vremena prolaska izvedenica je metode koju su prvi prezentirali Newman i suradnici. Ova metoda je označena kao spust - volumen metoda. Prema Newmanovim principima, moguće je procjeniti ITBV tijekom injiciranja hladne fiziološke otopine, koja se koristi za mjerenje minutnog volumena i ITTV. Tako se mogu izvršiti tri mjerenja jednim indikatorom (12, 34).

Objašnjenje spust - volumen metode je slijedeće: zadani volumen indikatora injiciran je u komoru određenog volumena. U bilo kojem vremenu brzina promjene indikatora ovisna je o koncentraciji i protoku kroz komoru. Slijedeće su pretpostavke: volumen komore je stalan, indikator je potpuno promiješan u komori, injiciranje indikatora u komoru je trenutno, nema recirkulacije indikatora natrag u komoru i protok je konstantan. Protok se može izračunati istovremeno mjereći površinu ispod krivulje koncentracija - vrijeme, prema jednadžbi zakona očuvanja mase, slika 2 (12). Iscrtkanom linijom prikazano je kako bi krivulje izgledale u odsutnosti recirkulacije toplinskog indikatora. Može se primijetiti kako raspad toplinske krivulje postaje linearan kad se prikaže semi-logaritamskom skalom.

Prikazane su i karakteristične točke kojima se mjeri srednje prolazno vrijeme, $MT_t = (MT_t - \text{mean transit time})$, vrijeme spusta, $DSt = (DSt - \text{downslope time})$ i $At = (At - \text{indicator appearance time})$ vrijeme pojave indikatora (12).



Slika 2. Dijagram temperaturno-vremenske krivulje tijekom termodilucijskog mjerenja. Izraženo linearno-linearnom (gore) i logaritamsko-linearnom (dolje) skalom.

1.1.4. Srednje prolazno vrijeme indikatora - MTt

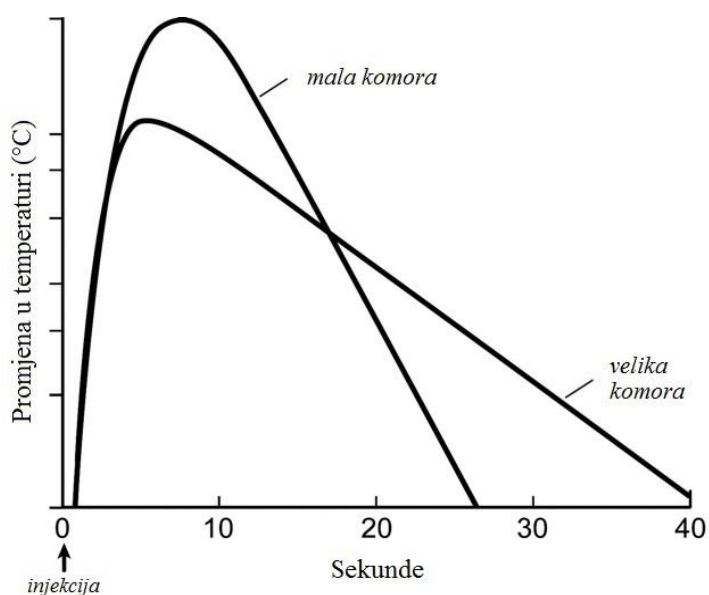
Koncentracija indikatora je distribuirana kroz vrijeme, zbog volumena sistema, tj. svaka čestica indikatora putuje od mjesta injiciranja do mjesta uzorkovanja kroz određeno vrijeme. To vrijeme zove se MTt (MTt - *mean transit time*). Svaka čestica indikatora ima svoje prolazno vrijeme. MTt je srednje prolazno vrijeme indikatora i računa se kao omjer dvaju integrala dobivenih analizom krivulje razrjeđenja indikatora (12).

1.1.5. Vrijeme spusta – Dst

Vrijeme spusta (DSt - *downslope time*) dobije se tako da promjene temperature nanesimo u novi graf u logaritamskoj skali, dok vrijeme ostaje na linearnoj skali. Na taj način krivulja promjene temperature u dijagramu ima približno linearan tijek. Na tako dobivenoj krivulji odredimo dvije točke: početnu na 85 % od maksimalnog temperaturnog odgovora i završnu na 45 % maksimalnog temperaturnog odgovora. Razlika između njih je vrijeme spusta (12).

Slikom 3 prikazane su temperaturno-vremenske krivulje dobivene termodilucijskim mjerenjem. Vidi se da krivulja malih komora prije dostiže vršak i raspada se u usporedbi s

velikim komorama. Isto tako ukoliko bi dvije komore bile serijski spojene, spust termodilucijske krivulje dobivene u točki distalnoj od obiju komora bio bi dominantno određen velikom komorom (12).



Slika 3. Prikaz temperaturno-vremenskih krivulja dobivenih termodilucijskim mjerenjem izražen semi-logaritamskom skalom velikih i malih komora.

Volumen miješanja toplinskog indikatora (ITTV) može se zamisliti kao set serijski spojenih komora, koji čine, desno srce, lijevo srce i krvne žile koje odlaze od srca do mjesta detekcije.

1.1.6. Plućni toplinski volumen – PTV

Dok MTt predstavlja srednje vrijeme prolaska indikatora kroz cijeli volumen (ITTV), DSt je određen samo najvećom od navedenih komora, točnije plućima. Volumen manjih komora može se stoga mijenjati, kao što je slučaj i sa kucajućim srcem, bez utjecaja na činjenicu da pluća određuju DSt. Ovaj volumen pluća je plućni toplinski volumen, PTV (PTV- *pulmonary thermal volume*) kada se mjeri trenutno dostupnom tehnologijom (12).

1.1.7. Ukupni volumen na kraju dijastole - GEDV

Zaključno, PTV je manji od ITTV a razlika između ITTV i PTV predstavlja toplinski volumen neplućnih serijski spojenih komora između mjesta injiciranja i detekcije. Kako taj volumen primarno čini krv u srčanim komorama, i kako su ti volumeni najveći na kraju dijastole, razlika je nazvana ukupnim volumenom na kraju dijastole, GEDV (GEDV - *global end diastolic volume*) i prikazan je sljedećom jednačinom (12).

$$\text{GEDV} = \text{ITTV} - \text{PTV}$$

Opis: GEDV= ukupni volumen na kraju dijastole; ITTV= intratorakalni toplinski volumen; PTV= plućni toplinski volumen.

ITBV poput GEDV predstavlja komponentu volumena krvi u ITTV ali bi trebao biti nešto veći, jer za razliku od GEDV uključuje volumen krvi u plućima kao dio relevantnog volumena miješanja. ITBV čine GEDV (približno 2/3 do 3/4) i PBV (12).

1.2. PLUĆNI ŽILNI PERMEABILNI INDEKS - PVPI

Plućni žilni permeabilni indeks je omjer između izvanžilne plućne tekućine i plućnog volumena krvi (PBV - *pulmonary blood volume*). Smatra se odličnim pokazateljem propustljivosti alveokapilarne membrane u sepsi. Pokazuje visoku osjetljivost (85%) i specifičnost (100%). Iz toga razloga može poslužiti za brzo postavljanje dijagnoze blagog ARDS-a (12).

Omjer odražava EVLW u kontekstu predopterećenja. Koncept je intuitivan. Visoka EVLW u hipovolemičnog pacijenta i tako povišen omjer, navodi kako je povećana kapilarn propusnost primarni patološki uzrok, dok niska EVLW u pacijenata sa povećanim predopterećenjem i tako sniženim omjerom, dovodi do zaključka kako je kapilarna propusnost intaktna. Slično se pretpostavlja i za dijagnozu hidrostatskog plućnog edema na što upućuje visoka vrijednost EVLW u bolesnika sa velikim predopterećenjem i normalnim omjerom EVLW i predopterećenja.

1.2.1. Raspon referentnog intervala PVPI

Određivanje referentnog intervala PVPI dobivenog metodom TPTD podjednako je problema tično kao i određivanje referentnog intervala za EVLW. PVPI nije mjereno u velikim kohortama zdravih ispitanika, iz čega bi se mogle izvesti granice normalnih vrijednosti. Situacija je dodatno zakomplicirana komparativno malim bazama uzoraka koji mjere navedeni indeks.

Kao i kod EVLW, umjesto normalnog raspona, vrijednost praga postavljenog na gornju granicu normalnog raspona, gdje dolazi do patofiziološkog zbivanja, predstavlja područje kliničkog interesa. Danas dostupnom tehnologijom izmjere raspon referentnog intervala PVPI u odraslih osoba uredne plućne funkcije iznosi 1,0 - 3,0, (13, 35, 36). Studije istraživanja valjanosti mjerenja PVPI kod ljudi prikazane su u tablici 1.

Tablica 1. Studije istraživanja valjanosti mjerenja PVPI kod ljudi.

Legenda: ALI = (ALI - *acute lung injury*) = akutna plućna ozljeda; ARDS = (ARDS - *acute respiratory distress syndrome*) = akutni respiratorni distress sindrom; CXR = (CXR - *chest x-ray*) = rendgenogram prsišta; EVLW = (EVLW - *extravascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; GEDV = (GEDV - *global end diastolic volume*) = ukupni volumen na kraju dijastole; ITBV = (ITBV - *intrathoracic blood volume*) = intratorakalni volumen krvi; JIL = jedinica intenzivnog liječenja; LIS = (LIS - *lung injury severity*) = ljestvica stupnja plućne ozljede; N = broj bolesnika; PaO₂/FiO₂ = (PaO₂/FiO₂ - *arterial pressure of oxygen / fraction of inspired oxygen*) = omjer parcijalnog tlaka kisika u arterijskoj krvi i inspiracijske frakcije kisika; PEEP = (PEEP - *positive end expiratory pressure*) = pozitivni tlak na kraju ekspirija; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks; SIRS = (SIRS - *systemic inflammatory response syndrome*) = sistemski upalni odgovor; TPTD = (TPTD - *transpulmonale thermodilution*) = transpulmonalna termodilucija

Autor, godina, referenca	Istraživana populacija	Metoda	N	Indeks	Usporedba	Povezanost / mjerilo valjanosti
Kuzkov i sur.2006, (8)	JIL septički šok ALI	TPTD	38	PVPI EVLW/ITBV	popustljivost LIS PaO ₂ /FiO ₂	dan 1 r = -0.43 r = -0.47 P<0.01 r = 0.52 r = 0.53 P<0.01 r = 0.52 r = 0.53 P<0.01
Monnet i sur.2007, (14)	JIL	TPTD	48 36 s ALI /ARDS	PVPI EVLW/GEDV	PaO ₂ /FiO ₂	u bolesnika s ALI/ARDS EVLW/PBV r=0.42 nije nađena korelacija s EVLW/GEDV
Tagami i sur.2011, (37)	JIL pneumonia	TPTD	14	PVPI	plazmatska neutrofilna elastaza	korelacija između PVPI i plazmatske neutrofilne elastaze dan 1 r = 1.0 P<0.001 dan 2 r = 0.98 P<0.001 dan 4 r = 0.17 P = 0.74
Chew i sur.2012, (6)	JIL SIRS zatajenje cirkulacije	TPTD	51	PVPI	PaO ₂ /FiO ₂ CXR zbroj PEEP LIS	r = -0.37 -0.49 P = 0.001 r = 0.26 0.46 P = 0.002 nije nađena povezanost P<0.01

1.3. IZVANŽILNA PLUĆNA TEKUĆINA - EVLW

Izvanžilna plućna tekućina teorijski je konstrukt koji predstavlja tekući volumen pluća, i obuhvaća svu tekućinu u plućima, ali izvan žilnog odjeljka, uključujući ekstravazat plazme, kao i unutarstaničnu vodu, limfu i surfaktant (38).

Povišena vrijednost EVLW predstavlja klinički sindrom plućnog edema, odnosno, predstavlja morfološki korelat plućnog edema. Mjerenje EVLW počiva na pretpostavci da temperaturni indikator koji se injicira u plućni vaskularni odjeljak, kao dio TPTD mjerenja brzo difundira kroz žilni zid i izjednačuje se sa sadržajem EVLW. Ukupni volumen EVLW iznosi 20-25% ukupne tekućine u plućima (38, 39).

EVLW se definira kao razlika između intratorakalnog termalnog volumena koji se mjeri izravno TPTD metodom i intratorakalnog volumena krvi (12). Kako se ITBV ne može mjeriti transpulmonalnom termodilucijom, mjeri se vrijednost GEDV.

GEDV je indirektni pokazatelj ITBV i može se prikazati slijedećom jednačinom: (12).

$$ITBV = 1,25 \times GEDV - 28,4 \text{ ml}$$

Opis: ITBV= (ITBV - *intrathoracic blood volume*) intratorakalni volumen krvi; GEDV= (GEDV - *global end diastolic volume*) ukupni volumen na kraju diastole.

1.3.1. Raspon referentnog intervala EVLW

Određivanje normalnih vrijednosti EVLW je vrlo izazovno, a nekoliko je autora primijetilo kako nema dogovora glede toga što je 'normalno' (38, 40, 41). U medicinskom laboratoriju, standardne metode za određivanje normalnog raspona su stvaranje neparametarskih procjena 95% intervala povjerljivosti u barem 120 zdravih pojedinaca. Mjerenja EVLW zahtijevaju invazivni hemodinamski monitoring, shodno tome ne postoje velike kohorte zdravih ispitanika sa navedenim monitoringom jer postavljanje istog u navedenom slučaju bilo bi neetično (42).

Normalne vrijednosti EVLW navedene u literaturi su <5mL/kg (40), 3-8mL/kg (41), 5-7mL/kg (12), <7mL/kg (41, 43-45), <7-10mL/kg (46, 47), ili <10mL/kg (23, 48, 49, 50).

Mnogi autori ne navode na čemu temelje prezentirane vrijednosti, a drugi se pozivaju na neobjašnjene podatke u literaturi. Čini se da je izvor mnogih vrijednosti dobiven iz životinjskog modela.

Lewis i suradnici spominju da, brojne studije pokazuju kako je normalna vrijednosti EVLW 6-7mL/kg u zdravih životinja, dobivena termodilucijom (51).

Sibbald i suradnici pokušali su odrediti normalan raspon vrijednosti EVLW. Iz grupe od 79 kritičnih bolesnika, koji su zahtijevali invazivni hemodinamski monitoring, autori su identificirali podgrupu od 16 bolesnika koji nisu imali radioloških znakova plućnog edema, niti znakova sustavne infekcije, a imali su normalan plućni kapilarni tlak okluzije. Srednja \pm SD vrijednost EVLW u potonjoj podgrupi bila je 5.6 ± 1.8 mL/kg, indicirajući kako je gornja ranica normalnog raspona (+2SD) oko 9 mL/kg (52).

Danas dostupnom tehnologijom izmjere raspon referentnog intervala EVLW u odraslih osoba uredne plućne funkcije iznosi 3,0 - 7,0 ml/kg, (12).

Studije istraživanja valjanosti mjerenja EVLW kod ljudi prikazane su u tablici 2.

Tablica 2. Studije istraživanja valjanosti mjerenja EVLW kod ljudi.

Legenda: ALI = (ALI - *acute lung injury*) = akutna plućna ozljeda; ARDS = (ARDS - *acute respiratory distress syndrome*) = akutni respiratorni distress sindrom; CXR = (CXR - *chest x-ray*) = rendgenogram prsišta; JIL = jedinica intenzivnog liječenja; LIS = (LIS - *lung injury severity*) = ljestvica stupnja plućne ozljede; N = broj bolesnika; PaO₂/FiO₂ = (PaO₂/FiO₂ - *arterial pressure of oxygen / fraction of inspired oxygen*) = omjer parcijalnog tlaka kisika u arterijskoj krvi i inspiracijske frakcije kisika; PEEP = (PEEP - *positive end expiratory pressure*) = pozitivni tlak na kraju ekspirija; TPTD = (TPTD - *transpulmonale thermodilution*) = transpulmonalna termodilucija; SOFA = (SOFA - *sequential organ failure assessment*) = sekvencijalna procjena zatajenja organa.

Autor, godina, referenca	Istraživana populacija	Metoda	N	Usporedba EVLW vs.	Zaključak studije
Wan i sur. 2005, (53)	JIL septički šok	TPTD	23	PaO ₂ /FiO ₂	Δ ELWI vs Δ PaO ₂ /FiO ₂ r = -0.33; P<0.01
Kuzkov i sur. 2006, (8)	JIL septički šok ALI	TPTD	38	popustljivost PaO ₂ /FiO ₂ LIS zbroj CXR zbroj Endotelin 1	Dan 1 Dan 3 r = 0.48 r = 0.51 r = -0.5 r = -0.49 r = 0.46 r = 0.53 r=0.39 P<0.01 u ALI signifikantno viši u bolesnika s EVLW \geq 7
Phillips i sur. 2008, (54)	JIL sepsa ARDS	TPTD	19	LIS zbroj SOFA zbroj PaO ₂ /FiO ₂	r = 0.53 P = 0.02 r = 0.61 P = 0.006 r = -0.53 P= 0.02
Chung i sur. 2010, (55)	JIL/teška sepsa	TPTD	67	SOFA zbroj	Dan 1 Dan 3 r = 0.70 r = 0.77 P<0.001 P<0.001
Craig i sur. 2010, (56)	JIL/ALI-ARDS	TPTD	44	LIS zbroj oksigenacijski index PaO ₂ /FiO ₂ popustljivost	r = 0.50 P = 0.0005 r = 0.56 P = 0.0001 r = -0.57 P<0.0001 r = -0.06 P = 0.71
Chew i sur. 2012, (13)	JIL SIRS zatajenje cirkulacije	TPTD	51	PaO ₂ /FiO ₂ CXR zbroj PEEP LIS zbroj	r = -0.37 do -0.49 P = 0.001 r = 0.26 do 0.46 P = 0.002 bez korelacije s EVLW P<0.01
Kushimoto i sur. 2012, (23)	JIL multicentrična studija ALI/ARDS	TPTD	266	PaO ₂ /FiO ₂	r = -0.21 P<0.01
Mallat i sur. 2012, (57)	JIL septički šok	TPTD	55	LIS PaO ₂ /FiO ₂ Popustljivost	r = 0.52, 0.55, 0.6 r = -0.32, -0.37, -0.37 dan1-3 P<0.05 bez korelacije
Brown i sur. 2013, (58)	JIL ALI/ARDS	TPTD	476	CXR zbroj	r = 0.35 P<0.001

1.3.2. Indeksiranje vrijednosti EVLW

Podaci dobiveni metodom razrjeđenja jednog inikatora daju apsolutnu vrijednost EVLW, tj. volumen u mL. Obzirom da viši ljudi imaju veća pluća i više plućne vode, razumljivo je kako je logičnije koristiti, što je već sada uvriježeno, indeksirane vrijednosti EVLW. Indeksiranje fizioloških osobina se anulira ovisnost o visini, težini i spolu i olakšava usporedbu bolesnika (13, 49, 57).

Danas dostupni uređaji za mjerenje EVLW automatski indeksiraju vrijednosti prema idealnoj tjelesnoj težini, te je prikazuju kao EVLWI (EVLWI - *extravascular lung water index*), (12).

$$\text{EVLWI} = \text{EVLW} / \text{tjelesna težina idealna}$$

Opis: EVLWI = ((EVLWI - *extravascular lung water index*) indeks izvanžilne plućne tekućine; EVLW = (EVLW - *ekstravascular lung water*) izvanžilna plućna tekućina.

Izmjereni EVLW i EVLWI odražavaju količinu tekućine u plućnom inersticiju i intraalveolarnom prostoru. Upozorenja koja se odnose na mjerenje minutnog volumena srca vrijede i za mjerenje EVLW. Neka odstupanja, poput oscilacija bazične linije utječu na mjerenje C_{otp} i MT_{tth} u suprotnom smjeru, te se tako međusobno poništavaju (12).

1.4. SEPSA

Sepsa je klinički sindrom koji ima fiziološke, biološke i biokemijske nenormalnosti uzrokovane nereguliranim upalnim odgovorom na infekciju. Termin sindrom sustavnog upalnog odgovora, SIRS (SIRS - *systemic inflammatory response syndrome*) stvoren je 1992. godine od članova Američke udruge torakalnih liječnika (*American College of Chest Physicians*) i Društva intenzivne medicine (*Society of CriticalCare Medicine*), koji su se sastali kako bi postigli konsenzus o definiciji kritičnog oboljenja, a za svrhu izrade dizajna kliničkih istraživanja (59).

SIRS opisuje odgovor domaćina na kritično oboljenje infektivnog ili neinfektivnog porijekla.

Specifične definicije su:

Sepsa - SIRS nastao kao posljedica predmnijevanog ili poznatog mjesta infekcije (60-62).

Teška sepsa - sepsa sa pridruženim akutnim zatajenjem organa (60-62).

Septički šok daljnja je progresija teške sepse, a definira ga niski srednji arterijski tlak unatoč adekvatnoj nadoknadi cirkulirajućeg volumena (60-62).

Refrakterni septički šok je stanje niskog MAP-a unatoč adekvatnoj nadoknadi cirkulirajućeg volumena i primjeni vazopresorne terapije (60-62).

Nova definicija sepse naglašava prvenstveno nehomeostatski odgovor domaćina na infekciju, moguć smrtni ishod i potrebu za hitnim terapijskim postupkom (63).

1.4.1. Upalna kaskada

Patofiziološke procese sepse može započeti komponenta vanjske membrane Gram negativnih mikroorganizama, npr. lipopolisaharid, lipid A, endotoksin ili Gram pozitivnih mikroorganizama: lipoteikolična kiselina, peptidoglikan, kao i glivične, virusne i parazitne komponente.

Signalizacija navedenim medijatorima odvija se putem transmembranskih receptora, tzv. 'Toll-like' receptora (64). Unutar monocita aktivira se jezgri čimbenik- κ B, koji dovodi do proizvodnje proupalnih citokina, čimbenika TNF- α , IL-1, IL-6, IL-12 (IL-12 – *interleukin*

12), i interferon - γ . TNF- α i IL-1 dalje dovode do proizvodnje toksičnih medijatora, uključujući prostaglandine, leukotriene, čimbenik aktivacije trombocita i fosfolipazu A2.

Navedeni medijatori oštećuju endotelijalni sloj, dovodeći tako do kapilarnog propuštanja (64).

Nadalje, ovi citokini dovode do proizvodnje adhezijskih molekula na endotelijalne stanice i neutrofile. Interakcija neutrofila i endotela dovodi do daljnjeg oštećenja endotela oslobođanjem neutrofilnih komponenata. Konačno, aktivirani neutrofilni oslobođaju dušikov oksid, jaki vazodilatator koji dovodi do septičkog šoka. Antiinflamatorni citokini su: TGF- β (TGF- β *transforming growth factor* β), IL-4 (IL-4 - *interleukin 4*) i IL-10 (IL-10 - *interleukin10*), (64).

