

УДК 618.3-06-099:616.61-78

А.А. АЛДЕШЕВ¹, Н.Д. ЖАМБАЕВА¹, С.А. НАМАЗБЕКОВА², М.Ш. ТУРСУНХАНОВ¹Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан,²Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент, Республика Казахстан

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОДЛЕННОЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА



Алдешев А.А.

Развитие и прогрессирование акушерского сепсиса часто происходят на фоне сопутствующего гестоза различной степени тяжести и способствуют увеличению материнской смертности.

Цель исследования. Изучение возможностей использования и оценка эффективности продленной вено-венозной гемофильтрации в комплексе интенсивной терапии тяжелого акушерского сепсиса.

Материал и методы. 88 женщин были разделены на 2 группы: I группа (n=39) - с тяжелым экстрагенитальным абдоминальным сепсисом (стандартная интенсивная терапия); 2 группа (n=49) - с тяжелым акушерским сепсисом, при котором стандартный комплекс интенсивного пособия дополняли продленной вено-венозной гемофильтрацией. Оценка эндогенной интоксикации (ЭИ) осуществлялась с помощью индекса синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).

Результаты и обсуждение. На 4–5-е сутки значения ИСЭИ и ЛИИ уменьшились соответственно на 38,6% и 34,3% (p<0,05), что свидетельствовало об эффективности терапии и купировании ЭИ.

Тяжесть состояния больных к концу первых суток стандартной терапии по количеству баллов по шкале SOFA и APACHE II у больных I и II групп достоверно не изменялась (p<0,05). На 2–3 сутки уменьшилась соответственно на 25% и 42,8%, а по APACHE II 34,4% и 53,2%. У больных I группы тяжесть состояния значительно уменьшилась, только начиная с 6–7-х суток, соответственно 50,6% и 65,6% а во II группе с 4–5 суток на 78,6% и 70,4% (p<0,05). Это отражало более динамичное купирование проявлений ПОН и коррекцию гомеостаза по сравнению с общепринятой терапией в I группе.

Вывод. Показаны возможность и эффективность использования в комплексе интенсивной терапии тяжелого акушерского сепсиса экстракорпоральной гемокоррекции, позволяющей в более короткие сроки корригировать показатели гомеостаза, уменьшить выраженность эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: акушерский сепсис, гестоз, гемофильтрация, экстракорпоральная гемокоррекция, эндогенная интоксикация, лейкоцитарный индекс интоксикации.

Одной из актуальных проблем современной реаниматологии, несмотря на существенные достижения современной медицины, является тяжелый абдоминальный сепсис (АС) [1, 2, 3]. Одним из тяжелым вариантов АС со своими особенностями течения, как осложнения акушерской гнойно-воспалительной патологии, является акушерский сепсис (Акс), особенно на фоне гестоза [2, 3].

Развитие и прогрессирование Акс часто происходят на фоне сопутствующего гестоза различной степени тяжести. Во многих публикациях отмечена схожесть общие картины в проявлениях синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и гестоза – материнского воспалительного ответа (MSIR – maternal systemic inflammatory response) [3, 4, 5]. На этом фоне присоединение инфекции или обострение хронического гнойного процесса благоприятствует в большинстве случаев развитию тяжелого сепсиса, септического шока и нередко является одним из главных причин материнской

смертности [4, 5]. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости поиска повышения эффективности интенсивной терапии Акс. В последние годы одной из эффективных мер в комплексе интенсивной терапии, позволяющей корригировать показатели гомеостаза, упоминаются методы экстракорпоральной гемокоррекции (ЭКГК), в частности продленная вено-венозная гемофильтрация (ПВВГФ) [6].

Целью работы явилось изучение возможностей использования и оценка эффективности ПВВГФ в комплексе интенсивной терапии тяжелого акушерского сепсиса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 88 женщин с тяжелым абдоминальным сепсисом, находившихся в отделении реанимации, интенсивной терапии Шымкентской городской больницы скорой медицинской помощи в период 2010–2015 годов. Диагноз сепсиса устанавли-

Контакты: Алдешев Алмас Алдешевич, канд. мед. наук, доцент курса анестезиологии-реаниматологии, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент., РК. Тел.: + 7 701 323 76 59, e-mail: okv.ch@mail.ru

Contacts: Almas Aldeshevich Aldeshev, Candidate of Medical Sciences, associate professor of the course of anesthesiology-intensive care, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent c., RK. Ph.: + 7 701 323 76 59, e-mail: okv.ch@mail.ru

ливался на основании критериев Чикагской согласительной конференции АССР/SCCM (R. Bone, 1992). Полиорганная недостаточность (ПОН) диагностировалась на основании критериев органной дисфункции при сепсисе (A. Baue et al., 2000). Давность заболевания составляла в среднем $53 \pm 5,1$ часа, преимущественно пациенты были доставлены из районных лечебных учреждений.

