

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
НОВОСИБИРСКИЙ НИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
НОВОСИБИРСКОЕ ОБЛАСТНОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

IX МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПУСКОВЫЕ ФАКТОРЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ



ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская
областная клиническая больница»
г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130
24 февраля 2012 года

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНО-ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Акентьев С.А., Коновчук В.Н., Кокалко Н.Н., Ковтун А.И.

Черновицкий государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Практика интенсивной терапии и реанимации при интоксикационном синдроме требует дальнейшего поиска новых методов детоксикации, поскольку те методы, которые существуют, все еще нуждаются в усовершенствовании как в плане большего селективного удаления токсических метаболитов из биологических сред, так и максимального очищения окружающей среды, которая является носителем токсинов.

Цель. Оптимизация лечения больных с тяжелой печеночно-почечной недостаточностью применением метода плазмосорбции (ПС).

Материалы и методы. ПС (55 сеансов) проведена у 26 больных: мужчин — 12, женщин — 14. По возрасту: до 30 лет — 2; до 40 — 1; до 50 — 3; до 60 — 11; старше 60 — 9. В группу вошли больные с лептоспирозом, токсическим гепатитом, механической желтухой, панкреонекрозом, сепсисом, перитонитом, острым холецистопанкреатитом. ПС проводилась в первые 1-2 дня поступления больного в отделение интенсивной терапии, в зависимости от тяжести, на фоне олигурии либо олигоанурии, прерывистым (фракционным) способом. Для очищения плазмы использовали гемосорбент гранулированный делигандизирующий «Гемосорбент» (Украина) емкостью 100 мл. За один сеанс очищали и возвращали до 1400-1600 мл плазмы.

Критерии включения: присутствие смешаной печеночно-почечной недостаточности (билирубин крови 240-260 мкмоль/л; мочевины 18-30 ммоль/л; креатинина 430-520 мкмоль/л). **Критерии исключения:** самостоятельные синдромы печеночной и почечной недостаточности, fulminantные формы, критические состояния (шоки, терминальные состояния). **Группы сравнения:** а) 26 больных с аналогичной патологией, которым проводилась гемосорбция (ГС); б) 11 больных, которым проводился плазмаферез (ПФ).

Результаты и их обсуждение. **Критерии применения повторных сеансов ПС:** эффективность 1 сеанса ПС — сохранение предыдущего состояния больного и уровня метаболитов в крови. **Критерии отмены сеансов ПС:** улучшение общего состояния больного, уменьшение желтухи, зуда кожи, слабости и разбитости, отсутствие выраженного «реанимирующего» эффекта по уровню метаболитов крови, постепенное снижение их уровня в крови, улучшение аппетита, увеличение суточного диуреза, увеличение чувствительности организма к лекарственным препаратам. **Базовая терапия:** инфузионная (глюкоза, альбумин, электролиты и т.д.), диуретики, антибиотики, витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты.

Проводился контроль: 1) общеклинических показателей состояния пациента: общее состояние больного, температура тела, частота дыхания, пульс, артериальное давление, суточный диурез; 2) биохимических и клинических показателей крови и мочи, коагулограммы и ионограммы крови на протяжении четырех дней: в день проведения сеанса детоксикации, в последующие дни - первый, второй и третий; всего 26 показателей; 3) токсикологических показателей: лейкоцитарный индекс интоксикации (по Кальф-Калифу), среднемолекулярных олигопептидов (по Габриэляну).

Учитывая известную роль концентрации общего белка, как важного фактора плазматической детоксикации, связывания и выведения токсинов, исследовано влияние ПС на этот показатель. Так, общий белок в плазме до сорбции составлял $66,0 \pm 1,4$ г/л. Несмотря на то, что во время сорбции часть белка задерживалась на колонке с сорбентом, в первый день после ПС этот показатель в крови составлял — $67,1 \pm 1,3$ г/л, на третьи сутки — $67,9 \pm 2,4$ г/л. В то время, как у пациентов, которым применялась ГС, эти показатели, соответственно, составили: $69,6 \pm 2,9$ г/л, $57,8 \pm 5,3$ г/л, $57,9 \pm 6,8$ г/л. У пациентов, которым применялся ПФ, аналогичные показатели составляли соответственно: $68,6 \pm 2,9$ г/л, $58,9 \pm 4,7$ г/л, $62,6 \pm 9,5$ г/л. Таким образом, во время ПС концентрация белка оставалась прежней.

Оценка детоксикационного эффекта проводилась клинически: снижение температуры, нормализация дыхания и гемодинамики, снижение явлений энцефалопатии, улучшение аппетита. Эти позитивные изменения коррелировали с данными токсикологического контроля. Так, у пациентов, которым применена ПС, анализируя ЛИИ наблюдали снижение в первые сутки после процедуры у различных больных с 8,5-14,7 до 5,2-8,6 ед. Было установлено снижение уровня “средних” молекул при длине волны 282 нм в среднем на 56%, а при длине волны 253 нм — 35%.

Важнейшим, а, возможно, и переломным моментом в лечении эндотоксикоза было достоверное увеличение суточного диуреза, особенно у больных, которым применялась ПС. Так, до ПС он составлял в среднем $874,0 \pm 26,0$ мл/сут ($0,6 \pm 0,01$ мл/мин), в первый день после процедуры — $1566,0 \pm 56,0$ мл/сут ($1,08 \pm 0,03$ мл/мин), а на третьи сутки этот показатель составлял — $1600,0 \pm 75,0$ мл/сут ($1,1 \pm 0,05$ мл/мин).

Выводы. Белоксохраняющий и диуретический эффекты, исключение заместительной плазмокоррекции и повреждения форменных элементов при ПС, дают возможность применить ее при анемиях, гипопропротеинемиях, нарушении гемодинамики. Результирующий эффект сочетанного применения с другими интра- и экстракорпоральными методами детоксикации расширяет возможности интенсивной терапии и эфферентной терапии в частности.