1.4.2. Značaj neutrofilnih leukocita u sepsi

Neutrofilni leukociti mogu se podijeliti u mononuklearne i polimorfonuklearne stanice, odnosno granulocite. U normalnim okolnostima broj neutrofila iznosi 40 do 70% leukocita u ljudskoj perifernoj krvi. U sepsi, neutrofilni predstavljaju prvu crtu obrane protiv patogena, raspoložujući znatnim mogućnostima eliminacije patogena. Fagocitoza i oslobođanje topivih antimikrobnih molekula iz granula važni su mehanizmi. Neutrofilni mogu i zarobiti bakterije u izbačenim strukturama baziranim na DNA (DNA - *deoxyribonucleic acid*), koje sadrže antimikrobne proteine poput elastaze, katepsina G i mijeloperoksidaze, a koji su nazvani neutrofilnim izvanstaničnim zamkama, NETs (NETs - *neutrophil extracellular traps*), (64). Pokazano je da stvaranje NETs-a može prethoditi fagocitozi, i čini se da NETs može presresti i zarobiti više bakterija istovremeno, za razliku od fagocitoze (64). Specifična značajka sepse je mobilizacija nezrelih neutrofila iz koštane srži u cirkulaciju.

Nakon stimulacije sa bakterijskim virulentnim čimbenicima, neutrofilni se aktiviraju i oslobođaju specifične vezikule i granule u fagocitičnu vakuolu ili izvan stanice. Stimulirani vaskulani endotel u blizini mjesta upale luči selektine koji aktiviraju neutrofile. Time postižu vezanje cirkulirajućih neutrofila za endotel specifičnim selektinskim ligandima. Uspostavlja

se čvrsta adhezija uz endotel, omogućavajući neutrofilima kotrljanje po endotelu, kako bi naposljetku transmigrirali kroz vaskularnu bazalnu membranu na mjesto infekcije (64).

Neutrofili čuvaju spremnik različitih proteina i proteaza, kao i receptore vezane na membranu za endotelijalne adhezijske molekule, proteine izvanstaničnog matriksa i topljive medijatore upale. Većina navedenih koraka, iza kojih slijedi aktivacija neutrofila, je ovisna i nastaje zbog mobilizacije citoplazmatskih granula i sekrecijskih vezikula koji su spremljeni unutar neutrofila. Oni omogućuju uništavanje patogena, ali i oštećuju lokalno tkivo (64).

Neutrofili sadrže više od 300 različitih proteina koji se oslobađaju u hijerarhijskom slijedu tijekom gibanja neutrofila iz krvotoka u inficirano tkivo. Neutrofilne granule mogu se klasificirati kao primarne, sekundarne i tercijarne. Primarne granule se formiraju u promijelocitnoj fazi, a sekundarne u mijelocitnoj fazi. U kasnijoj, metamijelocitnoj fazi, u kojoj se neutrofili dalje diferenciraju, stvaraju se tercijarne granule. Faze razvoja određuju specifični sadržaj u različitim granulama. Osim granula, sekrecijski vezikuli okarakterizirani su neposrednim oslobađanjem sadržaja prilikom kontakta između neutrofila i endotela (64).

Nakon aktivacije neutrofila sekrecijski vezikuli se translociraju i prekrivaju površinu neutrofila β -integrinima, receptorima koji su povezani s membranom a koji posreduju endotelijalnu adheziju i započinju transmigraciju neutrofila kroz endotel. Kontrolirana mobilizacija neutrofila i regulirana egzocitoza granula i vezikula dozvoljava transformaciju neutrofila iz pasivno cirkulirajuće stanice u ključnu izvršnu stanicu prirođenog imunološkog sustava, omogućujući isporuku proteina neutrofila u ciljanom modalitetu (64).

Cirkulirajući neutrofili u sepsi imaju suprimiranu apoptozu, duži životni vijek i proupalni fenotip sa povećanim omjerom TNF- α /IL-10. Protuupalni medijatori mogu deaktivirati leukocite ekspresijom antagonista IL-1 receptora, IL-4, IL-10, IL-13 (IL-13 - *interleukin -13*) i TGF- β , (64).

1.4.3. Povezanost upale i koagulacije

TNF- α i IL-1 imaju isto izravan učinak na površinu endotela. Posljedično navedenim citokinima, tkivni čimbenik, koji je prvi korak u vanjskom putu koagulacije, bude izražen na površini endotela i monocita. Tkivni čimbenik dovodi do proizvodnje trombina, koji je sam po sebi proupalna molekula. Trombin uzrokuje ugruške fibrina u mikrocirkulaciji. Fibrinoliza je također oštećena tijekom septičnog procesa. IL-1 i TNF- α dovode do proizvodnje aktivatora inhibitora plazminogena 1, jakog inhibitora fibrinolize (64).

Proupalni citokini onemogućuju prirodene modulatore koagulacije i upale, aktivirani protein C, (APC) i antitrombin. Protein C cirkulira kao neaktivni zimogen, ali u prisutnosti trombina i trombomodulina, proteina vezanog za površinu endotela, pretvara se u APC. Istraživanja su pokazala da proupalni citokini mogu 'odlijepiti' trombomodulin sa površine endotela i dovesti do smanjenja stvaranja trombomodulina, te na taj način sprječavati aktivaciju proteina C. APC i njegov kočimbenik protein S isključuju proizvodnju trombina odvajajući čimbenike Va i VIIIa. APC vraća fibrinolitički potencijal inhibirajući PAI-1 (PAI-1 - *plasminogen activator inhibitor-1*). In vitro studije su pokazale kako APC ima izravna protuupalna svojstva, uključujući inhibiciju proizvodnje proupalnih citokina od strane lipopolisaharidom stimuliranih monocita, inhibirajući adheziju i 'kotrljanje' neutrofila, te njihovo nakupljanje (64).

Antitrombin je drugi prirodni endotelni regulator koji je zahvaćen u sepsi. Antitrombin inhibira proizvodnju trombina na više mjesta u koagulacijskoj kaskadi, kao i izravnim vezanjem na nj. Antitrombin, kada je vezan za glikozaminoglikane površine endotelne stanice, dovodi do proizvodnje protuupalne molekule prostaciklina, prostaglandin I₂. Postoje dokazi da neutrofilna elastaza miče glikozaminoglikane sa površine endotelnog sloja, te tako ograničava protuupalna svojstva antitrombina (64).

1.4.4. Imunoparaliza

CD4 limfociti imaju ključnu ulogu u upalnom odgovoru u sepsi. Rano u procesu sepse te stanice imaju TH1 fenotip, te proizvode velike količine proupalnih medijatora, uključujući interferon γ , TNF- α i IL-2 (IL-2 - *interleukin 2*). CD4 limfociti mogu evoluirati u TH2 fenotip, gdje CD limfociti proizvode protuupalne citokine, uključujući IL-10, IL-4 i IL-13.

Ta je promjena često u svezi s oslobađanjem hormona stresa, poput katekolamina i kortikosteroida. Ti citokini prigušuju imunološki odgovor i mogu dovesti do deaktivacije monocita. Rano oslobođen TNF- α može uzrokovati apoptozu limfocita u crijevu, dovodeći tako do daljnje imunosupresije. Kao posljedica začaranog kruga upale i koagulacije, razvija se kardiovaskularna insuficijencija i multiorgansko zatajenje, što često dovodi do smrti (64).

Kardiovaskularna insuficijencija može nastati na razini miokarda kao posljedica depresivnih učinaka TNF- α , ili na razini krvnih žila zbog vazodilatacije i kapilarnog curenja (64).

1.5. PLUĆNI EDEM

1.5.1. Struktura i funkcija pluća

Pluća, čine izuzetno učinkovit sustav za izmjenu plinova; apsorpciju kisika i eliminaciju ugljikovog dioksida. Bogata mreža kapilara obavija oko 300 milijuna alveola pružajući učinkovitu površinu za izmjenu plinova od čak 130m^2 , a volumena svega 4L. Iznimno tanka barijera između zraka i krvi, na nekim mjestima svega $0.3\mu\text{m}$, uvelike pridonosi učinkovitosti izmjene plinova. Plućni edem nastaje kada se poremeti osjetljiva fiziološka ravnoteža koja zadržava krv unutar kapilara i čini alveole prozračnima (65).

1.5.2. Alveokapilarna membrana

Alveokapilarna građa pluća omogućava izmjenu plinova, kao i nepropusnu membranu koja dijeli plin u alveoli od plućnog kapilarnog krvotoka. Izmjena plinova odvija se u alveolarnom dijelu. Alveokapilarnu jedinicu čini kapilarni endotel sa pripadajućom bazalnom membranom, intersticijski prostor i alveolarni epitel (stanice tip I i tip II), sa pripadajućom bazalnom membranom. Tip I stanica je karakteriziran vrlo tankim, raširenim citoplazmatskim izdancima. Ove strukturne modifikacije minimiziraju difuzijsku udaljenost izmjene plina na alveokapilarnoj membrani. Nasuprot tome, tip II alveoepitelnih stanica su kuboidnog oblika, imaju brojne mikrovile na površini i sadrže lamelarna tjelešca u kojima je pohranjen surfaktant. Alveokapilarna barijera koja odvaja zračni prostor od kapilare iznosi $0.5\mu\text{m}$, te omogućava učinkovitu izmjenu plinova, uz uvjet adekvatne ventilacije (66).

1.5.3. Starlingove sile

Sile koje utječu na kretanje tekućine iz plućne mikrocirkulacije u intersticij ili alveolarni prostor su definirane Starlingovim zakonom filtracije tekućine kroz polupropusnu membranu (67, 68).

$$Q = Kfc[(Pc-Pi)-\sigma(\pi_p-\pi_i)]$$

Opis: Q = protok tekućine kroz vaskularni epitel u jedinici vremena; Kf = koeficijent kapilarne filtracije; c = hidraulička provodljivost kojom tekućina prolazi endotel; Pc = hidrostatski tlak u plućnim kapilarama; Pi = hidrostatski tlak u intersticijskom prostoru; (Pc-Pi) = gradijent tlaka kroz vaskularnu stijenku; σ = koeficijent osmotske refleksije; ($\pi_p-\pi_i$) = gradijent onkotskog tlaka između plućnih krvnih žila (π_p) i intersticija (π_i).

Današnje spoznaje idu u prilog tomu da je alveolarni epitel najmanje za jedan stupanj manje propusan za proteine i male molekule od plućnog endotela i stoga glavni regulator izmjene tvari i tekućine kroz alveokapilarnu membranu (67, 68).

Nekoliko čimbenika sprječava tekućinu koja se filtrira iz vaskulature da uđe u alveolarni zračni prostor. Na primjer, gradijent onkotskog tlaka ($\pi_p-\pi_i$) u pravilu pogoduje reapsorpciji tekućine iz intersticija. Uz to, povećava se limfna drenaža kao kompenzatorni odgovor na povećanu transvaskularnu filtraciju tekućine. Kao konačna obrana od alveolarnog edema, epitelna barijera aktivno sudjeluje u reapsorpciji tekućine koja se nakuplja unutar zračnog prostora (67, 68).

U ARDS-u ozljeda endotelijalne membrane, epitelne barijere ili oboje dovode do gubitka restriktivnih svojstava alveokapilarne membrane što ima za posljedicu nastanak intersticijskog edema i nakupljanje tekućine u alveolama. Vodeći i najvažniji poremećaj je smanjena količina kisika u plućnoj arterijskoj krvi (67, 68).

1.5.4. Limfni sustav pluća

Posljedično stvaranju filtrata preko plućnog kapilarnog endotela u interalveolarni septum, filtrat teče izravno kroz rahlo intersticijsko tkivo koje okružuje susjedne arteriole, venule i bronchiole, odakle može dalje prijeći u terminalne ogranke plućnog limfnog sustava. Taj protok održan je gradijentom tlaka između interalveolarnog intersticija, gdje je tlak otprilike jednak alveolarnom tlaku, i peribronhovaskularnog intersticija, gdje je tlak otprilike jednak pleuralnom tlaku. Iako je tehnički zahtjevno mjeriti protok limfe, ekstrapolacijom iz životinjskog modela dolazi se do podatka o protoku limfe od 8-9 mL/h kroz zdrava pluća, iako u patološkim stanjima može porasti i više od 10 puta (69, 70).

1.5.5. Nastanak plućnog edema

Iz Sterlingovog zakona filtracije vidljivo je kako pojačana ekstravazacija može nastupiti u bilo kojoj situaciji gdje dolazi do porasta filtracijskog tlaka ili pojačane propusnosti membrane. Klinička praksa prepoznaje dva sindroma: hidrostatski plućni edem, gdje povišen filtracijski tlak dovodi do pojačane ekstravazacije kroz prvenstveno normalan kapilarni endotel, i propusni plućni edem, gdje dolazi do pojačane filtracije zbog pojačane propusnosti kapilarnog zida (69, 70).

Klasični primjer hidrostatskog plućnog edema nastaje uslijed popuštanja lijeve klijetke, dok propusni plućni edem nastaje zbog ekstravazacije proteina kroz propusne kapilare, što rezultira edemskom tekućinom koja je bogata proteinima (69, 70).

1.5.6. Klirens alveolarne tekućine

Kada edem napreduje do točke nakupljanja tekućine u alveolama, klirens edema iz alveolarnog prostora ovisi o aktivnom transportu natrija kroz alveolarnu epitelnu barijeru. Natrij prelazi apikalnu membranu alveolarnih pneumocita tip II putem natrijevih kanala ovisnih o amiloridu; dalje se aktivno prenosi kroz bazolateralnu membranu u intersticij putem

Na^+/K^+ ATPaze. Voda tada pasivno slijedi natrij; u plućima je osmotska propusnost za vodu visoka. Kliničke studije su pokazale da pacijenti sa edemom zbog pojačane propusnosti imaju oštećen alveolarni epitelijalni transport tekućine (71, 72).

1.6. ENDOTELIJALNI GLIKOKALIKS

1.6.1. Struktura i funkcija endotelijalnog glikokaliksa

Endotelijalni glikokaliks predstavlja združenu membranu sačinjenu od glikoproteina, proteoglikana i glikozaminoglikana koji se nalaze na luminalnoj strani endotelijalnih stanica. U nefenestriranim kapilarama, poput onih u plućima, endotelijalni glikokaliks čini kontinuirani sloj obavijajući zidove endotelijalnih stanica i ispunjavajući pukotine između endotelijalnih stanica. Endotelijalni glikokaliks je propustan za vodu, i ponaša se poput polupropusne membrane prema proteinima plazme, kao što je albumin. Posljedično tome, unutar endotelijalnog glikokaliksa postoji volumen tekućine intravaskularno, isključen od cirkulirajućeg volumena, bez eritrocita, s niskom koncentracijom proteina (73-76).

Na mjestu endotelijalnog međustaničnog spoja, primarnog puta za izmjenu tekućine kroz kapilarni endotel, subglikokaliksni prostor je u izravnoj komunikaciji sa intersticijskim prostorom putem međustanične pukotine. Stoga, filtracija tekućine na ovom mjestu nije uzrokovana interakcijom hidrostatskog tlaka i intersticijskog koloidnog onkotskog tlaka, već subglikokaliksnim koloidnim onkotskim tlakom (73-76).

Proteinske molekule mogu dosegnuti intersticijski prostor izravnim transportom kroz endotelijalne stanice, održavajući intersticijski koloidni onkotski tlak. Endotelijalni glikokaliks je zaštićen od nakupljanja proteina putem dva mehanizma. Prvo, refleksijski koeficijent endotelnog glikokaliksa prema proteinima plazme je visok, dijelom zbog negativno nabijenih glikozaminoglikana, sprječavajući izravnu ekstravazaciju proteina plazme. Drugo, retrogradni prolaz proteina iz intersticija u subglikokaliksni prostor je

onemogućen dugačkim i zavojitim tijekom međustanične pukotine, kroz koju kontinuirani protok ultrafiltrata relativno visoke brzine prolaska sprječava uzvodni tok proteina (73-76).

Osim spomenutih mehanizama regulacije mikrovaskularnog protoka, endotelni glikokaliks ima niz drugih važnih funkcija. To su smanjenje vaskularnog smičnog stresa i regulacija adhezije leukocita i trombocita. Dušikovim oksidom posredovana vazodilatacija, kao odgovor na povišen endotelijalni smični stres, esencijalni je regulatorni mehanizam unutar kapilare, a koji prilagođava promjer krvne žile protoku kroz istu. Ovi mehanizmi nisu u potpunosti razjašnjeni. Smatra se kako interakcija između konstituenata plazme i endotelnog glikokaliksa ima važnu ulogu u mehaničkom prijenosu. Prisutnost intaktnog endotelnog glikokaliksa sprječava interakciju između leukocita i trombocita, sprječavajući tako adheziju leukocita i trombocita na stijenku endotela (73-76).

1.6.2. Patofiziologija endotelijalnog glikokaliksa

Endotelni glikokaliks ima bitnu ulogu u određivanju kapilarne propusnosti, regulirajući interakciju krvnih stanica i endotelijalnih stanica, te posredujući osjetljivost na smični stres. Endotelni glikokaliks može biti oštećen u nizu patoloških situacija, što dovodi do gubitka konstituenata endotelnog glikokaliksa, a koji se posljedično mogu naći u plazmi. Takva degradacija glikokaliksa inhibira homeostatsku ulogu glikokaliksa i ima za posljedicu stvaranje kapilarnog propuštanja, nastanak edema, ubrzanje upale, hiperagregaciju trombocita i gubitak vaskularnog odgovora (75-77).

1.6.3. Endotelijalni glikokaliks i nastanak plućnog edema

Podrobnije razumijevanje odrednica mikrovaskularne filtracije i funkcije endotelijalnih stanica čini teoretsku podjelu mehanizama nastanka plućnog edema na hidrostatski, gdje je kapilarna propusnost normalna i propusni, gdje je hidrostatski tlak normalan i propusnost povećana, pojednostavljenom. Klasični Starlingov princip sugerira da povećanje kapilarnog

hidrostatskog tlaka rezultira linearnim povećanjem filtracije. Istraživanja na izoliranom modelu pluća životinja pokazuju nelinearnu povezanost kapilarnog hidrostatskog tlaka i filtracije, na način da se sa povećanjem kapilarnog hidrostatskog tlaka poveća i propusnost kapilare (78, 79).

1.6.4. Endotelijalni glikokaliks i blagi ARDS

U laboratorijskim studijama i pokusima na životinjama, kapilarnih endotelijalnih stanca na različitim anatomskim lokacijama, oštećenje glikokaliksa povezano je sa mnoštvom patogenih procesa, koji se odnose na razvoj blagog ARDS-a; adhezija trombocita i leukocita na površinu kapilarnog endotela, aktivacija koagulacijske kaskade, "curenje" tekućine i proteina u intersticij i razvoj tkivnog edema (78, 79).

1.7. AKUTNI RESPIRACIJSKI DISTRES SINDROM - ARDS

1.7.1. Definicija

ARDS je akutna dišna insuficijencija različite etiologije praćena nekardiogenim plućnim edemom, progresivnom hipoksemijom, difuznim infiltratima i konsolidacijom plućnoga parenhima. To je nespecifično upalno zbivanje potaknuto izravnom plućnom ozljedom ili sistemskim zbivanjem (80, 83). Tablicom 3 prikazana je Berlinska definicija akutnog respiracijskog distres sindroma.

Tablica 3. Berlinska definicija akutnog respiracijskog distres sindroma (83).

Legenda: CPAP = (CPAP- *continuous positive airway pressure*) stalno pozitivni tlak u dišnim putevima; CT = (CT- *computed tomography*) kompjutorizirana tomografija; FiO₂ = (FiO₂ - *fractionali inspired oxygen*) udio kisika u udahutoj smjesi plinova; mm Hg = milimetri žive
PaO₂ = (PaO₂ - *partial arterial O₂ pressure*) djelomični arterijski tlak kisika; PEEP = (PEEP- *positive end expiratory pressure*) pozitivni tlak na kraju izdaha.

Vrijeme nastanka	Unutar 7 dana od poznatog kliničkog zbivanja ili novonastalo pogoršanje dišne funkcije.
Slikovni prikaz prsnog koša: RTG ili CT	Bilateralni infiltrati – ne mogu potpuno objasniti efuzije, lobarno/lobusni kolaps ili difuzne mrljaste infiltrate.
Etiologija edema	Dišna insuficijencija ne može se objasniti srčanim zatajenjem ili suviškom tekućine. Potrebno učiniti dodatnu obradu, npr. ultrazvuk srca. Isključiti hidrostatski edem.
<u>Oksigenacija</u>	
Blagi	$200 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ uz PEEP ili CPAP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$
Srednje težak	$100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ uz PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$
Težak	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ uz PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$

1.7.2. Etiologija ARDS-a

Etiologija akutnog respiracijskog distres sindroma prikazana je tablicom 4.

Tablica 4. Etiologija akutnog respiratornog distres sindroma (81).

Izravna plućna ozljeda	Sistemska zbijanje
Kontuzija pluća	Akutni pankreatitis
Penetrantna ozljeda pluća	Diseminirana intravaskularna koagulacija
Upala pluća	Eklampsija
Kemijski pneumonitis	Kardiopulmonalno premoštenje
Aspiracija želučanog sadržaja	Masivna transfuzija krvi
Masna embolija	Opekline
Inhalacija toksičnih tvari	Politrauma
Reperfuzijska ozljeda pluća	Proširena maligna bolest
Utapanje	Sepsa
	Šok
	Trovanje lijekovima

1.7.3. Epidemiologija ARDS-a

Preciznu učestalost pojave ARDS-a teško je procijeniti zbog vrlo velikog broja uzroka, popratnih bolesti i kritičnih stanja povezanih s nastankom ARDS-a. Prevalencija ARDS-a u zemljama zapadne Europe procijenjena je na 5% hospitaliziranih bolesnika, 10% bolesnika liječenih u jedinicama intenzivnog liječenja i 25% strojno ventiliranih bolesnika (81, 82).

Više studija pokazalo je incidenciju blagog ARDS-a od 25%, te srednje teškog i teškog ARDS-a od 75%. Pritom je jedna trećina bolesnika s blagim ARDS-om imala progresiju u srednje teški i teški ARDS (83-85).

Podaci dobiveni prospektivnom kohortnom studijom provedenom u Sjedinjenim Državama Amerike korištenjem AECC (AECC- *American-European Consensus Conference*) kriterij a procjenjuju učestalost pojave ARDS-a na 64,2-78,9 oboljelih/100 000 osoba godišnje, u zemljama sjeverne Europe na 17 oboljelih/100 000 osoba godišnje, Španjolskoj 7,2 oboljela /100 000 osoba godišnje. U Australiji s Novim Zelandom godišnja incidencija blagog oblika

ARDS-a iznosi 34 oboljela/100 000 osoba godišnje, a teškog oblika ARDS-a 28 oboljelih /100 000 osoba godišnje. Stopa smrtnosti u 28 dnevnom periodu za blagi ARDS bila je 28% a za teški ARDS 34%. Najčešći je uzrok blagog ARDS-a i teškog ARDS-a u skupini izravne ozljede pluća bila pneumonija, a od neizravnih uzroka sepsa (83-88).