Всем пациенткам в отделении реанимации проводились стандартные общее, клинико-биохимические и инструментальные исследования. Хирургическое вмешательство включало лапаротомию с санацией и дренированием брюшной полости под общей анестезией с ИВЛ.

Больные были разделены на 2 группы. I группа ($n=39$), возраст - $27,0 \pm 3,5$ года: составили пациентки с АС, этиологической причиной которых явились экстрагенитальные заболевания, не беременные (табл. 1), которым проводилась общепринятая традиционная стандартная интенсивная терапия с учетом уровня эндогенной интоксикации и дисфункции органов. В данной группе только в 4 случаях с декомпенсированным течением использовался мембранный плазмаферез с благоприятным исходом. Критерии исключения составили соматические и онкологические заболевания.

II группа ($n=49$), возраст - $26,0 \pm 2,1$ года, вошли пациентки с осложненной формой АС. Данной категории больных с субкомпенсированной и декомпенсированным течением, на фоне стандартной интенсивной терапии, дополнительно для гемокоррекции использовалась продленная вено-венозная гемофильтрация на аппарате «Мультифилтрат» (Fresenius, Германия).

Необходимо отметить, что в II группе тяжелая форма АС протекала на фоне гестоза различной степени тяжести (табл. 2).

Рассчитывали интегральные индексы оценки функционального состояния больного и органных дисфункций: шкалы APACHE II (W. Knaus et al., 1985) и SOFA (J.L. Vincent et al., 1999).

Таблица 1 - Нозологические причины тяжелого абдоминального сепсиса у больных I группы

Нозологические формы	Абс.
Острый холецистит	5
Травма живота с повреждением органов брюшной полости	8
Острый панкреатит	6
Острый аппендицит	11
Воспалительные заболевания женских половых органов	9

Для оценки тяжести эндогенной интоксикации (ЭИ) в динамике рассчитывали интегральный показатель - индекс синдрома эндогенной интоксикации (ИСЭИ) по формуле (Л.Е. Шукевич, 2005):

$$\text{ИСЭИ} = (\Sigma \text{ плазма} \times \Sigma \text{ эритроциты}) / \Sigma \text{ мочи},$$

где Σ плазма - сумма экстинкций ВНиСММ плазмы, Σ эритроциты - сумма экстинкций ВНиСММ эритроцитов, Σ мочи - сумма экстинкций ВНиСММ мочи. В норме значение

ИСЭИ составляет $5,3 \pm 0,5$ усл.ед. При значениях менее 7 усл. ед. - ЭИ рассматривается как компенсированный, от 7 до 16 усл.ед. - субкомпенсированный и более 16 усл.ед. - декомпенсированный.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Я.Я. Кальф-Калиф, 1941). Увеличение ЛИИ свидетельствует о большом бактериальном компоненте эндогенной интоксикации, до 3 4 об очаге некробиотических изменений ткани, до 10 и высокий лейкоцитоз говорят о наличии септического шока.

Показаниями включения ПБВГФ в интенсивной терапии были:

ИСЭИ >20 усл.ед., ЛИИ >10 усл.ед., или септический шок, APACHE II >24 б, SOFA >13 б., почечные и внепочечные показания.

У 28 больных осуществлена по «внепочечным» показаниям, где имелись выраженные гидро-электролитные нарушения. Проводилась с дозой $35,0 \pm 5,7$ мл/кг/ч стандартным раствором МультиЛак от Fresenius Medical Care (Германия). Поток субституата составлял 1800–2000 мл/ч, длительность процедуры – 12-16 часов, гидробаланс составлял минус 3000-4000 мл. Всего сеансов 1-3 с интервалом 24-48 часов.