Istraživanje provedeno korištenjem AECC kriterija u 23 jedinice intenzivnog liječenja u Škotskoj navodi incidenciju ARDS-a od 16 oboljelih/100 000 osoba godišnje s mortalitetom od 53,1%. Od ukupno 367 slučajeva ARDS-a 40,8% bilo je povezano sa sepsom i udjelom mortaliteta od 61% (89).

Prospektivna kohortna studija provedena u 20 bolnica u Sjedinjenim Državama Amerike pokazala je godišnju incidenciju blagog ARDS-a od 22-64 oboljelih/100 000 osoba godišnje (9). Istraživanje ALIVE studije provedeno u 10 europskih zemalja uključivalo je 78 jedinica intenzivnog liječenja. Blagi ARDS pojavljuje se u 7,1% od 6522 prijema, od čega više od polovice bolesnika razvije teški ARDS (81).

1.7.4. Patogeneza ARDS-a

U ARDS-u dolazi do oštećenja alveokapilarne jedinice uključujući endotel i epitel, te dolazi do disrupcije alveokapilarne barijere. Alveolarni prostor se ispuni tekućinom, inaktivira se surfaktant, nastaje upala, posljedično dolazi do ozbiljnog poremećaja izmjene plinova i gubitka plućne popustljivosti. Edem pluća uslijed pojačane propusnosti alveokapilarne membrane patofiziološko je obilježje ARDS-a. Alveolarni prostor obložen je hijalnim membranama i ispunjen edemskom tekućinom bogatom proteinima i upalnim stanicama. Ukoliko ne dođe do rezolucije akutne faze, nastaje fibroza sa perzistirajućom hipoksemijom, povećanim mrtvim prostorom, plućnom hipertenzijom i daljnjim gubitkom plućne popustljivosti. Faze ARDS-a mogu se podijeliti na: akutnu fazu (prvih 1-6 dana), subakutnu fazu (sljedećih 7-14 dana) i kroničnu fazu (nakon 14 dana). Ozljeda plućnih kapilara (ozljeda endotela) najvažniji je inicijalni uzrok ARDS-a, dakle mikrocirkulacija pluća postaje pojačano

propusna, što rezultira plućnim edemom bogatim proteinima, čak i u prisutnosti normalnog tlaka u plućnim krvnim žilama (90-92).

Ozljeda endotela može nastati na nekoliko načina, međutim najdokumentiraniji je mehanizam neutrofilima posredovane ozljede pluća. I u infektivnom i u neinfektivnom porijeklu ozljede pluća dolazi do nakupljanja neutrofila u kapilarama pluća i do njihove aktivacije, posljedične degranulacije i oslobađanja mnogih posrednika upale (93, 94).

1.7.5. Medijatori ARDS-a

Razni humoralni čimbenici su istraživani kao mogući medijatori ARDS-a. Proupaln citokini, TNF α , IL-1 β , IL-6 i IL-8 su povišeni u bronhoalveolarnom lavatu bolesnika s ARDS-om, i njihove vrijednosti bile su više u bolesnika koji nisu preživjeli (95). naliza skupine ARDS Clinical Network (ARDSnet) o aktiviranom proteinu C, gdje su promatrane razne molekule kao mogući medijatori ARDS-a, pokazala je korelaciju između inhibitora aktivatora plazminogena 1 i IL-6 sa oksigenacijskim indeksom. Medijator ARDS-a je i interleukin -18 (IL-18- *interleukin 18*), čije povišene koncentracije u plazmi bolesnika sa ARDS-om su u izravnoj proporciji sa smrtnim ishodom (92, 93). Neutrofilna elastaza, vodeći granularni enzim sa snažnom nespecifičnom destruktivnom aktivnošću, čini kompleks sa α 1-antitripsinom (NE-AT) ubrzo nakon otpuštanja iz aktiviranih neutrofila. Vrijednosti NE-AT kompleksa su povišene u bolesnika sa ARDS-om (95).

Nekoliko čimbenika rasta su mogući medijatori ARDS-a. To su: vaskularni endotelni čimbenik rasta (VEGF- *vascular endothelial growth factor*) u plućima i čimbenik rasta keratinocita (KGF- *keratinocyte growth factor*), a koreliraju sa težinom bolesti i odražavaju ishod bolesnika (94, 95). Sekundarna analiza FACT (FACT-*fluid and catheter treatment*) studije skupine ARDSnet pokazala je da su vrijednosti čimbenika diferencijacije rasta 15 (GDF-15-*growth differentiation factor-15*) u plazmi povišene u proporciji sa 60-dnevnom smrtnošću (98).

Među molekulama porijeklom iz endotelnih stanica, plazmatske koncentracije P-selektina i topljive međustanične adhezijske molekule (sICAM-1- *soluble intercellular adhesion molecule*) također se razmatraju kao medijatori ARDS-a; potencijal sICAM-1 potvrđen je multicentričnim studijama (99). Dodatne molekule koje se razmatraju kao medijatori su: leptin, hormon u regulacijskoj kaskadi unosa i potrošnje energije, proteaze, DNA, histon, sijalizirani ugljikohidratni antigen Krebs von den Lungen-6, fragment MUC1 mucina, protein surfaktanta B, protein surfaktanta D, protein Clara stanica i γ -2 lanac laminina-5 protein izvanstaničnog matriksa sa stanično-adhezijskim svojstvima (100, 101).

U predviđanju ishoda, interleukin-4, interleukin-2 i angiopoetin-2 su snažni prediktori povezani sa smrtnošću od ARDS-a (102).

1.7.6. Značaj neutrofila u ARDS-u

Neutrofil i njihova uloga sve se više istražuju i dovode u ključnu vezu s nastankom ARDS-a. Čini se kako neutrofil ima ključnu ulogu u nastanku pojačane parastanične propusnosti u ARDS-u. Prolaskom kroz alveokapilarnu barijeru neutrofil obično ne uzrokuje pojačanu propusnost plućnog epitela, međutim u patološkim stanjima migracija velikog broja neutrofila može uzrokovati ozljedu epitela, što uvelike ovisi o stupnju aktivacije neutrofila izlaganjem kemokinima i ostalim proupalnim čimbenicima (101). Transepitelna migracija neutrofila se može prikazati u tri koraka: adhezija, migracija i post-migracija neutrofila (56, 76). U prvoj fazi migracije neutrofil adheriraju na bazolateralnu epitelnu površinu preko tzv. β 2-integrina. Čini se da je CD11b/CD18 molekula primarna u početnoj fazi adhezije neutrofila na bazolateralnu površinu epitela, iako postoje i dokazi transmigracije neutrofila neovisne o CD18 molekuli. Kao kandidat za receptor molekule CD11b/CD18 tek je nedavno nađena podvrsta CD44v3 molekule u gastrointestinalnom epitelu, a koja veže CD11b/CD18 i olakšava transmigraciju neutrofila. Također je i za molekulu CD47, koja se nalazi na površini

epitela i neutrofila, pokazano kako bi mogla potpomagati transepitelnu migraciju (90, 101, 102).

Kada neutrofili prođu epitel i uđu u alveolu, adheriraju na apikalnu površinu, gdje fagocitiraju i ubijaju bakterije. U fiziološkim uvjetima neutrofili mogu prijeći parastanični prostor i zabrtviti epitelne interstanične spojeve, održavajući epitelnu barijeru intaktnom, a alveolu suhom. U patološkim uvjetima, s druge strane, veliki broj neutrofila može otpuštanjem proteaza poput elastaze i metaloproteinaza matriksa, kationskih peptida i reaktivnih vrsta kisika oštetiti alveolarni epitel, potaknuti propuštanje čvrstih interstaničnih veza, kao i apoptozu i nekrozu alveolarnih epitelnih stanica tip I i tip II. Oksidansi imaju neizravan proupalni učinak, te uzrokuju ozljedu epitela putem apoptoze ili nekroze (90, 101, 102).

Neutrofilima posredovanu plućnu ozljedu u ARDS-u mogu modulirati prirodni inhibitori funkcije neutrofila poput molekule CC16; to je inhibitor kemotaksije neutrofila, a nađen je u bronhoalveolarnom lavatu bolesnika s ARDS-om. Isto tako, neutrofilima posredovana upala prestaje apoptozom neutrofila i posljedičnim odstranjivanjem apoptotičnih neutrofila fagocitozom od strane makrofaga. Također, zamijećeno je kako neutrofili u bolesnika sa ARDS-om imaju smanjen stupanj apoptoze, ili čak inhibiciju apoptoze (90, 101, 102).

Destruktivni produkti porijeklom iz neutrofila mogu biti neutralizirani endogenim antiproteazama i antioksidansima, a njihova sinteza se može pojačati proupalnim citokinima. Na primjer, neutrofilnu elastazu neutraliziraju, vežući je na sebe, α 1-antitripsin i α 2-makroglobulin, čineći je nefunkcionalnom (103).

1.7.7. Značaj koagulacije u ARDS-u

Poremećaj koagulacijske i fibrinolitičke kaskade također igra važnu ulogu u patogenezi ARDS-a. Intraalveolarno nakupljanje fibrina je histološko obilježje ARDS-a, a nastaje kao posljedica neravnoteže između prokoagulacijskih, antikoagulacijskih i fibrinolitičkih mehanizama (95, 97, 98). Inhibicija koagulacije također je jak proupalni podražaj. Stvaranje

trombina potiče adheziju neutrofila na endotel, ekspresiju selektina i aktivaciju trombocitnih receptora (100). Stvaranje fibrina također je proupalni proces, povećava propusnost kapilara, aktivira endotelne stanice i potiče adheziju neutrofila (95, 101, 102, 104).

2. HIPOTEZA

Bolesnici sa sindromom sepse imaju smanjenu popustljivost pluća i veće izmjerene vrijednosti PVPI i EVLW zbog toksičnog oštećenja alveolokapilarne membrane.

3. CILJ RADA

3.1. Primarni cilj disertacije:

- a) Istražiti pojavnost i dinamiku PVPI i EVLW u nastanku plućnog edema u sindromu sepse, volumetrijskim PiCCO monitoringom.
- b) Utvrditi moguću razliku u izmjerenim vrijednostima PVPI i EVLW u bolesnika s blagim ARDS-om sa sindromom sepse u odnosu na bolesnike kontrolne skupine.
- c) Utvrditi moguću povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI i EVLW, serumske koncentracije albumina, CRP-a, PaO_2/FiO_2 te izmjerene popustljivosti pluća temeljem krivulje tlak/volumen (P/V) u bolesnika s blagim ARDS-om.

3.2. Sekundarni cilj disertacije:

- a) Istražiti suodnos PVPI i EVLW s $PaCO_2$ i PaO_2 .
- b) Istražiti značaj PVPI i EVLW kao prognostičkih čimbenika na tijek i ishod blagog ARDS-a.
- c) Istražiti značaj PVPI i EVLW kao pokazatelja optimalizacije ventilacijske potpore.

4. MATERIJALI I METODE

4.1. Opis istraživanja

Istraživanje je provedeno od travnja 2008. do prosinca 2011.godine u Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje KBC-a Zagreb. S obzirom na namjenu bilo je primijenjeno, a s obzirom na pristup eksperimentalno. Glede načina dobivanja podataka radi se o opažajnom istraživanju. Vremenska orijentacija bila je prospektivna. Specifični ustroj koji se koristio je kohortno istraživanje. Za primijenjeni statistički model bilo je potrebno obraditi 100 bolesnika, 50 u ispitivanoj i 50 u kontrolnoj skupini. Svi bolesnici su obaviješteni o istraživanju i dali su svoj pismeni pristanak uz potpuno poštovanje njihove privatnosti.

4.2. Bolesnici uključeni u istraživanje

Nakon odobrenja Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Zagreb (br. 01-600/14-1 2007) i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (br. 04-76/2007-572) u istraživanje je uključeno ukupno 100 bolesnika svrstanih u dvije skupine.

4.2.1. Ispitivana skupina

Bolesnici nakon hitnog operativnog zahvata u abdominalnoj kirurgiji, razvrstani u dvije podskupine:

1. Bez dehiscence
2. S dehiscencom

Bolesnici u obje podskupine su različite dobi, spola, intubirani, strojno ventilirani, bez prethodne bolesti srca ili pluća. Ukupan broj bolesnika uključen u istraživanje je 50. Bez dehiscence 32 bolesnika, s dehiscencom 18 bolesnika. U svih bolesnika klinički i laboratorijski dokazana je sepsa i blagi ARDS prema Berlinskoj definiciji. Određivani su

APACHE II (APACHE II- *acute physiology and chronic health evaluation II*) i LISS (LISS *lung injury severity score*) zbrojevi.

4.2.2. Kontrolna skupina

Bolesnici nakon hitnog operativnog zahvata u velikoj vaskularnoj kirurgiji, bez prethodne bolesti srca ili pluća. Ukupan broj bolesnika različite dobi i spola uključen u istraživanje je 50. Klinički i laboratorijski dokazana je sepsa, temeljem Berlinske definicije je isključen blagi ARDS. Određivani su APACHE II i LISS zbrojevi.

Dijagnoza sepse u obje skupine bolesnika postavljena je prema međunarodno definiranim kriterijima, temeljenim na kliničkim znakovima i laboratorijskim nalazima (60-62).

4.2.3. Dijagnostički kriteriji sindroma sepse

Opći pokazatelji

Vrućica: unutrašnja temperatura $>38,3^{\circ}\text{C}$

Hipotermija: unutrašnja temperatura $<38,3^{\circ}\text{C}$

Srčani ritam: frekvencija >90 otkucaja u minuti

Tahipneja: >30 udaha u minuti

Promjena psihičkog statusa

Značajni edem ili pozitivna ravnoteža tekućina: >20 ml/kg duže od 24 sata

Hiperglikemija: glukoza u plazmi $>7,7$ mol/L uz odsutnost šećerne bolesti

Hemodinamski pokazatelji

Srčani indeks $>3,5$ l/min/m²

Arterijska hipotenzija: sistolički krvni tlak niži od 90 mmHg, srednji arterijski tlak niži od 70 mm Hg ili pad sistoličkog krvnog tlaka više od 40 mm Hg

Miješana venska saturacija kisika $>70\%$

Pokazatelji tkivne perfuzije

Smanjeno ponovno punjenje kapilara ili išaranost

Hiperlaktemija: laktat u arterijskoj krvi >3 mmol/L

Pokazatelji disfunkcije organa

Arterijska hipoksemija: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$

Akutna oligurija : diureza $< 0,5 \text{ ml/kg/sat}$

Porast kreatinina za $0,5 \text{ mg /dl}$

Hiperbilirubinemija: plazmatski ukupni bilirubin $> 70 \text{ mmol/L}$

Nenormalnosti zgrušavanja: internacionalni normalizirani omjer (INR) $> 1,5$

aktivirano tromboplastinsko vrijeme > 60 sekundi

trombocitopenija – broj trombocita $< 100\,000 \text{ mm}^3$

Upalni pokazatelji

Leukocitoza: Broj leukocita $> 12\,000 / \text{mm}^3$

Leukopenija: Broj leukocita $< 4\,000 / \text{mm}^3$

Normalni broj leukocita uz 10% nezrelih oblika

CRP u plazmi $>$ dvije standardne devijacije iznad normalnih vrijednosti

Mikrobiološki pokazatelji

Pozitivne hemokulture na aerobne, anaerobne bakterije i/ili gljive, antibiogram.

4.2.4. Dijagnostički kriteriji blagog ARDS-a

Dijagnostički kriteriji blagog ARDS-a temeljeni su na Berlinskoj definiciji (83).

4.2.5. Isključni kriteriji

Isključni kriteriji za bolesnike obiju skupina navedeni su u tablici 5.

Tablica 5. Kriteriji za isključivanje.

Kriteriji za isključivanje
Poremećaji koagulacije
Kardiomiopatija
Insuficijencija aortne valvule
Istisna frakcija lijeve klijetke < 45%
Kronična opstruktivna bolest pluća
Djeca
Trudnice
Bolesnici koji nisu potpisali informativni pristanak
Bolesnici s kontraindikacijom za punkciju arterije femoralis
Alergija u anamnezi
Proširena maligna bolest

4.2.6. Postupak s bolesnikom

Po prijemu u Jedinicu intenzivnog liječenja a nakon učinjenog operacijskog zahvata, bolesnici su i dalje bili orotrahealno intubirani i strojno ventilirani. Za sedaciju bolesnika korišten je midazolam u dozi 0,08-0,2 mg/kg/h. Analgezija je održavana sufentanilom u dozi 0,3-0,5 µg/kg/h. Oba su lijeka primijenjena intravenski, kontinuirano pomoću perfuzora. Cirkulacijski nestabilni bolesnici (MAP <60 mmHg) imali su vazoaktivnu potporu arterenolom (0,6-1,8 µg/kg/min), i izračunati su SOFA (SOFA- *sequential organ failure assessment*) zbrojevi.

Svim bolesnicima postavljen je dvoluminalni centralni venski kateter (CVK; *Arrow International, 7F, 20cm, Athlore, Ireland*) punkcijom vene jugularis interne, a pozicija provjerena radiografski. Istovremeno je postavljen i intraarterijski termistorski termodilucijski PiCCO kateter veličine 4 Frencha (*Pulsiocath PV2014L16N*) punkcijom arterije femoralis koristeći Seldingerovu tehniku.

Preko pretvarača sustav je spojen s primarnim monitorom (*Drager, Infinity Delta XL, Germany*) i s PiCCO (*Drager Infinity R PiCCO Smart Pod TM*) sekundarnim monitorom.

Promjena temperature krvi grafički je bila prikazana kao termodilucijska krivulja na PiCCO

monitoru. Komorica za transpulmonalno temodilucijsko mjerenje nulirana je na razini lijeve pretklijetke. Pokazatelji mjereni TPTD metodom kod bolesnika obiju skupina PiCCO monitoringom bili su:

Pokazatelji plućnog edema

PVPI, EVLW, EVLWI.

Pokazatelji srčanog predopterećenja

Indeks ukupnog volumena na kraju dijastole, GEDVI (GEDV- *global enddiastolic volume index*) i indeks intratorakalnog volumena krvi, ITBVI (ITBVI- *intrathoracic blood volume index*).

Pokazatelj srčanog postopterećenja

Indeks sistemskog vaskularnog otpora, SVRI (SVRI- *systemic vascular resistance index*).
Indeks minutnog volumena srca, CI (CI- *cardiac index*).

Pokazatelji kontraktilnosti srca

Srčani funkcijski indeks, CFI (CFI- *cardiac function index*), indeks kontraktilnosti lijeve srčane komore, dPmx (dPmx- *index of left ventricular contractility*) i ukupna e젝cijska frakcija GEF (GEF- *global ejection fraction*).

Pokazatelji odgovora na terapiju volumenom

Varijacija udarnog volumena, SVV (SVV- *stroke volume variation*) i varijacija pulsnoг tlaka, PPV (PPV- *pulse pressure variation*).

Istovremeno je mjerena srčana frekvencija HR (HR- *heart rate*), srednji arterijski tlak MAP, (MAP- *mean arterial pressure*), sistolički i dijastolički arterijski krvni tlak. PiCCO monitoring bio je korišten u obje skupine bolesnika do postizanja optimalizacije hemodinamskih i TPTD pokazatelja tijekom sedmodnevnog vremenskog perioda.

4.2.7. Primarna mjerenja

PVPI

Transpulmonalna termodilucijska mjerenja PVPI vršena su kod bolesnika obiju skupina PiCCO monitoringom tri puta dnevno u istom osmosatnom vremenskom intervalu: 08, 16 i 24 sata. Svako mjerenje vršeno je primjenom 15 ml hladne ($<8^{\circ}\text{C}$) 5% glukoze u centralni venski kateter tijekom pet sekundi i izraženo je kao srednja vrijednost triju uzastopnih mjerenja unutar pet minuta i maksimalno odstupanje od 10% izmjerene vrijednosti.

EVLW

Mjerenja EVLW i indeksirane EVLW vršena su kod bolesnika obiju skupina PiCCO monitoringom u istom osmosatnom vremenskom intervalu tri puta dnevno: 08, 16 i 24 sata. Svako mjerenje termodilucijskih pokazatelja vršeno je primjenom 15 ml hladne ($<8^{\circ}\text{C}$) 5% glukoze u centralni venski kateter tijekom pet sekundi i izraženo je kao srednja vrijednost triju uzastopnih mjerenja unutar pet minuta i maksimalno odstupanje od 10% izmjerene vrijednosti.

Ostali pokazatelji mjereni TPTD metodom kod bolesnika obiju skupina PiCCO monitoringom u istom osmosatnom vremenskom intervalu bili su:

GEDVI, ITBVI, SVRI, CI, CFI, dPmx, GEF, SVV, PPV, HR, MAP, sistolički i dijastolički arterijski krvni tlak.

4.2.8. Sekundarna mjerenja

U obje skupine bolesnika određivani su slijedeći laboratorijski pokazatelji:

Arterijska krv

Negativni logaritam molekularne koncentracije vodikovih iona, djelomični arterijski tlak kisika, djelomični arterijski tlak ugljičnog dioksida, zasićenost arterijske krvi kisikom, hemoglobin, hematokrit, bikarbonatni, kalijevi, natrijevi i kalcijevi ioni, glukoza, laktat.

Venska krv

Ukupni proteini, albumini, leukociti, diferencijalna krvna slika, C- reaktivni protein.

Krv iz centralne vene

Zasićenost centralne venske krvi kisikom.

Određivanje navedenih laboratorijskih pokazatelja vršeno je četiri puta dnevno u istom šestosatnom vremenskom intervalu; 06,12,18 i 24 sata.

Rentgenska snimka srca i pluća i kompjutorizirana tomografija prsišta

Kontrolna rentgenska snimka srca i pluća činjena je u dvodnevnom vremenskom intervalu i u svakom pogoršaju pokazatelja dišne funkcije. Povišene vrijednosti PVPI, EVLWi indeksirane EVLW uz patološki nalaz rentgenske snimke srca i pluća bile su indikacija za kompjutoriziranu tomografija prsišta.

Hemokulture

Hemokulture su uzimane kod febrilnog stanja bolesnika; izmjerena temperature 38°C. Pritom je praćena temperaturna krivulja i kod litičkog pada temperature uzeta je krv iz periferne i centralne vene. Uzimane su tri hemokulture tijekom 24 sata (60-62).

Glavno mjerenje je mjerenje PVPI i EVLW uz indeksiranu EVLW. Izmjerene vrijednosti PVPI > 3 i EVLW > 10 ml/kg definirale su i pokazale dinamiku blagog akutnog respiratornog distres sindroma.

Sporedno mjerenje je mjerenje PCO_2 , PaO_2 , albumina, PaO_2/FiO_2 , popustljivosti pluća i CRP-a. Odmak od referentnih vrijednosti smatran je pokazateljem nastanka i dinamike blagog akutnog respiratornog distres sindroma i sindroma sepse.

Strojna ventilacijska potpora

Modalitet ventilacijske potpore bio je BIPAP (BIPAP-*biphasic positive airway pressure*).

Postavke ventilatora (*Evita R XL, Drager, Lubeck, Germany*) bile su: udio kisika u udahnujoj smjesi (FiO_2 - *fractional inspired oxygen*) 0,4-0,8, frekvencija disanja (FD) 12-18 x/min; P_{high} 15-30 cm H_2O , P_{low} 5-15 cm H_2O , T_{high} 2-5 sekundi, T_{low} 0,5-1,0 sekunda. Strojni respiracijski volume (V_T) bio je određen razlikom između dvaju tlakova (P_{high} i P_{low}). Odnos inspirija i ekspirija tijekom dišnog ciklusa određen je trajanjem T_{high} i T_{low} .

Popustljivosti pluća intubiranih bolesnika tijekom primjene mehaničke ventilacijske potpore očitana je temeljem krivulje tlak-volumen. Podešavanje postavki ventilacijske potpore bilo je određeno individualnim karakteristikama plućne mehanike bolesnika.

Cilj ventilacijske potpore bio je osigurati adekvatnu izmjenu plinova na alveolokapilarnoj membrani: $PaO_2 > 8,0$ kPa, $PaCO_2 < 7,0$ kPa, $SaO_2 > 90\%$, pH 7,35 -7,45, $PaO_2/FiO_2 \geq 400$, tlak platoa ($P_{plateau}$) ≤ 30 , primjenjujući koncept otvorenih pluća.

Volumna nadoknada bolesnika

Volumna nadoknada bolesnika obiju skupina vršena je kristaloidnim otopinama, 30 ml/kg do postizanja optimalizacije predopterećenja: MAP > 60 mmHg, EVLWI < 7 ml/kg, ITBVI 850 - 1000 ml/m², GEDVI 680-800 ml/m² (36, 61).

Indikacije za transfuziološko liječenje

Indikacija za transfuziološko liječenje pripravkom koncentrata eritrocita bila je Hb < 70 g/l i/ili CI $\leq 2,5$ l/min/m². Održavanje cirkulirajućeg volumena krvi uz koncentracija albumina < 20 g/L bila je indikacija za transfuziološko liječenje pripravkom 20% albumina (105, 106).

4.2.9. Statističke metode

Podaci su prikazani tablično i grafički. Napravljena je analiza normalnosti raspodjele podataka (Smirnov-Kolmogorovljev test) te su se shodno dobivenim rezultatima primijenile odgovarajuće parametrijske statističke analize i načini prikaza podataka. Kvantitativni podaci su prikazani kroz aritmetičke sredine i standardne devijacije. Kategorijski podaci su prikazani kroz apsolutne frekvencije i pripadajuće udjele. Razlike u kvantitativnim vrijednostima između pojedinih skupina su se procijenile nezavisnim t-testom. Razlike u kategorijskim varijablama između ispitivanih skupina se analizirala hi kvadrat testom. Analizom varijance za ponavljana mjerenja su se analizirale razlike u dinamici PVPI, EVLW i EVLWI u odnosu na ispitivane skupine. Povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI i serumske koncentracije albumina, CRP-a, PaO₂/FiO₂ te izmjerene popustljivosti pluća temeljem krivulje tlak/volumen (P/V) u bolesnika s blagim ARDSom analizirana je Pearsonovim koeficijentima korelacije.

Sve P vrijednosti manje od 0,05 su smatrane statistički značajnima. U analizi se koristila programska podrška STATISTICA verzija 10.0 (www.statsoft.com).

5. REZULTATI

Između podskupina u ispitivanoj skupini nije bilo statistički značajne razlike u izmjernim vrijednostima PVPI, EVLW i EVLWI u svim promatranim vremenskim točkama, kao ni u kvantitativnim kliničkim vrijednostima za dob, APACHE II i LISS zbroj.

U tablici 6 prikazana je opisna statistika razlika između ispitivane i kontrolne skupine u kvantitativnim kliničkim vrijednostima za dob, APACHE II zbroj, broj dana u JIL-u, LISS i SOFA zbroj.

Tablica 6. Opisna statistika razlika između ispitivane i kontrolne skupine u pojedinim kvantitativnim kliničkim vrijednostima. Nezavisni t-test.

Legenda: APACHE II = (APACHE II - *acute physiology and chronic health evaluation II*) = ljestvica procjene akutne fiziologije i kroničnog zdravlja, 2. inačica; df = (df - degrees of freedom) = stupanj slobode; LIS - (LISS - *lung injury severity score*) = ljestvica stupnja plućne ozljede N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; SD = standardna devijacija; SOFA=(SOFA - *sequential organ failure assessment*) = sekvencijalna procjena zatajenja organa; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
Dob	Ispitivana	50	55,42	10,83	4,22	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	46,22	10,97			
APACHE II	Ispitivana	50	22,78	4,60	1,12	98,00	0,267
	Kontrolna	50	21,98	2,13			
Broj dana u JILu	Ispitivana	50	6,80	0,40	0,41	98,00	0,681
	Kontrolna	50	6,76	0,56			
LISS	Ispitivana	50	1,88	0,92	14,36	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	0,00	0,00			
SOFA	Ispitivana	35	8,91	2,16	1,95	63,00	0,055
	Kontrolna	30	7,93	1,84			

Između ispitivane i kontrolne skupine statistički značajne su razlike u dobi (ispitivana skupina je starija, $P < 0,001$) i LIS zbroju ($P < 0,001$).

U tablici 7 prikazana je opisna statistika razlika između ispitivane i kontrolne skupine prema spolu i ishodu.

Tablica 7. Opisna statistika razlika između ispitivane i kontrolne skupine u pojedinim kategorijskim kliničkim vrijednostima. X^2 test.

		Skupina			
		Ispitivana		Kontrolna	
		N	%	N	%
Spol	Muški	29	58,0%	28	56,0%
	Ženski	21	42,0%	22	44,0%
Ishod	Preživjeli	29	58,0%	41	82,0%
	Umrli	21	42,0%	9	18,0%

		Skupina
Spol	X^2 test	0,041
	df	1
	P	0,840
Ishod	X^2 test	6,857
	df	1
	P	0,009

Statistički značajno više smrtnih ishoda bilo je u ispitivanoj skupini (P=0,009).

Tablica 8 prikazuje razlike u izmjerenim vrijednostima PVPI između ispitivane i kontrolne skupine tijekom sedmodnevnog perioda.

Tablica 8. Razlike između ispitivane i kontrolne skupine u izmjerenim vrijednostima PVPI.

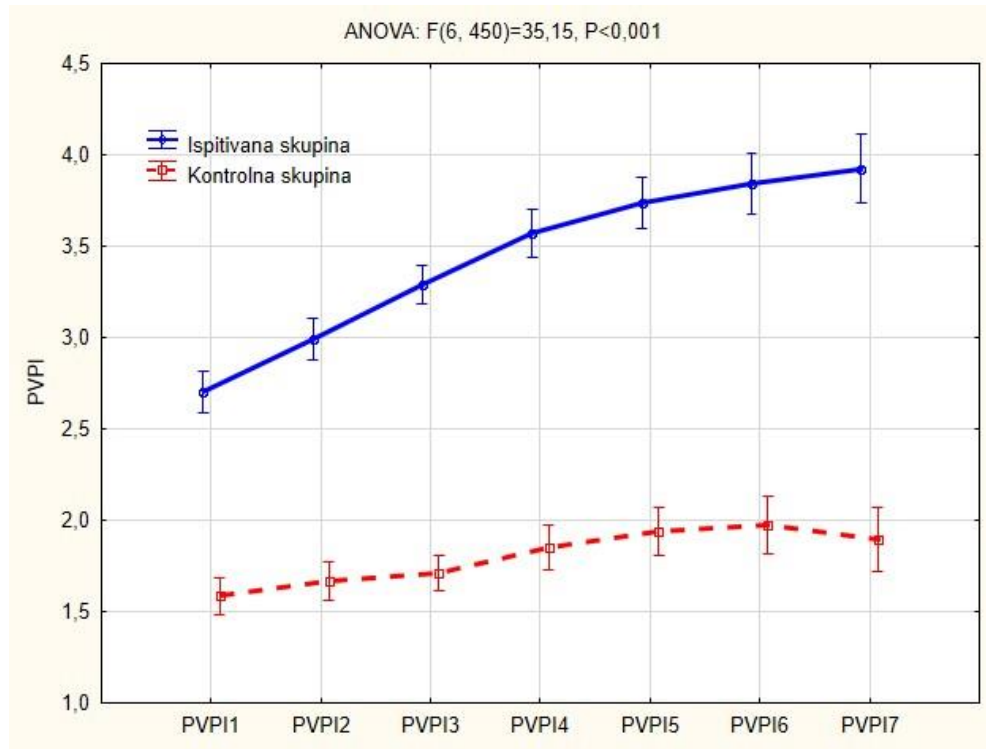
Nezavisni t-test.

Legenda: df = (df - *degrees of freedom*) = stupanj slobode; N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks; SD = standardna devijacija; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
PVPI 1	Ispitivana	50	2,84	0,48	16,86	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	1,58	0,23			
PVPI 2	Ispitivana	50	3,16	0,47	20,08	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	1,65	0,24			
PVPI 3	Ispitivana	50	3,47	0,44	24,60	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	1,70	0,25			
PVPI 4	Ispitivana	50	3,78	0,52	22,44	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	1,83	0,33			
PVPI 5	Ispitivana	50	4,00	0,58	20,98	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	1,92	0,40			
PVPI 6	Ispitivana	48	4,13	0,69	17,98	93,00	<0,001
	Kontrolna	47	1,96	0,46			
PVPI 7	Ispitivana	36	3,93	0,72	15,79	75,00	<0,001
	Kontrolna	41	1,90	0,38			

U svim promatranim vremenskim točkama statistički značajno su veće vrijednosti PVPI u ispitivanoj skupini s naznakom da je razlika između skupina veća kako vrijeme odmiče.

Razlika u dinamici PVPI tijekom promatranog sedmodnevnog vremenskog razdoblja prikazana je slikom 4.



Slika 4. Razlika u dinamici PVPI u odnosu na ispitivanu skupinu. ANOVA za ponavljana mjerenja.

Dodatno je potvrđena značajna razlika u dinamici analizom varijance za ponavljana mjerenja ($P<0,001$).

Tablica 9 prikazuje razlike u izmjerenim vrijednostima EVLW između ispitivane i kontrolne skupine tijekom sedmodnevnog perioda.

Tablica 9. Razlike između ispitivane i kontrolne skupine u izmjerenim vrijednostima EVLW.

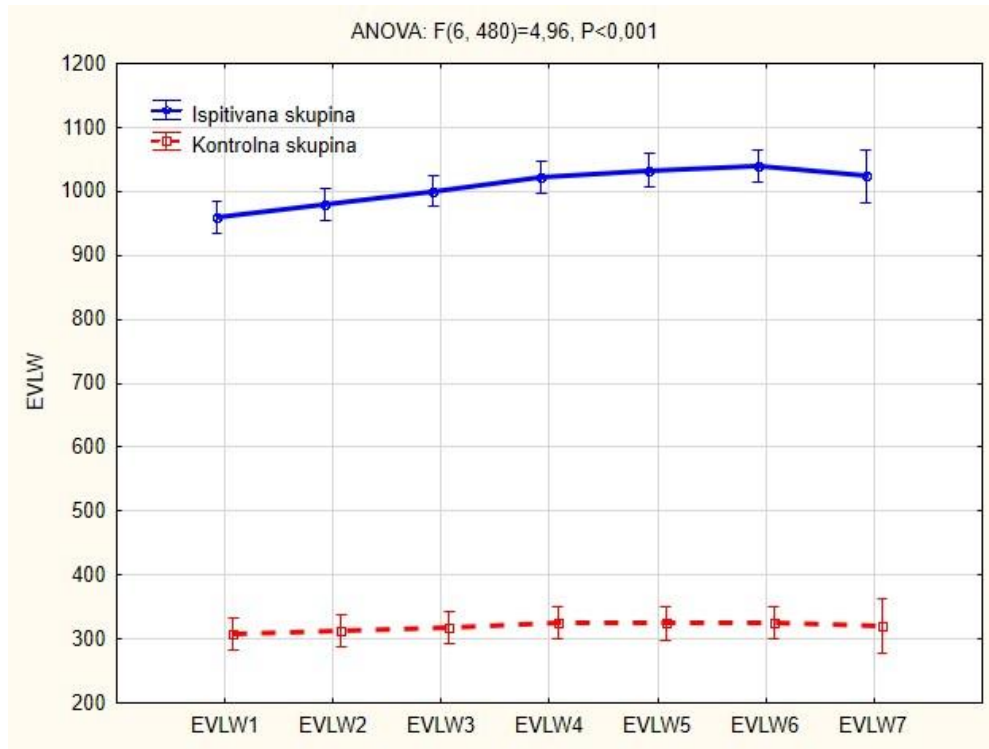
Nezavisni t-test.

Legenda: df = (df - *degrees of freedom*) = stupanj slobode; EVLW = (EVLW - *ekstravascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; SD = standardna devijacija; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
EVLW 1	Ispitivana	50	990,10	125,38	28,21	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	347,00	101,34			
EVLW 2	Ispitivana	50	1013,80	132,34	27,95	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	352,72	102,31			
EVLW 3	Ispitivana	50	1037,64	140,35	27,73	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	357,14	102,04			
EVLW 4	Ispitivana	50	1058,00	141,95	27,79	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	365,58	104,40			
EVLW 5	Ispitivana	50	1069,92	143,33	28,00	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	365,14	105,50			
EVLW 6	Ispitivana	50	1077,34	144,67	28,92	95,00	<0,001
	Kontrolna	47	352,85	95,47			
EVLW 7	Ispitivana	41	1023,66	182,49	23,47	80,00	<0,001
	Kontrolna	41	321,20	58,43			

U svim promatranim vremenskim točkama statistički značajno su veće vrijednosti EVLW u ispitivanoj skupini.

Razlika u dinamici EVLW tijekom promatranog sedmodnevnog vremenskog razdoblja prikazana je slikom 5.



Slika 5. Razlika u dinamici EVLW u odnosu na ispitivanu skupinu. ANOVA za ponavljana mjerenja.

Dodatno je potvrđena značajna razlika u dinamici analizom varijance za ponavljana mjerenja ($P<0,001$).

Tablica 10 prikazuje razlike u izmjerenim vrijednostima EVLWI između ispitivane i kontrolne skupine tijekom sedmodnevnog perioda.

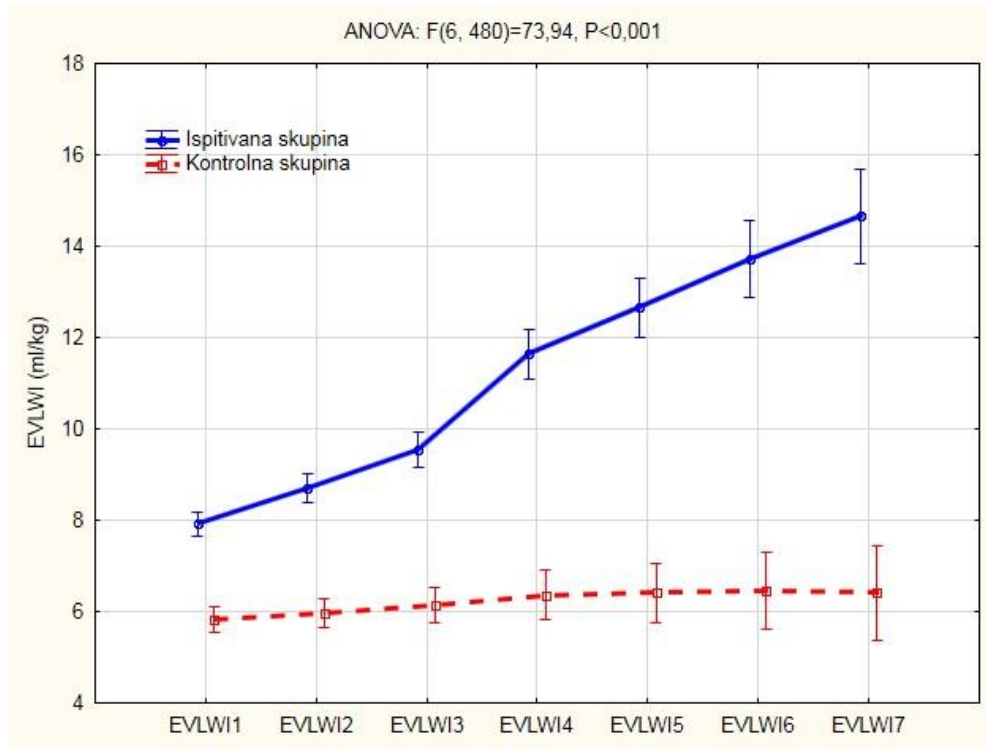
Tablica 10. Razlike između ispitivane i kontrolne skupine u izmjerenim vrijednostima EVLWI. Nezavisni t-test.

Legenda: df = (df - *degress of freedom*) = stupnjevi slobode; EVLWI = (EVLWI – *extra vascular lung water index*) = indeks izvanžilne plućne tekućine; N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; SD = standardna devijacija; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
EVLWI 1	Ispitivana	50	8,09	1,02	12,54	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	5,90	0,71			
EVLWI 2	Ispitivana	50	9,01	1,52	12,58	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	6,02	0,71			
EVLWI 3	Ispitivana	50	9,95	2,02	12,58	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	6,16	0,68			
EVLWI 4	Ispitivana	50	12,19	2,61	15,07	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	6,40	0,76			
EVLWI 5	Ispitivana	50	13,45	3,23	14,79	98,00	<0,001
	Kontrolna	50	6,48	0,81			
EVLWI 6	Ispitivana	50	14,77	4,20	13,24	95,00	<0,001
	Kontrolna	47	6,51	0,80			
EVLWI 7	Ispitivana	41	14,67	4,64	11,21	80,00	<0,001
	Kontrolna	41	6,41	0,84			

U svim promatranim vremenskim točkama statistički značajno su veće vrijednosti EVLWI u ispitivanoj skupini s naznakom da je razlika između skupina veća kako vrijeme odmiče.

Razlika u dinamici EVLWI tijekom promatranog sedmodnevnog vremenskog razdoblja prikazana je slikom 6.



Slika 6. Razlika u dinamici EVLWI u odnosu na ispitivanu skupinu. ANOVA za ponavljana mjerenja.

Dodatno je potvrđena značajna razlika u dinamici analizom varijance za ponavljana mjerenja ($P<0,001$).

Tablica 11. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI, PVPI i serumske koncentracije albumina u ispitivanoj skupini. Pearsonovi koeficijenti korelacije.

		Albumin 1 dan	Albumin 2 dan	Albumin 3 dan	Albumin 4 dan	Albumin 5 dan	Albumin 6 dan	Albumin 7 dan
EVLW 1	Korelacijski koeficijent r	-0,375	-0,388	-0,387	-0,368	-0,369	-0,365	-0,185
	P	0,007	0,005	0,006	0,009	0,008	0,011	0,280
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 2	Korelacijski koeficijent r	-0,388	-0,404	-0,402	-0,380	-0,377	-0,370	-0,167
	P	0,005	0,004	0,004	0,006	0,007	0,010	0,331
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 3	Korelacijski koeficijent r	-0,390	-0,413	-0,417	-0,380	-0,377	-0,369	-0,139
	P	0,005	0,003	0,003	0,006	0,007	0,010	0,419
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 4	Korelacijski koeficijent r	-0,325	-0,363	-0,373	-0,342	-0,374	-0,386	-0,151
	P	0,021	0,010	0,008	0,015	0,007	0,007	0,380
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 5	Korelacijski koeficijent r	-0,333	-0,369	-0,380	-0,346	-0,377	-0,381	-0,147
	P	0,018	0,008	0,006	0,014	0,007	0,008	0,392
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 6	Korelacijski koeficijent r	-0,337	-0,371	-0,382	-0,346	-0,379	-0,377	-0,126
	P	0,017	0,008	0,006	0,014	0,007	0,008	0,462
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 7	Korelacijski koeficijent r	0,100	0,057	0,006	-0,026	-0,104	-0,063	-0,004
	P	0,532	0,723	0,972	0,874	0,517	0,704	0,981
	N	41	41	41	41	41	39	36
EVLWI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,329	-0,393	-0,443	-0,459	-0,498	-0,518	-0,404
	P	0,020	0,005	0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,015
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,377	-0,460	-0,518	-0,500	-0,539	-0,542	-0,475
	P	0,007	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,298	-0,388	-0,460	-0,443	-0,508	-0,498	-0,439
	P	0,035	0,005	0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,007
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,236	-0,340	-0,401	-0,412	-0,479	-0,452	-0,300
	P	0,099	0,016	0,004	0,003	<0,001	0,001	0,075
	N	50	50	50	50	50	48	36

EVLWI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,262	-0,374	-0,427	-0,455	-0,521	-0,508	-0,303
	P	0,066	0,007	0,002	0,001	<0,001	<0,001	0,072
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,260	-0,371	-0,428	-0,459	-0,510	-0,514	-0,296
	P	0,068	0,008	0,002	0,001	<0,001	<0,001	0,080
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 7	Korelacijski koeficijent r	0,090	-0,077	-0,158	-0,248	-0,366	-0,348	-0,282
	P	0,576	0,631	0,323	0,118	0,019	0,030	0,096
	N	41	41	41	41	41	39	36
PVPI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,049	-0,182	-0,202	-0,287	-0,370	-0,436	-0,322
	P	0,738	0,205	0,159	0,043	0,008	0,002	0,055
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,099	-0,225	-0,231	-0,276	-0,367	-0,418	-0,152
	P	0,495	0,116	0,106	0,052	0,009	0,003	0,377
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,178	-0,284	-0,299	-0,324	-0,382	-0,448	-0,088
	P	0,217	0,045	0,035	0,022	0,006	0,001	0,609
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,194	-0,319	-0,337	-0,367	-0,442	-0,509	-0,168
	P	0,176	0,024	0,017	0,009	0,001	<0,001	0,327
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,252	-0,381	-0,409	-0,433	-0,521	-0,579	-0,258
	P	0,077	0,006	0,003	0,002	<0,001	<0,001	0,129
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,314	-0,436	-0,457	-0,471	-0,556	-0,594	-0,297
	P	0,030	0,002	0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,079
	N	48	48	48	48	48	48	36
PVPI 7	Korelacijski koeficijent r	0,097	-0,001	-0,071	-0,079	-0,225	-0,257	-0,236
	P	0,574	0,994	0,679	0,647	0,186	0,130	0,167
	N	36	36	36	36	36	36	36

Tablica 11. prikazuje međusobne korelacije između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI, PVPI i serumske koncentracije albumina u ispitivanoj skupini. Crvenom bojom su označeni značajni korelacijski koeficijenti koji su za sve označene vrijednosti negativni (veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s nižim vrijednostima serumskih albumina). Ovi korelacijski koeficijenti su uglavnom srednje jakosti (raspon od -0,300 do -0,600).