У 21 больного использовалась по «почечным» показаниям, при этом предпочтение отдавалось постоянной вено-венозной гемодиализации (ПБВГДФ) как методике, сочетающей в себе гемодиализ и гемофильтрацию и обладающей более высоким клиренсом в отношении ионов калия и азотистых шлаков. При этом доза диализата составляла 2000–2500 мл/час. Всего сеансов от 4 до 7, первые 3-4 ежедневно, затем через 24 часа под контролем калия и азотистых шлаков, рентгенкартины легких.

Критериями прекращения ПБВГФ служили нормализация значений ИСЭИ, ЛИИ, купирование системного воспалительного ответа, гипергидратации и компенсированный уровень тяжести.

Статистическая обработка проводилась с использованием методов параметрической статистики с учетом нормального распределения переменных для исследования достоверности различия - критерий Фишера, для исследования связи между явлениями - коэффициент корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при уровне значимости меньше $p < 0,05$.

Таблица 2 - Распределение больных сепсисом по тяжести гестоза

Группа	Преэклампсия умеренной степени, абс.	Преэклампсия тяжелой степени, абс.	Эклампсия, абс.
2 гр	28	13	8

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Уровень ЭИ и тяжесть состояния больных всех групп на момент поступления в отделение реанимации достоверно не отличались (табл. 3). Больные I группы с компенсированным вариантом синдрома ЭИ в активной коррекции гомеостаза не нуждались. Усиливая традиционную терапию эндотоксикоза методами форсированного диуреза, удавалось стабилизировать состояние пациентов на 7-8-е

Таблица 3 - Характеристика тяжести течения и эндогенной интоксикации при поступлении

Группа \ Показатели	ИСЭИ (усл. ед)	ЛИИ (усл.ед)	SOFA (баллы)	APACHE II (баллы)
I группа	19,9±2,2	10,2±1,2	12,0±2	29±6
II группа	22±2,1	12,3±2,1	14,0±2	30±6,4

Таблица 4 - Динамика эндогенной интоксикации и органной дисфункции

Показатели	Сутки	1	3	5	7	9
ИСЭИ, усл. ед.	I гр.	20,2±2,2	17,5±3,1	12,3±1,3	6,1±1,4	4,1±0,9
	II гр.	21,5±2,9	13,4±2,3	6,1±1,2	4,5±1,2	3,4±0,8
ЛИИ, усл. ед	I гр.	10,3±1,4	8,2±2,4	6,7±1,5	4,5±1,3	3,2±0,8
	II гр.	12,6±1,9	7,1±1,9	4,9±1,1	2,7±1,1	2,1±0,7
SOFA, баллы	I гр.	12±4,2	9±2,1	7±2,1	6±1,2	4±0,9
	II гр.	13±3,2	8±2,1	3±0,6	1±0,4	1±0,4
APACHE II (баллы)	I гр.	28±4,5	19±4,2	14±3,1	10±4,1	8±3,1
	II гр.	30±4,4	14±3,1	9±2,1	6±2,1	4±0,9

сутки. Усиления естественной детоксикации проводилась с сохранной выделительной функцией почек.

Установлено, что на протяжении первых трех суток у больных с тяжелым АС на фоне стандартной интенсивной терапии (I гр.) уровень ЭИ имела декомпенсированный характер (табл. 4). А значения ИСЭИ у больных тяжелым АС с гестозом (II гр.) были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных с АС (I гр.). На 4–5-е сутки значения ИСЭИ и ЛИИ уменьшились соответственно на 38% и 34,3% ($p < 0,05$), что свидетельствовало об эффективности терапии и купировании ЭИ.

Во II группе декомпенсированный характер сохранялся около двух суток, соответственно снижение уровня ЭИ было незначительным в сравнении с исходным уровнем, что свидетельствовало о недостаточной эффективности стандартной интенсивной терапии на фоне гестоза. Это требовало подключение ПВВГФ. После процедуры имелось ослабление признаков ЭИ. Показатели ИСЭИ и ЛИИ снижались и к 6-7 суткам соответственно на 79% и 78%, по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$), что отражало достижение стойкого купирования ЭИ.

Тяжесть состояния больных к концу первых суток стандартной терапии сепсиса количество баллов по шкале SOFA и APACHE II у больных I и II группы достоверно не изменялись ($p < 0,05$). На 2-3 сутки, на фоне комплексной интенсивной терапии в I гр. и во II группе (ПВВГФ), по шкале SOFA количество баллов уменьшилось соответственно на 25% и 42,8%, а по APACHE II 34,4% и 53,2%. Следует заметить, у больных I группы тяжесть состояния значительно уменьшилось по шкале SOFA, APACHE II, только начиная с 6-7-х суток, соответственно 50,6% и 65,6%, а во II группе с 4-5 суток на 78,6% и 70,4% ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ динамики количества баллов по шкале SOFA и APACHE II показал, что проявления ПОН

при АС имеют более выраженный и стойкий характер по сравнению с экстрагенитальным АС.