Tablica 12. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s CRP u ispitivanoj skupini. Pearsonovi koeficijenti korelacije.

		CRP 1 dan	CRP 2 dan	CRP 3 dan	CRP 4 dan	CRP 5 dan	CRP 6 dan	CRP 7 dan
EVLW 1	Korelacijski koeficijent r	0,456	0,490	0,522	0,526	0,511	0,521	0,571
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 2	Korelacijski koeficijent r	0,458	0,492	0,529	0,533	0,519	0,527	0,595
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 3	Korelacijski koeficijent r	0,437	0,477	0,521	0,521	0,507	0,510	0,618
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 4	Korelacijski koeficijent r	0,427	0,467	0,512	0,513	0,506	0,508	0,590
	P	0,002	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 5	Korelacijski koeficijent r	0,432	0,474	0,520	0,519	0,512	0,513	0,594
	P	0,002	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 6	Korelacijski koeficijent r	0,446	0,488	0,533	0,530	0,524	0,525	0,601
	P	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 7	Korelacijski koeficijent r	0,165	0,209	0,272	0,237	0,236	0,225	0,157
	P	0,302	0,190	0,085	0,135	0,137	0,168	0,361
	N	41	41	41	41	41	39	36
EVLWI 1	Korelacijski koeficijent r	0,440	0,444	0,449	0,446	0,446	0,492	0,463
	P	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	<0,001	0,004
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 2	Korelacijski koeficijent r	0,372	0,409	0,419	0,413	0,406	0,450	0,482
	P	0,008	0,003	0,002	0,003	0,003	0,001	0,003
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 3	Korelacijski koeficijent r	0,363	0,399	0,407	0,397	0,394	0,437	0,513
	P	0,009	0,004	0,003	0,004	0,005	0,002	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 4	Korelacijski koeficijent r	0,495	0,517	0,519	0,508	0,516	0,615	0,642
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36

EVLWI 5	Korelacijski koeficijent r	0,595	0,608	0,608	0,607	0,616	0,689	0,624
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 6	Korelacijski koeficijent r	0,655	0,671	0,666	0,670	0,681	0,747	0,696
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 7	Korelacijski koeficijent r	0,600	0,576	0,560	0,552	0,586	0,681	0,652
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	41	41	41	41	41	39	36
PVPI 1	Korelacijski koeficijent r	0,314	0,322	0,323	0,327	0,323	0,393	0,211
	P	0,026	0,022	0,022	0,020	0,022	0,006	0,217
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 2	Korelacijski koeficijent r	0,500	0,516	0,533	0,531	0,523	0,591	0,411
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,013
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 3	Korelacijski koeficijent r	0,513	0,557	0,577	0,585	0,576	0,624	0,339
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,043
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 4	Korelacijski koeficijent r	0,548	0,586	0,605	0,613	0,611	0,660	0,441
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,007
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 5	Korelacijski koeficijent r	0,644	0,664	0,675	0,682	0,688	0,743	0,541
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 6	Korelacijski koeficijent r	0,730	0,742	0,748	0,760	0,769	0,782	0,663
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	48	48	48	48	48	48	36
PVPI 7	Korelacijski koeficijent r	0,609	0,609	0,608	0,629	0,659	0,684	0,670
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	36	36	36	36	36	36	36

Tablica 12. prikazuje međusobne korelacije između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI i CRP-a u ispitivanoj skupini. Crvenom bojom su označeni značajni korelacijski koeficijenti koji su za sve označene vrijednosti pozitivni (veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s većim vrijednostima CRP-a). Ovi korelacijski koeficijenti su uglavnom srednje jakosti (raspon od 0,300 do 0,600), ali ih ima i nekoliko koje možemo svrstati i u jake korelacije ($r > 0,600$) poput korelacije EVLWI 7 i CRP 7 i 8. EVLW 7 nije značajno korelirao ni sa jednim vrijednostima CRP-a.

Tablica 13. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaO₂ / FiO₂ u ispitivanoj skupini. Pearsonovi koeficijenti korelacije.

		PaO ₂ /FiO ₂ 1 dan	PaO ₂ /FiO ₂ 2 dan	PaO ₂ /FiO ₂ 3 dan	PaO ₂ /FiO ₂ 4 dan	PaO ₂ /FiO ₂ 5 dan	PaO ₂ /FiO ₂ 6 dan	PaO ₂ /FiO ₂ 7 dan
EVLW 1	Korelacijski koeficijent r	-0,331	-0,404	-0,265	-0,507	-0,548	-0,603	-0,481
	P	0,019	0,004	0,063	<0,001	<0,001	<0,001	0,003
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 2	Korelacijski koeficijent r	-0,345	-0,416	-0,288	-0,523	-0,574	-0,615	-0,495
	P	0,014	0,003	0,042	<0,001	<0,001	<0,001	0,002
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 3	Korelacijski koeficijent r	-0,371	-0,449	-0,319	-0,515	-0,579	-0,608	-0,513
	P	0,008	0,001	0,024	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 4	Korelacijski koeficijent r	-0,372	-0,459	-0,332	-0,524	-0,594	-0,630	-0,510
	P	0,008	0,001	0,019	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 5	Korelacijski koeficijent r	-0,370	-0,454	-0,315	-0,506	-0,583	-0,637	-0,524
	P	0,008	0,001	0,026	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 6	Korelacijski koeficijent r	-0,350	-0,434	-0,297	-0,498	-0,580	-0,648	-0,515
	P	0,013	0,002	0,036	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 7	Korelacijski koeficijent r	-0,199	-0,269	-0,176	-0,287	-0,287	-0,265	0,017
	P	0,213	0,089	0,271	0,068	0,069	0,103	0,923
	N	41	41	41	41	41	39	36
EVLWI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,253	-0,238	-0,227	-0,381	-0,445	-0,571	-0,401
	P	0,076	0,096	0,112	0,006	0,001	<0,001	0,015
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,448	-0,437	-0,381	-0,509	-0,573	-0,640	-0,537
	P	0,001	0,002	0,006	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,469	-0,490	-0,396	-0,571	-0,616	-0,642	-0,598
	P	0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,513	-0,544	-0,438	-0,698	-0,750	-0,710	-0,736
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36

EVLWI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,523	-0,566	-0,450	-0,725	-0,792	-0,787	-0,711
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,532	-0,558	-0,457	-0,730	-0,794	-0,828	-0,709
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,333	-0,436	-0,397	-0,678	-0,744	-0,773	-0,740
	P	0,033	0,004	0,010	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	41	41	41	41	41	39	36
PVPI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,224	-0,183	-0,088	-0,394	-0,434	-0,400	-0,236
	P	0,118	0,203	0,543	0,005	0,002	0,005	0,165
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,349	-0,296	-0,205	-0,511	-0,588	-0,581	-0,333
	P	0,013	0,037	0,153	<0,001	<0,001	<0,001	0,047
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,382	-0,329	-0,214	-0,504	-0,558	-0,639	-0,367
	P	0,006	0,020	0,136	<0,001	<0,001	<0,001	0,028
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,375	-0,405	-0,298	-0,561	-0,611	-0,713	-0,498
	P	0,007	0,004	0,036	<0,001	<0,001	<0,001	0,002
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,346	-0,403	-0,327	-0,609	-0,684	-0,811	-0,647
	P	0,014	0,004	0,020	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,321	-0,368	-0,288	-0,603	-0,726	-0,873	-0,773
	P	0,026	0,010	0,047	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	48	48	48	48	48	48	36
PVPI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,020	-0,070	-0,006	-0,379	-0,545	-0,815	-0,801
	P	0,906	0,687	0,973	0,023	0,001	<0,001	<0,001
	N	36	36	36	36	36	36	36

Tablica 13. prikazuje međusobne korelacije između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ u ispitivanoj skupini. Crvenom bojom su označeni značajni korelacijski koeficijenti koji su za sve označene vrijednosti negativni (veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s nižim vrijednostima $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$). Ovi korelacijski koeficijenti su uglavnom srednje jakosti (raspon od -0,300 do -0,600) ali ih ima i nekoliko koje možemo svrstati i u jake negativne korelacije ($r < -0,600$).

Tablica 14. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s popustljivošću pluća u ispitivanoj skupini. Pearsonovi koeficijenti korelacije.

		Popustljivost pluća 1 dan	Popustljivost pluća 2 dan	Popustljivost pluća 3 dan	Popustljivost pluća 4 dan	Popustljivost pluća 5 dan	Popustljivost pluća 6 dan	Popustljivost pluća 7 dan
EVLW 1	Korelacijski koeficijent r	-0,643	-0,648	-0,657	-0,650	-0,659	-0,658	-0,660
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 2	Korelacijski koeficijent r	-0,653	-0,658	-0,669	-0,661	-0,670	-0,669	-0,686
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 3	Korelacijski koeficijent r	-0,608	-0,613	-0,621	-0,615	-0,627	-0,631	-0,667
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 4	Korelacijski koeficijent r	-0,633	-0,640	-0,641	-0,632	-0,643	-0,658	-0,701
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 5	Korelacijski koeficijent r	-0,647	-0,653	-0,649	-0,642	-0,652	-0,671	-0,729
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 6	Korelacijski koeficijent r	-0,652	-0,658	-0,654	-0,651	-0,662	-0,680	-0,728
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 7	Korelacijski koeficijent r	-0,259	-0,279	-0,273	-0,283	-0,259	-0,223	-0,203
	P	0,102	0,078	0,084	0,073	0,102	0,172	0,234
	N	41	41	41	41	41	39	36
EVLWI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,355	-0,370	-0,372	-0,386	-0,409	-0,457	-0,254
	P	0,011	0,008	0,008	0,006	0,003	0,001	0,134
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,402	-0,413	-0,425	-0,439	-0,479	-0,498	-0,341
	P	0,004	0,003	0,002	0,001	<0,001	<0,001	0,042
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,445	-0,452	-0,467	-0,489	-0,526	-0,514	-0,437
	P	0,001	0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,008
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,596	-0,599	-0,633	-0,668	-0,685	-0,663	-0,623
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36

EVLWI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,663	-0,672	-0,690	-0,725	-0,745	-0,745	-0,638
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,664	-0,673	-0,688	-0,711	-0,743	-0,754	-0,642
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,650	-0,663	-0,682	-0,686	-0,712	-0,707	-0,700
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	41	41	41	41	41	39	36
PVPI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,287	-0,273	-0,290	-0,284	-0,360	-0,332	-0,128
	P	0,043	0,055	0,041	0,045	0,010	0,021	0,458
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,569	-0,563	-0,565	-0,556	-0,621	-0,607	-0,418
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,011
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,519	-0,511	-0,523	-0,513	-0,599	-0,602	-0,333
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,047
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,604	-0,596	-0,612	-0,600	-0,676	-0,684	-0,484
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,681	-0,675	-0,688	-0,670	-0,755	-0,780	-0,623
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,728	-0,729	-0,733	-0,717	-0,797	-0,829	-0,731
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	48	48	48	48	48	48	36
PVPI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,752	-0,752	-0,747	-0,719	-0,776	-0,792	-0,828
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	36	36	36	36	36	36	36

Tablica 14. prikazuje međusobne korelacije između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s popustljivošću pluća u ispitivanoj skupini. Crvenom bojom su označeni značajni korelacijski koeficijenti koji su za sve označene vrijednosti negativni (veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s nižim vrijednostima popustljivošću pluća). Ovi korelacijski koeficijenti su uglavnom jake negativne korelacije (vrijednosti koeficijenta korelacije r manje od -0,600), ali nalaze se i srednje jake negativne korelacije (vrijednosti od -0,300 do -0,600), osobito u početnim mjerenjima.

Tablica 15. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaCO₂ u ispitivanoj skupini. Pearsonovi koeficijenti korelacije.

		PaCO ₂ 1 dan	PaCO ₂ 2 dan	PaCO ₂ 3 dan	PaCO ₂ 4 dan	PaCO ₂ 5 dan	PaCO ₂ 6 dan	PaCO ₂ 7 dan
EVLW 1	Korelacijski koeficijent r	-0,019	0,044	0,269	0,517	0,445	0,534	0,618
	P	0,896	0,764	0,059	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLW 2	Korelacijski koeficijent r	-0,039	0,026	0,211	0,468	0,413	0,518	0,637
	P	0,787	0,856	0,141	0,001	0,003	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLW 3	Korelacijski koeficijent r	-0,002	0,013	0,132	0,388	0,338	0,474	0,627
	P	0,989	0,929	0,359	0,005	0,016	0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLW 4	Korelacijski koeficijent r	-0,024	0,012	0,075	0,381	0,322	0,473	0,624
	P	0,871	0,933	0,605	0,006	0,023	0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLW 5	Korelacijski koeficijent r	-0,041	0,017	0,048	0,364	0,316	0,476	0,639
	P	0,777	0,907	0,741	0,009	0,025	0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLW 6	Korelacijski koeficijent r	-0,055	0,027	0,046	0,378	0,331	0,487	0,655
	P	0,706	0,854	0,753	0,007	0,019	0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLW 7	Korelacijski koeficijent r	-0,361	0,079	-0,006	0,156	0,100	0,006	0,025
	P	0,021	0,625	0,968	0,329	0,536	0,972	0,888
	N	41	41	41	41	41	39	35
EVLWI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,206	-0,149	0,027	0,290	0,308	0,487	0,422
	P	0,152	0,303	0,853	0,041	0,030	0,001	0,011
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLWI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,137	-0,117	0,022	0,354	0,337	0,440	0,555
	P	0,341	0,417	0,877	0,012	0,017	0,002	0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLWI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,150	-0,086	0,020	0,323	0,367	0,430	0,626
	P	0,299	0,554	0,890	0,022	0,009	0,003	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLWI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,133	-0,030	0,035	0,308	0,561	0,633	0,729
	P	0,359	0,835	0,808	0,030	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLWI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,165	-0,032	0,076	0,379	0,590	0,698	0,738
	P	0,252	0,826	0,599	0,007	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35

EVLWI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,148	-0,031	0,099	0,412	0,603	0,712	0,759
	P	0,305	0,829	0,495	0,003	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
EVLWI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,127	0,003	0,045	0,317	0,637	0,683	0,796
	P	0,428	0,986	0,780	0,044	<0,001	<0,001	<0,001
	N	41	41	41	41	41	39	35
PVPI 1	Korelacijski koeficijent r	0,078	-0,117	0,210	0,212	0,436	0,461	0,095
	P	0,590	0,420	0,143	0,140	0,002	0,001	0,586
	N	50	50	50	50	50	47	35
PVPI 2	Korelacijski koeficijent r	0,044	-0,062	0,217	0,397	0,536	0,593	0,286
	P	0,760	0,669	0,130	0,004	<0,001	<0,001	0,096
	N	50	50	50	50	50	47	35
PVPI 3	Korelacijski koeficijent r	0,106	-0,134	0,280	0,438	0,518	0,643	0,266
	P	0,465	0,353	0,049	0,001	<0,001	<0,001	0,122
	N	50	50	50	50	50	47	35
PVPI 4	Korelacijski koeficijent r	0,002	-0,121	0,263	0,470	0,554	0,699	0,441
	P	0,989	0,402	0,065	0,001	<0,001	<0,001	0,008
	N	50	50	50	50	50	47	35
PVPI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,048	-0,067	0,217	0,440	0,587	0,769	0,635
	P	0,740	0,646	0,130	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	50	50	50	50	50	47	35
PVPI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,059	-0,044	0,197	0,507	0,620	0,811	0,793
	P	0,689	0,768	0,180	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	48	48	48	48	48	47	35
PVPI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,007	0,047	0,151	0,515	0,708	0,814	0,848
	P	0,965	0,784	0,380	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	36	36	36	36	36	36	35

Tablica 15. prikazuje međusobne korelacije između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaCO₂ u ispitivanoj skupini. Crvenom bojom su označeni značajni korelacijski koeficijenti koji su za sve označene vrijednosti pozitivni (veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s većim vrijednostima PaCO₂). Ovi korelacijski koeficijenti su uglavnom srednje jakosti (raspon od -0,300 do -0,600), ali ih ima i nekoliko koje možemo svrstati i u jake pozitivne korelacije (r>0,600).

Tablica 16. Povezanost između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaO₂ u ispitivanoj skupini. Pearsonovi koeficijenti korelacije.

		PaO ₂ 1 dan	PaO ₂ 2 dan	PaO ₂ 3 dan	PaO ₂ 4 dan	PaO ₂ 5 dan	PaO ₂ 6 dan	PaO ₂ 7 dan
EVLW 1	Korelacijski koeficijent r	-0,012	-0,010	-0,220	-0,283	-0,119	0,002	0,081
	P	0,932	0,944	0,125	0,046	0,410	0,987	0,638
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 2	Korelacijski koeficijent r	-0,016	-0,024	-0,220	-0,287	-0,146	-0,012	0,061
	P	0,910	0,870	0,125	0,043	0,313	0,935	0,725
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 3	Korelacijski koeficijent r	-0,075	-0,044	-0,213	-0,272	-0,178	-0,056	0,047
	P	0,604	0,761	0,137	0,056	0,216	0,706	0,785
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 4	Korelacijski koeficijent r	-0,062	-0,029	-0,194	-0,279	-0,198	-0,053	0,081
	P	0,669	0,842	0,177	0,050	0,168	0,722	0,640
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 5	Korelacijski koeficijent r	-0,061	-0,010	-0,160	-0,255	-0,196	-0,058	0,032
	P	0,673	0,943	0,266	0,074	0,173	0,697	0,855
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 6	Korelacijski koeficijent r	-0,033	0,007	-0,145	-0,251	-0,179	-0,038	0,068
	P	0,818	0,964	0,316	0,078	0,214	0,798	0,694
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLW 7	Korelacijski koeficijent r	-0,436	-0,103	-0,223	-0,253	-0,163	-0,059	0,149
	P	0,004	0,520	0,160	0,110	0,310	0,721	0,385
	N	41	41	41	41	41	39	36
EVLWI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,035	-0,006	-0,168	-0,350	-0,297	-0,151	-0,005
	P	0,810	0,965	0,244	0,013	0,037	0,305	0,977
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,042	-0,079	-0,174	-0,348	-0,307	-0,212	<0,001
	P	0,773	0,585	0,228	0,013	0,030	0,148	0,999
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,096	-0,157	-0,236	-0,379	-0,307	-0,229	-0,045
	P	0,509	0,275	0,098	0,007	0,030	0,118	0,796
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 4	Korelacijski koeficijent r	-0,052	-0,182	-0,281	-0,482	-0,341	-0,208	-0,093
	P	0,722	0,205	0,048	<0,001	0,015	0,155	0,589
	N	50	50	50	50	50	48	36

EVLWI 5	Korelacijski koeficijent r	-0,053	-0,173	-0,258	-0,491	-0,375	-0,240	-0,081
	P	0,713	0,229	0,071	<0,001	0,007	0,100	0,638
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 6	Korelacijski koeficijent r	-0,073	-0,167	-0,270	-0,502	-0,389	-0,235	-0,025
	P	0,613	0,246	0,058	<0,001	0,005	0,108	0,885
	N	50	50	50	50	50	48	36
EVLWI 7	Korelacijski koeficijent r	-0,013	-0,209	-0,352	-0,497	-0,353	-0,308	-0,090
	P	0,934	0,190	0,024	0,001	0,023	0,057	0,601
	N	41	41	41	41	41	39	36
PVPI 1	Korelacijski koeficijent r	-0,077	-0,150	-0,174	-0,369	-0,292	-0,196	-0,134
	P	0,597	0,297	0,228	0,008	0,039	0,182	0,437
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 2	Korelacijski koeficijent r	-0,057	-0,081	-0,200	-0,341	-0,216	-0,053	0,006
	P	0,692	0,577	0,163	0,015	0,131	0,720	0,974
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 3	Korelacijski koeficijent r	-0,007	-0,030	-0,122	-0,393	-0,315	-0,155	-0,021
	P	0,961	0,836	0,397	0,005	0,026	0,293	0,905
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 4	Korelacijski koeficijent r	0,024	0,018	-0,150	-0,434	-0,387	-0,206	-0,062
	P	0,870	0,900	0,299	0,002	0,005	0,160	0,719
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 5	Korelacijski koeficijent r	0,074	0,015	-0,140	-0,434	-0,418	-0,231	-0,115
	P	0,609	0,920	0,333	0,002	0,003	0,115	0,505
	N	50	50	50	50	50	48	36
PVPI 6	Korelacijski koeficijent r	0,148	0,040	-0,100	-0,413	-0,368	-0,236	-0,105
	P	0,317	0,785	0,498	0,004	0,010	0,107	0,541
	N	48	48	48	48	48	48	36
PVPI 7	Korelacijski koeficijent r	0,264	0,106	-0,133	-0,231	-0,051	-0,042	-0,047
	P	0,119	0,538	0,439	0,174	0,767	0,808	0,786
	N	36	36	36	36	36	36	36

Tablica 16. prikazuje međusobne korelacije između izmjerenih vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI s PaO₂ u ispitivanoj skupini. Crvenom bojom su označeni značajni korelacijski koeficijenti koji su za sve označene vrijednosti negativni (veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s nižim vrijednostima PaO₂). Ovi korelacijski koeficijenti su uglavnom srednje jakosti (raspon od -0,300 do -0,600).

Tablica 17 prikazuje razlike u izmjerenim vrijednostima PVPI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli tijekom sedmodnevnog vremenskog perioda.