Это также объясняется отрицательным влиянием гестоза на течение ЭИ и, как следствие, тяжесть ПОН, что объясняет целесообразность применения дополнительных более эффективных методов коррекции ЭИ и гомеостаза при тяжелом АС метода ПВВГФ, ПВВГДФ. Этому свидетельствовало уменьшение количество баллов по шкале SOFA, APACHE II, что отражало более динамичное купирование проявлений ПОН и коррекцию гомеостаза по сравнению с общепринятой терапией в I группе.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что при развитии акушерского абдоминального сепсиса сопутствующий гестоз является фактором, отягощающим течение сепсиса, приводя к более быстрому развитию декомпенсированной эндогенной интоксикации и прогрессированию ПОН.

2. Показаны возможность и эффективность использования в комплексе интенсивной терапии тяжелого АС, экстракорпоральной гемокоррекции, позволяющие в более короткие сроки корригировать показатели гомеостаза, уменьшить выраженность ЭИ и ПОН.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Балакшина Н.Г., Кох Л.И. Ведение послеродовых септических осложнений. Проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии. Мат-лы 3-го Российского научного форума. – М., 2001. – С. 26-27

2 Мороз В.В., Лукач В.Н., Шифман Е.М., Долгих В.Т., Яковлева И.И. Сепсис. Клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии. Руководство для врачей. – П-заводск: ИнтелТек, 2004. – 290 с.

3 Медведский И.Д., Зислин Б.Д., Юрченко Л.Н. Концепция развития полиорганной недостаточности на модели гестоза // Анестезиол. и реаниматология. – 2000. – №3. – С. 48-51

4 Redman C.W.G., Sacks G.P., Sargent I.L. Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 180. – P. 499-506

5 Рябых О.В., Малахова М.Я., Шеремет Г.С. Сопоставление показателей эндогенной интоксикации новорожденных и их матерей при гестозе различной степени тяжести // Эфферентная терапия. – 1999. – Т.5, №1. – С. 41-45

6 Шукевич Л.Е., Чурляев Ю.А., Григорьев Е.В., Шукевич Д.Л. и др. Дифференцированный подход к выбору методов экстракорпоральной детоксикации при абдоминальном сепсисе // Общая реаниматология. – 2005. – Т. 1, №4. – С. 36-40

REFERENCES

1 Balakshina NG, Kokh LI. *Vedeniye poslerodovykh septicheskikh oslozhneniy. Problemy akusherstva, ginekologii i perinatologii. Mat-ly 3-go Rossiyskogo nauchnogo foruma* [Conduction of postpartum septic complications. Problems of Obstetrics, gynecology and perinatology. Materials of the 3rd Russian Scientific Forum]. Moscow; 2001. P. 26-7

2 Moroz VV, Lukach VN, Shifman YeM, Dolgikh VT, Yakovleva II. *Sepsis. Kliniko-patofiziologicheskiye aspekty intensivnoy terapii. Rukovodstvo dlya vrachey* [Sepsis. Clinical and pathophysiological aspects of intensive care. The guide for doctors]. Petrozavodsk: IntelTek; 2004. P. 290

3 Medvedskiy ID, Zislin BD, Yurchenko LN. The concept of development of multiorgan failure on the model of gestosis. *Anesteziol. i reanimatologiya = Anaesthesiology and Reanimatology*. 2000;3:48-51 (In Russ.)

4 Redman CWG, Sacks GP, Sargent IL. Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999;180:499-506

5 Redman CWG, Sacks GP, Sargent IL. Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy. *Efferentnaya terapiya = Efferent therapy*. 1999;5(1):41-5 (In Russ.)

6 Shukevich LYe, Churlyayev YuA, Grigoryev YeV, Shukevich DL. et al. A differentiated approach to the choice of methods of extracorporeal detoxification in abdominal sepsis. *Obshchaya reanimatologiya = General Reanimatology*. 2005;1(4):36-40 (In Russ.)