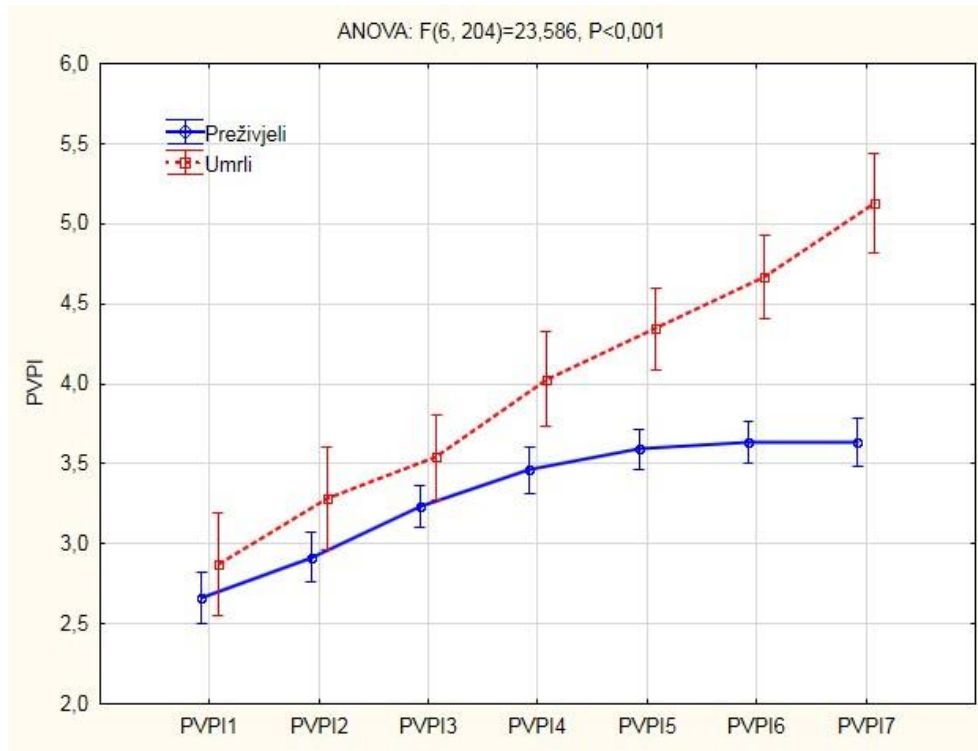
Tablica 17. Razlike u izmjerenim vrijednostima PVPI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli. Nezavisni t-test.

Legenda: df = (df - *degrees of freedom*) = stupnjevi slobode; N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks; SD = standardna devijacija; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
PVPI 1	Preživjeli	29	2,66	0,35	-3,42	48,00	0,001
	Umrli	21	3,09	0,52			
PVPI 2	Preživjeli	29	2,92	0,42	-5,22	48,00	<0,001
	Umrli	21	3,49	0,33			
PVPI 3	Preživjeli	29	3,23	0,35	-5,78	48,00	<0,001
	Umrli	21	3,80	0,34			
PVPI 4	Preživjeli	29	3,46	0,40	-7,48	48,00	<0,001
	Umrli	21	4,22	0,28			
PVPI 5	Preživjeli	29	3,59	0,35	-10,46	48,00	<0,001
	Umrli	21	4,56	0,27			
PVPI 6	Preživjeli	29	3,64	0,35	-12,44	46,00	<0,001
	Umrli	19	4,87	0,30			
PVPI 7	Preživjeli	29	3,63	0,42	-8,90	34,00	<0,001
	Umrli	7	5,13	0,28			

U svim promatranim vremenskim točkama statistički značajno su veće vrijednosti PVPI u umrlih s naznakom da je razlika između skupina veća kako vrijeme odmiče.

Slika 7 prikazuje razliku u dinamici PVPI u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu tijekom promatranog sedmodnevnog vremenskog perioda.



Slika 7. Razlika u dinamici PVPI u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu. ANOVA za ponavljana mjerenja.

Potvrđena je statistički značajna razlika u dinamici analizom varijance za ponavljana mjerenja ($P<0,001$).

Tablica 18 prikazuje razlike u izmjerenim vrijednostima EVLW između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli tijekom sedmodnevnog vremenskog perioda.

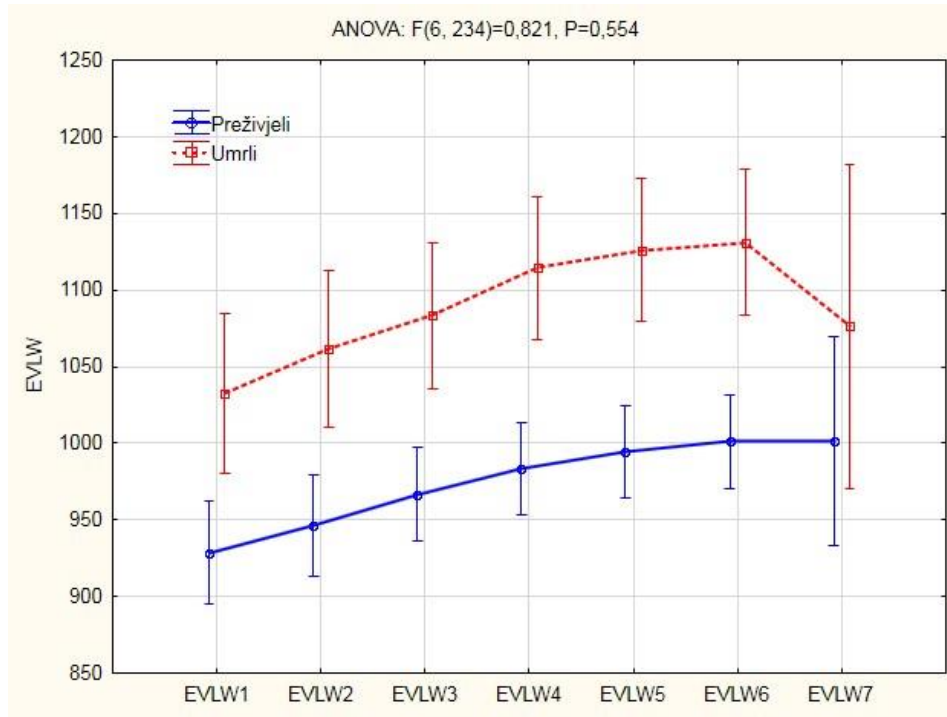
Tablica 18. Razlike u izmjerenim vrijednostima EVLW između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli. Nezavisni t-test.

Legenda: df = (df - *degrees of freedom*) = stupnjevi slobode; EVLW = (EVLW - *extra-vascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; SD = standardna devijacija; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
EVLW 1	Preživjeli	29	928,45	90,55	-4,98	48,00	<0,001
	Umrli	21	1075,24	117,96			
EVLW 2	Preživjeli	29	946,34	88,59	-5,27	48,00	<0,001
	Umrli	21	1106,95	127,32			
EVLW 3	Preživjeli	29	966,72	80,43	-5,19	48,00	<0,001
	Umrli	21	1135,57	147,80			
EVLW 4	Preživjeli	29	983,66	82,65	-5,50	48,00	<0,001
	Umrli	21	1160,67	143,94			
EVLW 5	Preživjeli	29	994,69	83,60	-5,52	48,00	<0,001
	Umrli	21	1173,81	144,95			
EVLW 6	Preživjeli	29	1001,45	84,46	-5,51	48,00	<0,001
	Umrli	21	1182,14	146,30			
EVLW 7	Preživjeli	29	1001,90	89,33	-1,19	39,00	0,240
	Umrli	12	1076,25	310,67			

U svim promatranim vremenskim točkama, osim zadnje, statistički značajno su veće vrijednosti EVLW u umrlim s naznakom da je razlika između skupina veća kako vrijeme odmiče.

Slika 8 prikazuje razliku u dinamici EVLW u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu tijekom promatranog sedmodnevnog vremenskog perioda.



Slika 8. Razlika u dinamici EVLW u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu. ANOVA za ponavljana mjerenja.

Nije potvrđena statistički značajna razlika u dinamici analizom varijance za ponavljana mjerenja (P=0,554).

Tablica 19 prikazuje razlike u izmjerenim vrijednostima EVLWI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli tijekom sedmodnevnog vremenskog perioda.

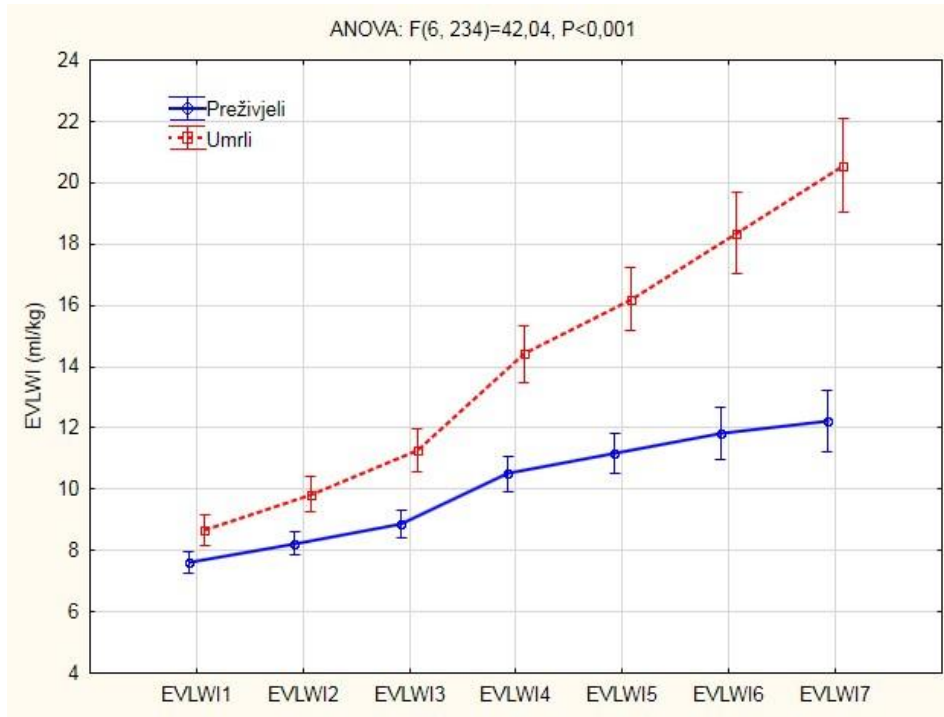
Tablica 19. Razlike u izmjerenim vrijednostima EVLWI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli. Nezavisni t-test.

Legenda: df = (df - *degrees of freedom*) = stupnjevi slobode; EVLWI = (EVLWI - *extra-vascular lung water index*) = indeks izvanžilne plućne vode; N = broj bolesnika; P = razina značajnosti; SD = standardna devijacija; t = t vrijednost u nezavisnom t testu.

	Skupina	N	Aritmetička sredina	SD	t	df	P
EVLWI 1	Preživjeli	29	7,62	0,83	-4,60	48,00	<0,001
	Umrli	21	8,75	0,89			
EVLWI 2	Preživjeli	29	8,22	0,79	-5,40	48,00	<0,001
	Umrli	21	10,10	1,62			
EVLWI 3	Preživjeli	29	8,86	0,75	-5,80	48,00	<0,001
	Umrli	21	11,46	2,25			
EVLWI 4	Preživjeli	29	10,51	1,07	-8,26	48,00	<0,001
	Umrli	21	14,52	2,30			
EVLWI 5	Preživjeli	29	11,18	1,28	-10,40	48,00	<0,001
	Umrli	21	16,57	2,36			
EVLWI 6	Preživjeli	29	11,81	1,70	-10,60	48,00	<0,001
	Umrli	21	18,87	2,98			
EVLWI 7	Preživjeli	29	12,22	1,57	-9,24	39,00	<0,001
	Umrli	12	20,57	4,28			

U svim promatranim vremenskim točkama statistički značajno su veće vrijednosti EVLWI u umrlih s naznakom da je razlika između skupina veća kako vrijeme odmiče.

Slika 9 prikazuje dinamiku EVLWI u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu tijekom promatranog sedmodnevnog vremenskog perioda.



Slika 9. Razlika u dinamici EVLWI u odnosu na ispitivane skupine prema ishodu. ANOVA za ponavljana mjerenja.

Potvrđena je značajna razlika u dinamici analizom varijance za ponavljana mjerenja ($P < 0,001$).

Tablica 20 prikazuje predviđanje ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.

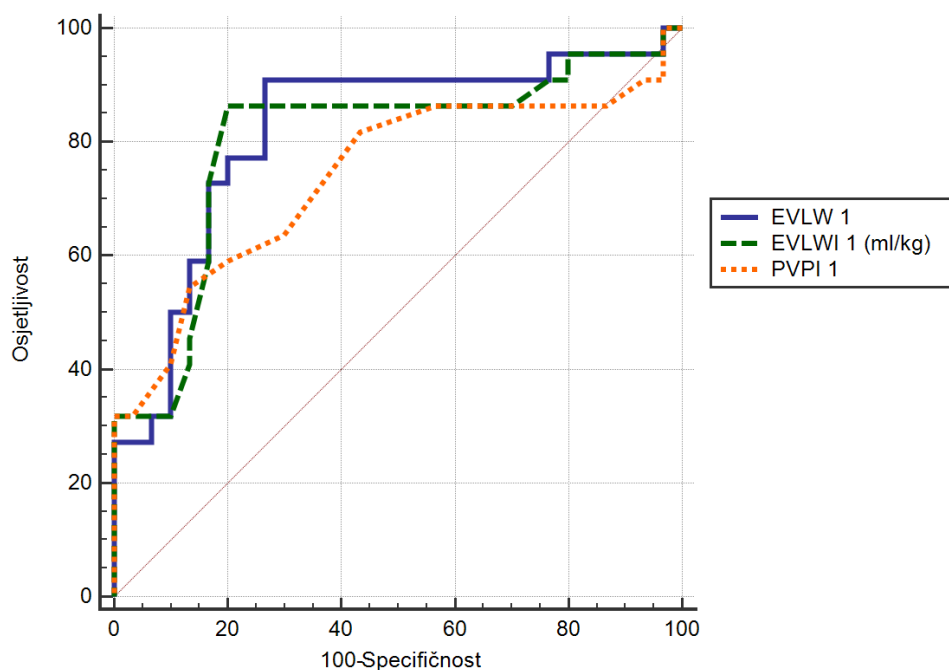
Tablica 20. Predviđanje ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om. Binarna logistička regresija.

Legenda: CI = (CI - *confidence interval*) = interval pouzdanosti; EVLW = (EVLW - *extra-vascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; EVLWI = (EVLWI - *ekstravascular lung water index*) = indeks izvanžilne plućne tekućine; OR = (OR - *odds ratio*) = omjer šansi; P = razina značajnosti; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks.

	OR	95% CI		P
		Donji	Gornji	
EVLW1	1,01	1,00	1,03	0,009
EVLWI1	3,05	1,08	8,63	0,036
PVPI1	13,81	1,68	113,26	0,014

Početno mjerenje je uzeto radi kliničke važnosti samog mjerenja te daljnjih kliničkih postupaka koje bi onda, na vrijeme, trebalo načiniti. PVPI i EVLWI su pokazali visoko statistički značajno predviđanje smrtnog ishoda s tim da je jedinično povećanje PVPI vrijednosti povećavalo šansu za smrtnim ishodom 13,81 puta, a EVLWI 3,05 puta. Iako značajna, prediktivna vrijednost EVLW je vrlo niska, te za jedinično povećanje EVLW, šanse za smrtnim ishodom rastu samo 1,01 puta ili 1%.

Slika 10 prikazuje usporedbu ROC krivulja u predviđanju ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.



Slika 10. Usporedba ROC krivulja u predviđanju ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.

Legenda: ARDS = (ARDS - *acute respiratory distress syndrome*) = akutni respiratorni distres sindrom; EVLW = (EVLW - *ekstravascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; EVLWI = (EVLWI - *ekstravascular lung water index*) = indeks izvanžilne plućne tekućine; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks; ROC = (ROC - *receiver operating characteristic*) = osjetljivosti dijagnostičkog testa.

Tablica 21 prikazuje razlike ROC krivulja u predikciji ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.

Tablica 21. Razlike ROC krivulja u predikciji ishoda obzirom na prva mjerenja EVLW, EVLWI i PVPI u bolesnika s blagim ARDS-om.

Legenda: AUC = (AUC - *area under the curve*) = područje ispod krivulje; CI = (CI - *confidence interval*) = interval pouzdanosti; EVLW = (EVLW - *ekstravascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; EVLWI = (EVLWI - *ekstravascular lung water index*) = indeks izvanžilne plućne tekućine; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks; SE = (SE - *standard error*) = standardna pogreška.

Pokazatelj	AUC	SE ^a	95% CI
EVLW1	0,820	0,0642	0,688 - 0,912
EVLWI1	0,802	0,0688	0,668 - 0,899
PVPI1	0,741	0,0756	0,601 - 0,852

Tablica 22. Udvojena usporedba ROC krivulja

Legenda: EVLW = (EVLW - *ekstravascular lung water*) = izvanžilna plućna tekućina; EVLWI = (EVLWI - *ekstravascular lung water index*) = indeks izvanžilne plućne tekućine; PVPI = (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) = plućni žilni permeabilni indeks ROC curves = (ROC curves - *receiver operating characteristic curves*) = krivulje osjetljivosti dijagnostičkog testa.

EVLW1 ~ EVLWI1	
Razlika između područja	0,0182
Standardna pogreška	0,0742
95% interval pouzdanosti	-0,127 to 0,164
z statistička vrijednost	0,245
Razina značajnosti	P = 0,8063
EVLW1 ~ PVPI1	
Razlika između područja	0,0788
Standardna pogreška	0,0927
95% interval pouzdanosti	-0,103 to 0,260
z statistička vrijednost	0,850
Razina značajnosti	P = 0,3954
EVLWI1 ~ PVPI1	
Razlika između područja	0,0606
Standardna pogreška	0,0918
95% interval pouzdanosti	-0,119 to 0,241
z statistička vrijednost	0,660
Razina značajnosti	P = 0,5091

6. RASPRAVA

Ovim prospektivnim istraživanjem istražili smo povezanost PVPI, EVLW i EVLWI s blagim ARDS-om u kirurških bolesnika nakon hitnih abdominalnih zahvata sa sepsom. Naši rezultati istraživanja pokazali su statistički značajnu razliku u izmjerenim vrijednostima PVPI, EVLW i EVLWI između ispitivane skupine bolesnika s blagim ARDS-om i kontrolne skupine bolesnika bez blagog ARDS-a ($P < 0,001$).

Statistički značajno više smrtnih ishoda bilo je u ispitivanoj skupini bolesnika ($P = 0,009$).

Istražili smo međusobnu povezanost PVPI, EVLW i EVLWI ispitivane skupine bolesnika sa serumskom koncentracijom albumina (raspon od -0,300 do -0,600), CRP-om (raspon od 0,300 do 0,600), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (raspon od -0,300 do -0,600), poustljivošću pluća (vrijednosti koeficijenta korelacije r manje od -0,600), PaCO_2 (raspon od -0,300 do -0,600) i PaO_2 (raspon od -0,300 do -0,600).

U ovom istraživanju pokazali smo statistički značajnu razliku u izmjerenim vrijednostima PVPI, EVLW i EVLWI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli ($P < 0,001$).

U našem istraživanju PVPI i EVLWI su pokazali statistički značajno predviđanje smrtnog ishoda s tim da je jedinično povećanje PVPI vrijednosti povećavalo šansu za smrtnim ishodom 13,81 puta, a EVLWI 3,05 puta.

Sve korelacije su pravilne, sukladne očekivanome, prate dinamiku bolesti, imaju prognostički značaj i potvrđuju postavljenu hipotezu.

Rezultati našeg istraživanja sukladni su literaturnim podacima drugih autora.

Chew i suradnici su u prospektivnoj opservacijskoj kohortnoj studiji promatrali 51 bolesnika primljenog u jedinicu intenzivnog liječenja u kliničkoj slici šoka, te evaluirali ulogu EVLW

kao dijagnostičkog alata za postavljanje dijagnoze ALI/ARDS. Postavivši diskriminacijsku vrijednost EVLW na >10 mL/kg pokazali su da EVLW pridonosi postavljanju dijagnoze; vrijednosti EVLW >10 mL/kg predviđaju dijagnozu ALI/ARDS-a za do 3 puta, dok vrijednosti <10 mL/kg smanjuju vjerojatnost za ALI/ARDS za gotovo 50% (6). Osjetljivost i specifičnost metode mjerenja EVLW u dijagnostici ALI/ARDS su 70% (6). Studija se razlikuje od naše po tome što istraživani bolesnici nisu bili samo kirurški, već se radilo o bolesnicima iz jedinica intenzivnog liječenja mješovitog tipa.

Le Tourneau i suradnici mjerili su EVLW kod 29 bolesnika pri prijemu u jedinicu intenzivnog liječenja. Dokazali su da diskriminacijska vrijednost EVLW od 10 mL/kg ima pozitivnu prediktivnu vrijednost od 83% i negativnu prediktivnu vrijednost od 70% u predviđanju progresije kliničkog stanja u ALI. Iako su dobivene vrijednosti impresivne, valja shvatiti autorovu tvrdnju kako, EVLW predviđa progresiju u ALI kod bolesnika sa povećanim rizikom hraprom, obzirom da se temelji na malom uzorku. Samo 8 bolesnika je imalo progresiju u ALI u studiji. Pozitivna prediktivna vrijednost može biti precijenjena u kontekstu visoke prevalencije progresije u ALI u navedenoj studiji. Unatoč tome, potencijal EVLW da identificira bolesnike sa rizikom progresije kliničkog stanja u ALI i više od 2 dana prije ispunjavanja AECC kriterija za ALI/ARDS, u najmanju ruku je zanimljiv (9). Studija se razlikuje od naše po broju bolesnika uključenih u studiju i što istraživani bolesnici nisu bili kirurški bolesnici u sepsi, već bolesnici s aspiracijskim sindromom, traumatološki bolesnici s frakturama dugih kostiju, kontuzijom pluća te bolesnici s razvojem ALI nakon masovne transfuzije krvnih derivata.

Martin i suradnici tijekom jednogodišnje prospektivne kohortne studije, istraživali su značaj EVLW u nastanku ALI/ARDS u bolesnika sa teškom sepsom. U studiju je bilo uključeno 29

bolesnika. Mehanički ventilirano bilo ih je 25 (86%) a 15 (52%) razvilo je ARDS. Ukupni 28-dnevni mortalitet iznosio je 41%. EVLW bila je indeksirana prema ukupnoj tjelesnoj težini bolesnika. Izmjerena vrijednost EVLW u bolesnika koji su umrli bila je značajno viša u odnosu na preživjele (14 ml/kg vs 8,0 ml/kg; $P < 0,001$). Zaključak studije je da dinamika porasta EVLW u bolesnika sa teškom sepsom može biti pokazatelj subkličičke akutne plućne ozljede (48). Naše istraživanje se razlikuje od provedene studije po broju bolesnika uključenih u istraživanje, dužini trajanja monitoringa i što su svi naši bolesnici bili strojno ventilirani. U naše istraživanje nisu bili ciljano uključeni bolesnici s kroničnim alkoholizmom u sepsi kao u navedenoj studiji.

Kuzkov i suradnici u svojoj prospektivnoj observacijskoj studiji istraživali su povezanost PVPI i EVLWI u nastanku ALI kod bolesnika u septičkom šoku. U studiju je bilo uključeno ukupno 38 bolesnika. Treći dan mjerenja dolazi do značajnog porasta PVPI i EVLWI u bolesnika koji su umrli (6,6 ml/kg vs. 11,1 ml/kg; $P < 0,05$). Zaključak studije bio je da PVPI i EVLWI mogu biti korisni kao pokazatelji težine akutne ozljede pluća u sepsi kao i prediktori ishoda. Mortalitet u studiji iznosio je 59% (8). Naše istraživanje se razlikuje od navedene studije po broju bolesnika uključениh u istraživanje i dužini trajanja monitoringa. Bolesnici uključeni u studiju nisu bili kirurški bolesnici, a u studiji se određivala i plazmatska koncentracija endotelina-1. Naše istraživanje dokazalo je značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW, EVLWI i albumina u ispitivanoj skupini tijekom sedmodnevnog perioda. Veće vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI su povezane s nižim vrijednostima serumskih albumina.

Cordemans i Tagami (105, 106) u svojim studijama uz pokazatelje dobivene TPTD mjerenjima određivali su koncentraciju albumina u serumu bolesnika ali ne i njihovu

povezanost s PVPI, EVLW, EVLWI, što smo mi učinili u našem istraživanju. U našem istraživanju dokazali smo statistički značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI s CRP u ispitivanoj skupini tijekom sedmodnevnog perioda. Veće vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI su povezane s većim vrijednostima CRP-a.

Kushimoto, Cordemans i Martin (23, 107, 109) u svojim studijama su uz pokazatelje dobivene TPTD mjerenjima određivali i koncentraciju CRP-a, ali samo kao biološkog pokazatelj dinamike upale, ne i njegovu povezanost s PVPI, EVLW i EVLWI što smo mi učinili u našem istraživanju. U našem istraživanju dokazali smo značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI s $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ u ispitivanoj skupini. Veće vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI su povezane s nižim vrijednostima $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.

Martin i suradnici u svojoj studiji istraživali su povezanost $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ omjera i EVLW u bolesnika bez i sa ARDS-om u teškoj sepsi. U bolesnika koji su imali ARDS, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ indeks bio je značajno niži u odnosu na bolesnike bez ARDS-a ($144,9 \pm 89,9$ vs $244,3 \pm 133,9$) uz istovremeno izmjerene više vrijednosti EVLW (109). Studija se razlikuje od naše po broju bolesnika uključenih u istraživanje, dužini trajanja monitoringa uz mjerenje PVPI i što su svi naši bolesnici bili strojno ventilirani.

Kushimoto i suradnici u svojoj studiji istraživali su povezanost $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ omjera s EVLWI i PVPI u bolesnika s ALI i ALI/ARDS-om. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ omjer nije pokazivao statistički značajnu razliku između istraživanih skupina ($155,3 \pm 70,7$ vs $150,5 \pm 70,9$). Izmjerena EVLWI bila je viša u bolesnika sa ALI/ARDS u odnosu na skupinu bolesnika sa ALI ($16,8 \pm 7,1$ vs $18,5 \pm 6,8$) kao i PVPI ($2,9 \pm 1,4$ vs $3,2 \pm 1,4$), (23). Razlika od našeg istraživanja je broj bolesnika uključenih u istraživanje, samo osam kirurških bolesnika, kao i heterogenost istraživanih bolesnika, te dužina trajanja istraživanja.

Berkowitz i suradnici u svojoj studiji istraživali su povezanost EVLWI s $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ omjerom u bolesnika s ARDS-om te su dokazali negativnu korelaciju uz $P < 0,0001$ (49). Naše istraživanje se razlikuje od navedene studije po broju bolesnika. U navedenu studiju bilo je uključeno 30 bolesnika sa ARDS-om prema AECC definiciji dok je kontrolnu skupinu činilo samo 14 bolesnika u teškoj sepsi bez ARDS-a. Razlika je i u heterogenosti istraživanih bolesnika, nisu svi bili kirurški bolesnici.

Cordemans i suradnici u svojoj studiji istraživali su EVLWI i PVPI uz $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ omjer u bolesnika na strojnoj ventilacijskoj potpori kao pokazatelj ishoda. Bolesnici s lošim ishodom imali su veći $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ indeks u odnosu na preživjele ($271,7 \pm 154,9$ vs $263,4 \pm 135,1$). Nije nađena statistički značajna razlika u izmjerenim vrijednostima EVLWI ($P = 0,543$) i PVPI ($P = 0,869$) između preživjelih i umrlih (107).

Provedenim istraživanjem dokazali smo značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI i popustljivosti pluća u ispitivanoj skupini. Veće vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI su povezane s nižim vrijednostima popustljivosti pluća.

Studija Jozwiaka i suradnika uz pokazatelje dobivene TPTD mjerila je i popustljivost pluća u bolesnika s ARDS-om. Popustljivost pluća bila je veća u preživjelih u odnosu na umrle (30 ± 12 vs 25 ± 11 ; $P = 0,02$), (10).

Također smo dokazali značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI s PaCO_2 u ispitivanoj skupini. Veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s većim vrijednostima PaCO_2 .

U našem istraživanju dokazali smo značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI s PaO₂ u ispitivanoj skupini. Veće vrijednosti EVLW, EVLWI i PVPI su povezane s nižim vrijednostima PaO₂.

U našem istraživanju PVPI i EVLWI su pokazali visoku značajnu predikciju smrtnog ishoda s tim da je jedinično povećanje PVPI vrijednosti povećavalo šansu za smrtnim ishodom 13,81 puta, a EVLWI 3,05 puta. Iako značajna, prediktivna vrijednost EVLW je vrlo niska, te za jedinično povećanje EVLW, šanse za smrtnim ishodom rastu samo 1,01 puta ili 1%.

Tagami i suradnici istraživali su prognostički značaj PVPI i EVLWI u ranoj eksudativnoj fazi ARDS-a. Prospektivna, multicentrična, kohortna studija uključivala je ukupno 192 bolesnika i provedena je u 23 bolnice u Japanu tijekom dvije godine (2009-2011). Vrijednosti PVPI i EVLWI mjerene su jednom dnevno tijekom ukupno tri dana. Prognostički čimbenik EVLWI u ARDS-u odnosio se na 28 dnevni mortalitet. Istraživana je početna, srednja, vršna i snižena vrijednost PVPI i EVLWI u odnosu na početne vrijednosti izražena kao Δ PVPI i Δ EVLVI. Nisu nađene statistički značajne razlike u početnoj, srednjoj i vršnoj vrijednosti PVPI i EVLWI. PVPI i promjene u izmjerenim vrijednostima PVPI nisu bile statistički značajno različite između skupine bolesnika koja je preživjela i one koja nije, iako je Δ PVPI bio viši u preživjelih bolesnika u odnosu na one koji su umrli (0,6 vs. 0,2, P = 0,06). Značajno niže vrijednosti EVLWI izmjerene treći dan u odnosu na početna mjerenja (veći Δ EVLVI) bio je u grupi bolesnika koji su preživjeli ARDS (3,0 vs -0,3 ml/kg, P = 0,006). Zaključci studije su: vršna vrijednost EVLWI nije statistički značajan pokazatelj prognoze bolesnika s ARDS-om. Δ EVLVI je nezavisni prediktor preživljenja. Bolesnici koji su imali statistički značajno veći Δ EVLVI (> 2,8) imali su i veću incidenciju preživljenja u odnosu na bolesnike s Δ EVLVI \leq 2,8 ; P = 0,008. Sniženje EVLWI u prvih 48 sati ARDS-a udruženo je sa 28-

dnevnim preživljavanjem. Kontinuirano dnevno mjerenje EVLWI tijekom rane faze ARDS-a može biti korisno za razumjevanje patofizioloških zbivanja u ARDS-u (108). Studija se razlikuje od našeg istraživanja po broju dnevno izvršenih mjerenja PVPI, EVLW i EVLWI te dužini trajanja mjerenja. U našem istraživanju mjerenje navedenih pokazatelja je bilo tri puta dnevno, svakih osam sati i trajalo je tijekom sedam dana.

Jozviak i suradnici istraživali su PVPI i EVLWI kao nezavisne čimbenike ishoda u bolesnika sa ARDS-om. U retrospektivnu studiju bilo je ukupno uključeno 200 bolesnika podijeljenih u dvije skupine: preživjeli i umrli. Trajala je 5 godina (2005-2010). SAPS II zbroja 57 ± 20 . 28-dnevna smrtnost iznosila je 54%. Bolesnici koji su preživjeli ARDS prva su tri dana mjerenja imali signifikantno nižu izmjerenu vrijednost PVPI ($3, \pm 1,1$ vs. $3,8 \pm 1,6$; $P = 0,0002$) i nižu izmjerenu vrijednost EVLWI (16 ± 6 ml/kg vs. 18 ± 8 ml/kg; $P = 0,02$) u odnosu na umrle (10). Tijekom progresije blagog u težak oblik ARDS-a izmjerene su vrijednosti PVPI bile signifikantno niže u skupini bolesnika koji su preživjeli ($2,8 \pm 1,0$ vs. $3,9 \pm 1,6$; $P = <0,0001$) i nižu srednju vrijednost EVLWI (14 ± 5 ml/kg vs. 19 ± 7 ml/kg; $P < 0,0001$), (10). U skupini bolesnika s ARDS-om koji su imali maksimalnu izmjerenu vrijednost PVPI $> 3,8$ smrtnost je iznosila 69%, dok je u grupi bolesnika s ARDS-om koji su imali izmjerenu vrijednost PVPI $< 3,8$ smrtnost iznosila 37%, ($P < 0,0001$). Skupina bolesnika s ARDS-om koji su imali izmjerenu vrijednost EVLWI > 21 ml/kg imala je smrtnost 70% (10). Zaključak studije je da su PVPI i EVLWI nezavisni pokazatelji rizika 28-dnevnog smrtnog ishoda u bolesnika sa ARDS-om (10). Studija se razlikuje od naše po dizajnu. Bila je retrospektivna. Nisu uključeni bolesnici s blagim i srednje teškim ARDS-om, istraživani su samo bolesnici s teškim oblikom ARDS-a. Mjerenje PVPI i EVLWI vršeno je duže nego u našoj studiji, median 12 dana (10).

Zhang i suradnici su objavili sustavni pregled u kojem su izvršili metaanalizu istražujući povezanosti EVLWI i smrtnosti u kritično bolesnih. Sintetizirajući podatke iz 11 studija, uključujući 670 bolesnika, prikazali su značajno povišene vrijednosti EVLWI u bolesnika koji su umrli. Srednja razlika 5.06mL/kg (95%CI -7.523 do -2.58). Iako je njihova analiza bila otežana značajnom heterogenošću ($I_2=90\%$), malom veličinom uzoraka u velikom broju studija, te varijacijom u tjelesnoj težini, utječući tako na indeksiranje EVLWI, autori su izvijestili o dobivenoj osjetljivosti od 81% (95%CI 72-88) i specifičnosti od 66% (95%CI 0.55-0.76) za EVLWI u predviđanju smrtnosti u kritično bolesnih (12). Studija se razlikovala od našeg istraživanja po tome što su bolesnici uključeni u studiju bili nekirurški bolesnici sa sepsom, ALI i opeklinama.

Kushimoto (22) u prospektivnoj opservacijskoj studiji provedenoj u jedinicama intenzivnog liječenja u 23 bolnice u Japanu tijekom dvije godine (2009-2011) istražuje PVPI i EVLWI u ukupno 266 bolesnika. ALI/ARDS imalo je 207 bolesnika, kardiogeni plućni edem 26 i 33 bolesnika imala su efuziju pleure s atelektazom. Izmjerene vrijednosti PVPI bile su više u bolesnika sa ALI/ARDS (2,6-2,85 uz specifičnost od 0,9-0,95). PVPI <1,7 isključivao je dijagnozu ALI/ARDS uz specifičnost 0,95. Izmjerene vrijednosti EVLWI bile su više u bolesnika sa ALI/ARDS u odnosu na bolesnike s kardiogenim plućnim edemom i efuzijom pleure s atelektazom ($18,5\pm 6,8$ v.s. $14,4\pm 4,0$ i $8,3\pm 2,1$; $P<0,01$). Izmjerene vrijednosti PVPI također su bile više u skupini bolesnika sa ALI/ARDS ($3,2\pm 1,4$ vs $2,0\pm 0,8$ i $1,6\pm 0,5$; $P<0,01$). U skupini bolesnika sa ALI/ARDS porast EVLWI pratio je porast PVPI ($r = 0,729$, $P<0,01$) uz slabu korelaciju sa izmjerenom vrijednosti ITBV ($r = 0,236$, $P < 0,01$). Zaključak studije je da se PVPI može koristiti kao pokazatelj težine ARDS-a u bolesnika sa hipoksemijom i radiografski dokazanim infiltratima (22). Razlika od našeg istraživanja je broj i heterogenost bolesnika uključenih u istraživanje, te dužina trajanja istraživanja.

Mallat i suradnici u provedenoj studiji istraživali su PVPI i EVLWI kao pokazatelje akutne plućne ozljede i nezavisne prediktore mortaliteta u bolesnika sa septičkim šokom. U studiju je bilo uključeno 55 bolesnika. Razlika u izmjerenim vrijednostima PVPI i EVLWI postala je značajna treći dan mjerenja. Oba pokazatelja bila su povišena u bolesnika s lošim ishodom. Zaključak studije je da su PVPI i EVLWI nezavisni prediktori lošeg ishoda u bolesnika sa septičkim šokom (57). Naše istraživanje razlikovalo se od navedene studije po tome što su uključeni samo kirurški bolesnici nakon hitnih abdominalnih operacija u sepsi a ne samo bolesnici u septičkom šoku.

Mogući nedostatak istraživanja mogao bi biti razlika u dobi bolesnika između ispitivane i kontrolne skupine, što se može objasniti nemogućnošću predviđanja hitne indikacije za operacijski zahvat. Nedostak metode mjerenja mogao bi biti u tome što TPTD može mjeriti EVLW samo u perfundiranim dijelovima pluća, te tako ovisi o homogenoj distribuciji plućne perfuzije u preciznom određivanju EVLW. Posljedično, veliki deficit perfuzije podcijeniti će EVLW. U normalnim plućima, perfuzija je heterogena, sa gotovo linearnim smanjenjem protoka od baze do apeksa u uspravnom položaju. U oboljelim plućima postoji heterogenost distribucije plućne perfuzije. Regionalna plućna perfuzija je pod utjecajem više čimbenika. Najznačajniji su učinak hipoksične plućne vazokonstrukcije (HPV) i pozitivnog tlaka na kraju izdaha (PEEP).

Nizak parcijalni tlak kisika u alveolarnoj smjesi plinova ima izravni učinak na tonus vaskularnog glatkog mišića. HPV služi preusmjerenju krvi iz hipoksičnih područja u dijelove pluća koji imaju očuvan ventilacijsko-perfuzijski odnos. Bilo koji čimbenik koji utječe na HPV vrlo vjerojatno mijenja i distribuciju plućnog krvotoka i utječe na mjerenje EVLW.

PEEP može utjecati na izmjerenu vrijednosti EVLW metodom TPTD izravno djelujući na količinu prisutne EVLW ('čisti' učinak) ili neizravno utječući na mjerenu vrijednost EVLW uslijed promjena u plućnom krvotoku.

PEEP se koristi kod kritičnih bolesnika sa blagim ARDS-om, s ciljem održavanja funkcionalnog plućnog volumena i sprječavanja nastanka atelektoma. Može izravno pozitivno utjecati na plućnu ozljedu ili zaustaviti njezin razvoj, time smanjujući EVLW. PEEP može neizravno povećati ili smanjiti izmjerenu vrijednosti EVLW. Kao prvo, moguće je da visoke vrijednosti pozitivnog tlaka na kraju ekspirija izravno pritišću krvne žile u plućima, uzrokujući tako vaskularnu opstrukciju i povećavajući udio 'termalno tihog' tkiva pluća, povećanje Westove zone 1 uz posljedično artefaktno smanjenje u izmjerenoj EVLW. Drugo, mobilizacijom alveola i posljedičnom redistribucijom plućne perfuzije u mobilizirane dijelove pluća, smanjujući količinu 'termalno tihog' tkiva pluća, pozitivni tlak na kraju ekspirija može povećati vrijednost izmjerene EVLW.

Buduća klinička primjena rezultata našeg istraživanja značajno bi mogla utjecati na vođenje osjetljivih terapijskih postupaka nadoknade tekućine i vrstu te stupanj strojne dišne potpore. Temeljem novijih spoznaja, vođenje terapijskih postupaka nadoknade tekućine zasniva se na restriktivnom pristupu, bez obzira radi li se o kristaloidnim ili koloidnim otopinama uz monitoring pokazatelja odgovora na terapiju volumenom, srčanog predopterećenja, postopterećenja i kontraktilnosti srca.

Mjerenjem PVPI i EVLW moguće je ranije postaviti dijagnozu blagog ARDS-a te primijeniti optimalnu vrstu i stupanj dišne potpore. U blagom ARDS-u cilj je odabrati modalitet strojne ventilacijske potpore koji dozvoljava spontane ili asistirane udisaje npr. BIPAP i PSV i tako

omogućiti aktivne pokrete dijafragme te time poboljšati izmjenu plinova. U srednje teškom i teškom ARDS-u moguće je primijeniti protektivnu strategiju strojne dišne potpore i koncept otvorenih pluća. Ovakav pristup ima dva cilja.

Prvo, otvoriti i održati otvorenima što veći broj kolabiranih alveola i drugo izbjeći oštećenje pluća. Koncept otvorenih pluća podrazumjeva postupke novačenja alveola, titraciju FiO_2 i primjenu PEEP-a. Postupak novačenja alveola je manevar upuhivanja zraka u pluća pod visokim tlakom sa ciljem postizanja vršnog tlaka od 40-50 cm H_2O . Tako visoki tlak zadržava se tijekom inspiracijske pauze što omogućuje otvaranje dotad kolabiranih alveola i stvaranje krivulje tlak-volumen iz koje je moguće očitati popustljivost pluća. Time se ujedno određuje i optimalni PEEP koji po završetku manevra novačenja održava alveole otvorenima.

Optimalni PEEP je onaj koji alveole drži otvorenima uz minimalnu distenziju pluća i održanu hemodinamsku stabilnost. Time se postiže ventilacija u području najbolje popustljivosti pluća kod zadanih i asistiranih udaha. Istovremeno sprječava se kolabiranje otvorenih alveola te preveliko rastezanje pluća.

Ranije postavljenje dijagnoze blagog ARDS-a, smanjuje potrebu za strojnom dišnom potporom, broj dana u JIL-u i smrtnost bolesnika.

Buduća istraživanja PVPI i EVLW trebalo bi provesti na većem broju kirurških bolesnika uz jasno definiranu ispitivanu i kontrolnu skupinu.

U provedenom istraživanju novim znanstvenim spoznajama smatramo utvrđivanje značaja PVPI i EVLW u ranoj dijagnostici i praćenju dinamike blagog ARDS-a. Dobiveni rezultati pokazuju da u bolesnika koji imaju teži oblik plućnog oštećenja postoje veće vrijednosti PVPI

i EVLW te tako omogućuju raniju dijagnozu i bolje praćenje težine bolesti. Isto tako dobiveni rezultati omogućuju bolje razumjevanje patofiziologije oštećenja pluća u sepsi.

7. ZAKLJUČCI

- U ovom istraživanju volumetrijskim PiCCO monitoringom dokazali smo statistički značajnu razliku u izmjerenim vrijednostima PVPI, EVLW i EVLWI u ispitivanoj skupini u odnosu na bolesnike kontrolne skupine ($P < 0,001$).
- Provedeno istraživanje utvrdilo je statistički značajnu povezanost između izmjerenih vrijednosti PVPI, EVLW i EVLWI te serumske koncentracije albumina (raspon od -0,300 do -0,600), CRP-a (raspon od 0,300 do 0,600), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (raspon od -0,300 do -0,600), izmjerene popustljivosti pluća (vrijednosti koeficijenta korelacije r manje od -0,600), PaCO_2 (raspon od -0,300 do -0,600) i PaO_2 (raspon od -0,300 do -0,600) u istraživanoj skupini bolesnika.
- Naše istraživanje dokazalo je značajne razlike u izmjerenim vrijednostima PVPI, EVLW i EVLWI između bolesnika s blagim ARDS-om koji su preživjeli i koji su umrli. Istraživani pokazatelji u svim promatranim vremenskim točkama značajno su većih vrijednosti u umrlih s naznakom da je razlika između skupina veća kako vrijeme odmiče ($P < 0,001$).
- U našem istraživanju PVPI i EVLWI su pokazali visoku statistički značajnu predikciju smrtnog ishoda u bolesnika s blagim ARDS-om. PVPI_1 ($P < 0,014$). EVLWI_1 ($P < 0,036$).

8. SAŽETAK

Plućni žilni permeabilni indeks i izvanžilna plućna tekućina u bolesnika sa sepsom

Plućni žilni permeabilni indeks (PVPI - *pulmonary vascular permeability index*) i izvanžilnu plućnu vodu (EVLW - *ekstravasular lung water*) moguće je mjeriti PiCCO (PiCCO – *pulse induced contour cardiac output*) monitoringom.

Hipoteza rada bila je: bolesnici u sepsi zbog toksičnog oštećenja alveolokapilarne membrane imaju smanjenu popustljivost pluća i veće izmjerene vrijednosti PVPI i EVLW.

Cilj rada bio je istražiti pojavnost i dinamiku PVPI i EVLW u nastanku plućnog edema u sindromu sepse, utvrditi moguću razliku u izmjerenim vrijednostima kao i njihovu povezanost s ostalim istraživanim pokazateljima.

Istraživanu skupinu činilo je 50 bolesnika nakon hitnog operativnog zahvata u abdominalnoj kirurgiji s klinički i laboratorijski dokazanom sepsom i blagim ARDS-om (ARDS – *acute respiratory distress syndrome*) prema Berlinskoj definiciji. Kontrolnu skupinu činilo je 50 bolesnika sa sepsom bez blagog ARDS. Svi bolesnici su bili intubirani, strojno ventilirani.

Mjerenje PVPI i EVLW u obje skupine bolesnika vršeno je tri puta dnevno. Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatrane su značajnima.

Rezultati istraživanja pokazali su statistički značajnu razliku u vrijednosti PVPI i EVLW kod bolesnika istraživane skupine kao i pozitivne korelacije s ostalim ispitivanim pokazateljima.

Zaključno, PVPI i EVLW mogu se koristiti kao pokazatelji nastanka i dinamike blagog ARDS-a u kirurških bolesnika sa sepsom.

9. SUMMARY

Pulmonary vascular permeability index and extravascular lung water in patients with sepsis

Željko Drvar, Zagreb, 2016

It is possible to measure pulmonary vascular permeability index (PVPI) and extravascular lung water (EVLW) with PiCCO (Pulse-induced Contour Cardiac Output) monitoring.

Hypothesis of the study was: due to the toxic impairment of alveolocapillary membrane, patients with sepsis syndrome suffer of reduced pulmonary complinace and have higher PVPI and EVLW values.