ТҰЖЫРЫМ

А.А. АЛДЕШЕВ¹, Н.Д. ЖАМБАЕВА¹, С.А. НАМАЗБЕКОВА², М.Ш. ТҰРСЫНХАНОВ

¹Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы,

²Жедел медициналық көмек ауруханасы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

АКУШЕРИЯЛЫҚ СЕПСИСТЕ ҰЗАҚ МЕРЗІМДІ ВЕНА-ВЕНАЛЫҚ ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ МҮМКІНШІЛІГІ

Заманауи тұрғыда абдоминальдық сепсисінің бір варианты акушериялық сепсис гестоздың фонында ана өлімінің бірден бір себепкері болып қалуда.

Зерттеудің мақсаты. Гестоздың фонында дамитын акушериялық сепсиске қолданылған кешенді интенсивтік терапия барысында ұзақ уақытты вена-веналық гемофилтрацияның тиімділік есерлігін бағалау.

Материал және әдістері. 88 әйел, 2 топқа бөлініп: I-ші топқа экстрагенитальды себептермен дамыған абдоминальді сепсисі, стандартты интенсивтік терапия жүргізілген 39 әйел кірсе, II-ші топты акушериялық себептерден дамыған ауыр акушериялық сепсисі 49 әйел құрады. Оларға қосымша ұзақ уақытты вена-веналық гемофилтрация жүргізілді. Ағза дисфункциясын APACHE II, SOFA шкалалары арқылы және эндогендік интоксикация деңгейін, эндогендік интоксикация синдромы индексі (ЭИСІ), лейкоцитарлық интоксикация индекстерімен (ЛИИ) бағаланды.

Нәтижелері және талқылауы. ЭИСІ, ЛИИ-і, II топта I топқа қарағанда нақты түрде ($p < 0,05$) әлдеқандай жоғарғы болды. Тек 4–5 тәулікте ғана бұл көрсеткіштер 38% және 34,3%-ға азайғандығы көрсетілді ($p < 0,05$). I және II топтарында сәйкес 2-3 тәуліктерде SOFA шкаласы өздеріне сәйкес баллдары 25% және 42,8%-ға, ал APACHE II шкаласы бойынша 34,4% және 53,2%-ға төмендеді. I-ші топтағы науқастарда ауырлықтың айқын төмендеуі (50,6% және 65,6%) тек 6-7-ші тәуліктен басталса, II топта ертерек, 4-5 тәулікте 78,6% және 70,4%-ға төмендеуі ($p < 0,05$) орын алды.

Қорытынды. Бұл әдістің акушериялық сепсиске тиімділігі мен сауығуға және өлім көрсеткішіне ықпал жасайтындығы көрсетілді.

Негізгі сөздер: акушериялық сепсис, гестоз, гемофилтрация, экстракорпоральды гемокоррекция, эндогендік интоксикация, интоксикация лейкоцитарлық индексі.

SUMMARY

A.A. ALDESHEV¹, N.D. ZHAMBAYEVA¹, S.A. NAMAZBEKOVA², M.Sh. TURSUNKHANOV

¹South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent c., Republic of Kazakhstan,

²Emergency hospital, Shymkent c., Republic of Kazakhstan

THE POSSIBILITIES OF EXTENDED VENOUS-VENOUS HEMOFILTRATION IN THE HEAVY FORM OF OBSTETRIC SEPSIS

The development and progression of obstetric sepsis often occurs against a background of concomitant gestosis of varying severity and contribute to an increase in maternal mortality

The aim of the work. Was to evaluate the effectiveness of the complex treatment of severe obstetric sepsis with the inclusion of prolonged veno-venous hemofiltration.

Material and methods. 88 women in 2 groups: I group (n = 39) - with severe extragenital abdominal sepsis (standard intensive therapy); 2 group (n = 49) - with severe obstetric sepsis, which was supplemented with a standard complex of intensive benefits with prolonged veno-venous hemofiltration.

Results and discussion. Assessment of endogenous intoxication (EI) was carried out using the index of the syndrome of endogenous intoxication (ISRI) and the leukocyte index of intoxication (LII). On the 4th-5th day, the values of ISEE and LII decreased by 38,% and 34.3% ($p < 0.05$), respectively, which indicated the effectiveness of therapy and arrest of EI. The severity of the patients' condition at the end of the first day of standard therapy by the number of points on the SOFA and APACHE II scale did not significantly change in patients of the I and II group ($p < 0.05$). At 2-3 days, respectively, decreased by 25% and 42.8%, and according to APACHE II 34.4% and 53.2%. In Group I patients, the severity of the condition decreased significantly

only from 6-7 days, 50.6% and 65.6%, respectively, and in Group II from 4-5 days to 78.6% and 70.4% ($p < 0.05$).