Aim of our study was to investigate PVPI and EVLW values and dynamics in development of pulmonary oedema in sepsis syndrome, identify possible differences in measured values, as well as determine their correlation with other investigated parameters.

Investigated group included 50 patients, after urgent abdominal surgery, with clinically and laboratoy confirmed sepsis, and mild ARDS (ARDS - *acute respiratory distress syndrome*) according to Berlin definition. Control group included 50 patients without mild ARDS. All patients were intubated and mechanically ventilated. PVPI and EVLW measurements were taken in both study groups three times a day. Values of $P < 0,05$ were considered statistically significant.

Study results showed statistically significant difference of PVPI and EVLW in investigated compared to control group.

In conclusion, PVPI and EVLW can be used in the early diagnosis and dynamics of mild ARDS in surgical patients with sepsis.

Key words: Pulmonary vascular permeability index, extravascular lung water, mild ARDS, sepsis, PiCCO.

10. LITERATURA

1. Prucha M. Severe sepsis and septic shock - new guidelines 2012. Clin Microbiol 3:e117.doi:10.4172/2327-5073.1000e117.
2. Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL i sur. Sepsis in European intensive care units: results of the SOAP study. Crit Care Med 2006;34(2):344-53.
3. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 2001;29(7):1303-10.
4. Finfer S, Bellomo R, Lipman J, French C, Dobb G, Myburgh J. Adult-population incidence of severe sepsis in Australian and New Zealand intensive care units. Intensive Care Med. 2004;30(4):589-96.
5. Fleischmann C, Thomas-Rueddel DO, Hartmann M i sur. Hospital incidence and mortality rates of sepsis. An analysis of hospital episode (DRG) statistics in Germany from 2007 to 2013. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113(10): 159-66.
6. Flaatten H. Epidemiology of sepsis in Norway in 1999. Crit Care 2004; 8(4): R180-84.
7. Karlsson S, Varpula M, Ruokonen E i sur. Incidence, treatment, and outcome of severe sepsis in ICU-treated adults in Finland: the Finnsepsis study. Intensive Care Med. 2007 Mar;33(3):435-43.
8. Vardprogram: svar sepsis/septisk shock. 2013; www.infektion.net.
9. Goss CH, Brower RG, Hudson LD, Rubenfeld GD. ARDS Network. Incidence of acute lung injury in the United States. Crit Care Med. 2003;31:1607-11.
10. Peters CW, Yu M, Sladen RN, Gabrielli A, Layon AJ. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. U: Gabrielli A, Layon AJ, Yu M ur. Civetta, Taylor & Kirby's Critical Care. 4.izdanje. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2009, 2061-2080.
11. Ware LB, Koyama T, Billheimer DD i sur. Prognostic and pathogenetic value of combining clinical and biochemical indices in patients with acute lung injury. Chest 2010;137(2):288-296. DOI:10.1378/chest.09-1484.
12. Isakow W, Schuster DP. Extravascular lung water measurements and hemodynamic monitoring in the critically ill: bed-side alternatives to the pulmonary artery catheter. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol 2006; 291(6):1118-31.
13. Chew MS, Ihrman L, Durning J i sur. Extravascular lung water index improves the diagnostic accuracy of lung injury in patients with shock. Critical Care 2012;16(1):DOI:10.1186/cc10599.
14. Fernandez-Mondejar E, Guerrero-Lopez F, Colmenero M. How important is the measurement of extravascular lung water? Curr Opin Crit Care 2007;13:79-83.

15. Kuzkov V, Kirov M, Sovershaev MA, i sur. Extravascular lung water determined with single transpulmonary thermodilution correlates with severity of sepsis-induced acute lung injury. *Crit Care Med*. 2006;34(6):1647-53.
16. LeTourneau JL, Pinney J, Phillips CR. Extravascular lung water predicts progression to acute lung injury in patients with increased risk. *Crit Care Med*. 2012;40(3):847-54.
17. Jozwiak M, Silva S, Persichini R i sur. Extravascular lung water is an independent prognostic factor in patients with acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med* 2013;41(2):472-80.
18. Chung FT, Lin SM, Lin SY, Lin HC. Impact of extravascular lung water index on outcomes of severe sepsis patients in medical intensive care unit. *Respir Med*. 2008; 102(7):956-61.
19. Zhang Z, Lu B, Ni H. Prognostic value of extravascular lung water index in critically ill patients: a systematic review of the literature. *J Crit Care* 2012;27(4):420.e1-8. DOI:10.1016/j.jcrc.2011.09.006.
20. Tagami T, Sawabe M, Kushimoto S i sur. Quantitative diagnosis of diffuse alveolar damage using extravascular lung water. *Crit Care Med*. 2013;41(9):2144-50.
21. Monnet X, Anguel N, Osman D, Hamzaoui O, Richard C, Teboul JL. Assessing pulmonary permeability by transpulmonary thermodilution allows differentiation of hydrostatic pulmonary edema from ALI/ARDS. *Intensive Care Med* 2007;33(3):448-53.
22. Kushimoto S, Endo T, Yamanouchi S i sur. Relationship between extravascular lung water and severity categories of acute respiratory distress syndrome by the Berlin definition. *Crit Care* 2013;17(4):R132. DOI:10.1186/cc12811.
23. Kushimoto S, Taira Y, Kitazawa Y i sur. The clinical usefulness of extravascular lung water and pulmonary vascular permeability index to diagnose and characterize pulmonary edema: a prospective multicentre study on the quantitative differential diagnostic definition for acute lung injury/acute respiratory distress syndrome. *Crit Care* 2012;16(6):R232 DOI:10.1186/cc11898.
24. Perel A. Extravascular lung water and the pulmonary vascular permeability index may improve the definition of ARDS. *Crit Care* 2013;17:108.
25. Huaranga AJ, Leyva FJ, Glassman AB i sur. The lung permeability index: A feasible measurement of pulmonary capillary permeability. *Respir Med*. 2011;105:230-35.
26. Hofera CK, Cecconib M, Marxc G, Della Roccad G. Minimally invasive haemodynamic monitoring. *Eur J Anaesthesiol*. 2009;26(12):996-1002.
27. Wesseling KH, Purschke R, Smith NT. A computer module for the continuous monitoring of cardiac output in the operating theatre and the ICU. *Acta Anaesthesiol Belg* 1976;27:327-41.

28. Jansen JR, Wesseling KH, Settels JJ, Schreuder JJ. Continuous cardiac output monitoring by pulse contour during cardiac surgery. *Eur Heart J* 1990;11:26-32.
29. Stewart G. The pulmonary circulation time, the quantity of blood in the lungs, and the output of the heart. *Am J Physiol* 1921;58:20-44.
30. Kinsman J, Moore J, Hamilton W. Studies on the circulation: I. Injection method: physical and mathematical considerations. *Am J Physiol* 1929;89:322-30.
31. Fegler G. Measurement of cardiac output in anaesthetised animals by thermodilution method. *Quart J Exp Physiol* 1954;39:153-64.
32. Chinard FP, Enns T. Transcapillary pulmonary exchange of water in the dog. *Am J Physiol* 1954;178:197-202.
33. Stewart G. The pulmonary circulation time, the quantity of blood in the lungs, and the output of the heart. *Am J Physiol* 1921;58:20-44.
34. Newman EV, Merrell M, Genecin A, Monge C, Milnor WR, McKeever WP. The dye dilution method for describing the central circulation: an analysis of factors shaping the time-concentration curves. *Circulation* 1951;4(5):735-46.
35. Groeneveld AB, Verheij J, van den Berg FG, Wisselink W, Rauwerda JA. Increased pulmonary capillary permeability and extravascular lung water after major vascular surgery: effect on radiography and ventilator variables. *Eur J Anaesthesiol.* 2006;23(1):46- 41.
36. Haemodynamic Normal Values. Pulsion Medical Systems: <http://www.pulsion.com/index.php?id=6334>.
37. Tagami T, Kushimoto S, Tosa R i sur. Plasma neutrophil elastase correlates with pulmonary vascular permeability: a prospective observational study in patients with pneumonia. *Respiratory.* 2011;16(6):973-8.
38. Brown LM, Liu KD, Matthay MA. Measurement of extravascular lung water using the single indicator method in patients: research and potential clinical value. *Am J Physiol Lung C.* 2009;297:L457-L558.
39. Bongard FS, Matthay M, Mackersie RC, Lewis FR. Morphologic and physiologic correlates of increased extravascular lung water. *Surgery.* 1984;96(2):395-403.
40. Davey-Quinn A, Gedney JA, Whiteley SM, Bellamy MC. Extravascular lung water and acute respiratory distress syndrome-oxygenation and outcome. *Anaesth Intens Care.*1999;27(4):357-62.
41. Wolf S, Riess A, Landscheidt J, Lumenta C, Schuerer L, Friederich P. How to perform indexing of extravascular lung water data: a validation study. *Crit Care Med.*2013;41(4):990-98.

42. Schuster DP. Identifying patients with ARDS: time for a different approach. *Intens Care Med.*1997;23(12):1197-203.
43. Szakmany T, Heigl P, Molnar Z. Correlation between extravascular lung water and oxygenation in ALI / ARDS patients in septic shock: possible role in the development of atelectasis? *Anaesth Intens Care.* 2004;32(2):196-201.
44. Mitchell JP, Schuller D, Calandrino FS, Schuster DP. Improved outcome based on fluid management in critically ill patients requiring pulmonary artery catheterization. *Am Rev Respir Dis.* 1992;145(5):990-98.
45. Effros RM, Pornsuriyasak P, Porszasz j, Casaburi R. Indicator dilution measurements of extravascular lung water: basic assumptions and observations. *Am j Physiol Lung C.* 2008;294(6):1023-31.
46. Patroniti N, Bellani G, Maggioni E, Manifo A, Marcora B, Pesenti A. Measurement of pulmonary edema in patients with acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med.* 2005;33:2547-54.
47. Groeneveld AB, Verheij J. Extravascular lung water to blood volume ratios as measures of permeability in sepsis-induced ALI/ARDS. *Intensive Care Med.* 2006;32(9) : 1315-21.
48. Martin GS, Eaton S, Mealer M, Moss M. Extravascular lung water in patients with severe sepsis: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2005;9(2):R74-82.
49. Berkowitz DM, Danai PA, Eaton S, Moss M, Martin GS. Accurate characterization of extravascular lung water in acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med.* 2008;36(6): 1803-09.
50. Holm, Melcer B, Horbrand F, Henckel von Donnersmarck G, Muhlbauer W. Arterial thermodilution: an alternative to pulmonary artery catheter for cardiac output assessment in burn patients. *Burns* 2001;27(2):161-66.
51. Lewis FR, Elings VB, Hill SL, Christensen JM. The measurement of extravascular lung water by thermal-green dye indicator dilution. *Ann NY Acad Sci* 1982;384 (1): 394-410.
52. Sibbald WJ, Warshawski FJ, Short AK, Harris J, Lefcoe MS, Holliday RL. Clinical studies of measuring extravascular lung water by the thermal dye technique in critically ill patients. *Chest* 1983;83(5):725-31.
53. Wan L, Naka T, Uchino S, Bellomo R. A pilot study of pulse contour cardiac output monitoring in patients with septic shock. *Crit Care Resusc* 2005;7(3):165.
54. Philips CR, Chesnutt MS, Smith SM. Extravascular lung water in sepsis-associated acute respiratory distress syndrome: indexing with predicted body weight improves correlation with severity of illness and survival. *Crit Care Med.* 2008;36(1):69-73.

55. Chung FT, Lin HC, Kuo CH i sur. Extravascular lung water correlates multiorgan dysfunction syndrome and mortality in sepsis. *PloS One*.2010;16(5(12)): e15265.
56. Craig TR, Duffy MJ, Shyamsundar M i sur. Extravascular lung water indexed to predicted body weight is a novel predictor of intensive careunit mortality in patients with acute lung injury. *Crit Care Med*. 2010;38(1):114- 20.
57. Mallat J, Pepy F, Lemyze M isur. Extravascular lung water indexed or not to predicted body weight is a predictor of mortality in septic shock patients. *J Crit Care*. 2012;27 (4):376-83.
58. Brown LM, Calfee CS, Howard JP, Craig TR, Matthay MA, McAuley DF. Comparison of thermodilution measured extravascular lung water with chest radiographic assessment of pulmonary oedema in patients with acute lung injury. *Ann Intensive Care*.2013;3:25.
59. Bone RC, Balk RA, Cerra FB i sur. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Criticale Care Medicine. *Chest*.1992;101:1644-55.
60. Levy MM, Fink MP, Marshall JC i sur. 2001 SCCM /ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definition Conference. *Crit Care Med* 2003;31(4):1250-56.
61. Levy MM, Dellinger P, Townsend SR i sur. Surviving sepsis campaign. *Crit Care Med* 2010;38(2):367-74.
62. Delinger P, Mitchell M, Rhodes A i sur. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *JAMA* 2012;308(16):1641-50.
63. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW i sur. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA* 2016;315(8):801-810.
64. Kumar A. Sepsis and septic shock. U: Gabrielli A, Layon AJ, Yu M ur. Civetta, Taylor, & Kirby's Critical Care. 4.izdanje. Philadelphia: Lippincott Willaims & Wilkins, 2009; 855-892.
65. Muray JF. The structure and function of the lung. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(4):391- 96.
66. West J. Respiratory physiology: the essentials. 9.izdanje. Baltimore: Lippincott Willaims & Wilkins, 2012; 177.
67. Martin TR. Neutrophils and lung injury: getting it right. *J Clin Invest* 2002;110:1603-05.
68. Ware LB. Pathophysiology of acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *Semin Respir Crit Care Med* 2006;27:337-49.

69. Murray JF. Pulmonary edema: pathophysiology and diagnosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011; 15(2):155-66.
70. Hedenstierna G, Lattuada M, Lymphatics and lymph in acute lung injury. *Cur Opin Crit Care.* 2008;14(1):31-36.
71. Sartori C, Allemann Y, Scherrer U. Pathogenesis of pulmonary edema: learning from high-altitude pulmonary edema. *Respiratory Physiology & Neurobiology.* 2007; 159(3):338-49.
72. Matthay MA, Folkesson H G, Clerici C. Lung epithelial fluid transport and the resolution of pulmonary edema. *Physiol Rev.* 2002; 82(3):569-600.
73. Levick JR. Revision of the Starling principle: new views of tissue fluid balance. *J Physiol.* 2004;557(3):704.
74. Levick JR, Michel CC. Microvascular fluid exchange and the revised Starling principle. *Cardiovasc. Res.* 2010;87(2):198-210.
75. Woodcock TE, Woodcock TM. Revised Starling equation and the glycocalyx model of transvascular fluid exchange: an improved paradigm for prescribing intravenous fluid therapy. *Br J Anaesth.* 2012; 108(3):384-94.
76. Reitsma S, Slaaf D, Vink H, Zandvoort MMJ, Egbrink MA. The endothelial glycocalyx: composition, functions, and visualization. *Pflugers Arch-Eur J Physiol.* 2007;454(3):345-59.
77. Becker BF, Chappell D, Bruegger D, Annecke T, Jacob M. Therapeutic strategies targeting the endothelial glycocalyx: acute deficits, but great potential. *Cardiovasc. Res.* 2010;87(2):300-10.
78. Collins SR, Blank RS, Deatherage LS, Dull RO. The endothelial glycocalyx: emerging concepts in pulmonary edema and acute lung injury. *Anesth Analg.* 2013;117(3):664-74.
79. Tarbell JM. Shear stress and the endothelial transport barrier. *Cardiovasc Res.* 2010; 87(2): 320-30.
80. Fanell V, Vlachou A, Ghannadian S, Simonetti U, Slutsky AS, Zhang H. Acute respiratory distress syndrome: new definition, current and future therapeutic options. *J Thorac Dis* 2013; 5 (3):326-34.
81. Brun-Buisson C, Minelli C, Bertolini G i sur. Epidemiology and outcome of acute lung injury in European intensive care units. Results from the ALIVE study. *Intensive Care Med* 2004;30:51-61.
82. Esteban A, Ferguson ND, Meade MO i sur. Evolution of mechanical ventilation in response to clinical research. *AM J Respir Crit Care Med.* 2008;177(2):170-77.

83. The ARDS Definition Task Force. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin definition. *JAMA*. 2012;307(23):2526-33.
84. Rubenfeld GD, Caldwell E, Peabody E et al. Incidence and outcomes of acute lung injury. *N Engl J Med*. 2005;353(16):1685-93.
85. Luhr OR, Antonsen K, Karlsson M et al. Incidence and mortality after acute respiratory failure and acute respiratory distress syndrome in Sweden, Denmark and Iceland. The ARF study group. *Am J Resp Crit Care Med* 1999;159(6):1849-61.
86. Villar J, Blanco J, Anon JM, et al. The ALIEN study: incidence and outcome of acute respiratory distress syndrome in the era of lung protective ventilation. *Intensive Care Med*. 2011;37(12):1932-41.
87. Bersten AD, Edibam C, Hunt T, Moran J, Australian and New Zealand intensive care society clinical trials group. Incidence and mortality of acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome in three Australian states. *AM J Resp Crit Care Med*. 2002;165(4):443-48.
88. Stapleton RD, Wang BM, Hudson LD, Rubenfeld GD, Caldwell ES, Steinberg KP. Causes and timing of death in patients with ARDS. *Chest*. 2005;128(2):525-32.
89. Hughes M, MacKirdy FN, Ross J, Norrie J, Grant IS. Acute respiratory distress syndrome: an audit of incidence and outcome in Scottish intensive care units. *Anaesthesia* 2003;58:838-45.
90. Claude A, Piantadosi MD, Schwartz A. The acute respiratory distress syndrome. *Ann Intern Med* 2004;141:460-70.
91. Hudson LD, Milberg JA, Anardi D, Maunder RJ. Clinical risk for development of the acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:293-301.
92. Ware LB, Matthay MA. The acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2000;342:1334-49.
93. Peters CW, Yu M, Sladen RN, Gabrielli A, Layon AJ. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. U: Gabrielli A, Layon AJ, Yu M ur. Civetta, Taylor & Kirby's Critical Care. 4. izdanje. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 2061-80.
94. Matthay MA, Zemans RL. The acute respiratory distress syndrome: pathogenesis and treatment. *Annu Rev Pathol*. 2011;6:147-63.
95. Fujishima S. Pathophysiology and biomarkers of acute respiratory distress syndrome. *Journal of Intensive Care* 2014;2(32). DOI:10.1186/2052-0492-2-32.
96. Voel KL, Vandiver RV, Tuder RM. Vascular endothelial growth factor in the lung. *American Journal of Physiology* 2006;290:(2) 209-221.

97. Stern JB, Fierole L, Paugam C i sur. Keratinocyte growth factor and hepatocyte growth factor in bronchoalveolar lavage fluid in acute respiratory distress syndrome patients. *Critical Care Med* 2000;28:(7) 2326-33.
98. Maron MB, Holcomb PH, Dawson CA, Rickaby DA, Clough AV, Linehan JH. Edema development and recovery in neurogenic pulmonary edema. *J Appl Physiol.*1994;77:1155-63.
99. Yi ES, Salgado M, Williams S i sur. Keratinocyte growth factor decreases pulmonary edema, transforming growth factor-beta and platelet-derived growth factor-BB expression, and alveolar type II cell loss in bleomycin-induced lung injury. *Inflammation* 1998;22:315-25.
100. Newman V, Gonzalez RF, Matthay MA, Dobbs LG. A novel alveolar type I cell-specific biochemical marker of human acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med.*2000;161:990-95.
101. Zawrotniak M, Rapala-Kozik M. Neutrophil extracellular traps (NETs)-formation and implications. *Acta Biochimica Polonica* 2013;60: (3) 277-84.
102. Terpstia ML, Aman J, van Nieuw Amerongen GP, Groeneveld AB. Plasma biomarkers for acute respiratory distress syndrome: a systemic review and meta analysis. *Crit Care Med* 2014;42(3): 691-700.
103. Takeuchi O, Takeda K, Hoshino K, Adachi O, Ogawa T, Akira S. Cellular response to bacterial wall components are mediated through MyD88-dependent signalling cascades. *Int Immunol.* 2000;12:113-17.
104. Idell S. Endothelium and disordered fibrin turnover in the injured lung: newly recognized pathways. *Crit Care Med* 2002;30:274-80.
105. Liumbruno G, Bennarcello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossettias G. Recommendations for the use of albumin and immunoglobulin. *Blod Transf.* 2009;7(3):216-34.
106. Fakhry SM, Seoudi H. Transfusion therapy: when to use it and how to minimize it. U: Gabrielli A, Layon AJ, Yu M ur. Civetta, Taylor & Kirby's *Critical Care*. 4.izdanje. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2009, 2523-36.
107. Cordemans C, De laet I, Van Regenmortel N i sur. Fluid management in critically ill patients: the role of extravascular lung water, abdominal hypertension, capillary leak, and fluid balance. *Ann Inten Care* 2012;2(1):S1.
108. Tagami T, Nakamura T, Kushimoto S i sur. Early phase changes of extravascular lung water index as a prognostic indicator in acute respiratory distress syndrome patients. *Ann Inten Care* 2014;4:27.
109. Martin GS, Eaton S, Mealer M, Moss M. Extravascular lung water in patients with severe sepsis: a prospective cohort study. *Crit Care* 2005;9:R74-R82.

11. BIOGRAFIJA:

Rođen sam 06.01.1962g. u Zagrebu, Hrvatska, gdje sam završio osnovnu i srednju školu.

Na Medicinskom fakultetu sveučilišta u Zagrebu diplomirao sam 1989g. s prosječnom ocjenom 4.0. Stručni ispit položio sam 1990g. nakon čega sam radio kao liječnik opće prakse u domu zdravlja Čazma i u Ustanovi za hitnu medicinsku pomoć grada Zagreba.

Od 1994g. do 1999g. specijalizirao sam anesteziologiju reanimatologiju i intenzivno liječenje u KBC-u Zagreb. Specijalistički ispit položio sam 1999g. Stručni poslijediplomski studij završavam 2001g. Doktorski studij Biomedicina i zdravstvo na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu upisao sam 2004g. a završavam ga s prosječnom ocjenom 4,46.

Obranio sam temu doktorske disertacije 2008g. pod nazivom: Plućni žilni permeabilni indeks i izvanžilna plućna tekućina u bolesnika sa sindromom sepse.

Priznata mi je i specijalizacija iz hitne medicine 2011g. Godine 2012g. priznat mi je status uže specijalnosti iz intenzivne medicine, a 2014g. priznat mi je naziv primarijusa.

Do sada sam objavio više radova u međunarodno citiranim časopisima, autor i koautor sam brojnih sažetaka s međunarodnih skupova te jednog poglavlja u knjizi.

Član sam Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog društva za intenzivnu medicinu HL i Hrvatskog društva za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje HLZ.