Conclusion. The possibility and effectiveness of use in intensive care of severe obstetric sepsis, extracorporeal gnoyorektsii allowing

in a shorter time to correct homeostatic parameters, reduce the severity of endogenous intoxication and multiple organ failure.

Key words: *obstetric sepsis, gestosis, haemo filtration, extracorporeal haemo correction, endogenic intoxication, leukocytic index of intoxication.*

Для ссылки: Алдешев А.А., Жамбаева Н.Д., Намазбекова С.А., Турсунханов М.Ш. Возможности продленной вено-венозной гемодифльтрации при тяжелой форме акушерского сепсиса // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 4 (178). – P. 99-103

Статья поступила в редакцию 14.03.2017 г.

Статья принята в печать 03.04.2017 г.

УДК 618.3-005.1-008.6-085

А.А. АЛДЕШЕВ¹, Д.П. РЕЖАМЕТОВ², С.Р. МАМАЕВ², А.З. КАДИРХАНОВ²

¹Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Областной перинатальный центр №1, г. Шымкент, Республика Казахстан

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ



Алдешев А.А.

Основными причинами материнской смерти являются осложнения у родильниц с развившимся синдромом полиорганной недостаточности. Тяжелый гестоз, массивная кровопотеря отличаются тяжестью органных расстройств и высокой летальностью, что в структуре причин материнской смертности составляет от 12 до 15%.

Цель исследования. Изучить эффективность комплекса интенсивной терапии с включением метода постоянной вено-венозной гемодифльтрации при полиорганной недостаточности у акушерских больных.

Материал и методы. Исследовано использование продленной вено-венозной гемодифльтрации у 43 родильниц с тяжелым гестозом и массивной кровопотерей, осложненной полиорганной недостаточностью.

ПОН диагностировалась у родильниц на основании интегральных индексов оценки функционального состояния больной и органных дисфункций: шкалы APACHE II и SOFA.

Результаты и обсуждение. В динамике количество баллов у больных 2 группы снижалось, однако до 5-х суток оставалось достоверно большим, чем у больных 1 группы. У 2 группы относительная стабилизация гомеостаза и органных функций (менее 5 баллов по шкале SOFA) отмечалась к концу пятых суток лечения. В последующие сутки в динамике количество баллов у больных 1 группы продолжало снижаться, отражая минимизацию проявлений ПОН на фоне комплексной терапии. По APACHE II, баллы менее 12 наблюдались 1 и 2 группах соответственно на 3-4 и 5-6 сутки. Отмечено, что проявления ПОН при массивной кровопотере имели более выраженный и стойкий характер по сравнению с тяжелым гестозом.

Вывод. Установлено, что дифференцированно проведенная продленная эфферентная терапия в режиме гемодифльтрации позволяет купировать гомеостатические нарушения при полиорганной недостаточности, а также способствует снижению летальности в раннем сроке.

Ключевые слова: акушерство, преэклампсия, эклампсия, массивная кровопотеря, гемодифльтрация.

Основными причинами материнской смерти являются осложнения у родильниц с развившимся синдромом полиорганной недостаточности (ПОН) [1, 2, 3]. Органные поражения, как следствие осложнений различных критических состояний, в акушерстве описывались специалистами чаще как изолированные, нередко прогрессирую-

щие патологические явления. Однако в последние двадцать лет разрабатывается концепция единого патогенеза и взаимообусловленного прогрессирования органных патологий [2, 3, 5]. Это стало особенно очевидным по мере развития медицины критических состояний и многокомпонентной интенсивной терапии, которая позволяла отсрочить ранее

Контакты: Алдешев Алмас Алдешевич, канд. мед. наук, доцент курса анестезиологии-реаниматологии, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, РК. Тел.: + 7 701 323 76 59, e-mail: okv.ch@mail.ru

Contacts: Almas Aldeshevich Aldeshev, Candidate of Medical Sciences, associate professor of the course of anesthesiology-intensive care, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent c., RK. Ph.: + 7 701 323 76 59, e-mail: okv.ch@mail.ru