

**Міністерство охорони здоров'я України
Товариство токсикологів України
Управління охорони здоров'я Чернівецької обласної
держадміністрації
Буковинська державна медична академія
НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України
Інститут екогієни і токсикології
ім. Л.І. Медведя МОЗ України
Асоціація анестезіологів Чернівецької області**

**Проблеми діагностики, профілактики та
лікування екзогенних та ендогенних
інтоксикацій:**

**Тези доповідей
Всеукраїнської науково-практичної конференції.
м.Чернівці, 16-18 жовтня 2004 р.**

**м.Чернівці
2004 р.**

ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА ДЕТОКСИКАЦІЯ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

С.О.Акептьєв

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

В сучасних умовах лікування ендотоксикозів, які супроводжують захворювання органів черевної порожнини, а також гнійно-септичних ускладнень у післяопераційному періоді, неможливе без застосування екстракорпоральної детоксикації. З цією метою часто застосовують лімфосорбцію, гемосорбцію, плазмаферез, плазмосорбцію тощо. Проте, важко заперечити твердження І.К.Деденко зі співавт., що проблему гравітаційної хірургії крові (до речі, як і інших методів еферентної терапії) сьогодні не можна рахувати вирішеною у всіх аспектах.

Проблема оптимізації лікування хворих з ендотоксикозами в абдомінальній хірургії залишається актуальною. Вона може здійснюватися шляхом пошуку оптимального варіанту екстракорпоральної детоксикації.

В реанімаційному відділенні (зав.від. А.Д.Руснак) ОКЛ м. Чернівці автором та іншими лікарями з 1984 року під керівництвом професорів В.Ф.Стащука, В.М.Коновчука та доцента В.І. Ротаря з метою покращення результатів лікування, зокрема в абдомінальній хірургії, впроваджено й оптимізовано ряд методів екстракорпоральної детоксикації. Лімфосорбцію (ЛС) застосовано у 50 хворих на панкреонекроз, розлитий перитоніт різного походження. Гемосорбцію (ГС) застосовано у 70 хворих (115 сеансів) на жовчнокам'яну хворобу з механічною жовтяницею, гострий гангренозно-перфоративний холецистит, рак головки підшлункової залози, гострий деструктивний панкреатит, перитоніт. Плазмаферез (ПФ) – у 34 хворих (70 сеансів) на механічну жовтяницю, абсцес черевної порожнини, гострий холецистопанкреатит, панкреонекроз, перитоніт. Плазмосорбція (ПС) у різних варіантах (фракційний варіант, безперервна масивна плазмосорбція та мембранна плазмосорбція) була проведена у 70 хворих (155 сеансів) на перитоніт різного походження, механічну жовтяницю різного генезу, гострий калькульозний холецистит, гостру кишкову непрохідність, панкреонекроз, рак головки підшлункової залози, первинний рак холедоха, гнійний холангіт. Екстракорпоральне підключення донорської свинячої селезінки (ЕКПДС) здійснили у 23 хворих на перитоніти різного генезу й абсцеси передньої черевної стінки.

Всі методи застосовані в післяопераційному періоді, коли оперативним шляхом видалено джерело патологічного стану, або усунено перешкоду для пасажу жовчі. Критеріями застосування їх були: наростання ендотоксикозу,

виражені печінкова, печінково-ниркова чи ниркова недостатність, олігурія, рівень “середніх молекул”. ЛС налагоджувалася в день операції: оперативним шляхом дренивалася грудна лімфатична протока; проводився збір лімфи у спеціальні ємності, яка в подальшому пропускалася через колонку з гемосорбентом “СКН-4М” або “СКН-2К” і поверталася в організм через підключичну вену чи попередньо дреновану пупкову вену. ЛС безперечно є потужним методом детоксикації, проте вимагає спеціальних навичок при проведенні і додаткової корекції білкового складу крові та імунного статусу. ГС є більш простим методом у виконанні, проте загроза кровотеч (необхідність загальної гепаринізації), ймовірність руйнування формених елементів крові гемосорбентом, так званий, “дренуючий ефект” та нестабільність гемодинаміки унеможлилювали її проведення у першу добу після операції, особливо у хворих з печінковою та печінково-нирковою недостатністю. ПФ є ефективним методом детоксикації, але і він має ряд недоліків, які обмежують його застосування в абдомінальній хірургії: додаткове навантаження на імунну систему через переливання великих доз донорської плазми та плазмозамінників з метою заміщення. ЕКПДС вимагає тривалої спеціальної підготовки, має потужну імунокорегуючу дію, проте може супроводжуватися наростанням анемії, що вимагає додаткової корекції клітинного складу крові.

Пріоритетним методом екстракорпоральної детоксикації, на нашу думку, є метод плазмосорбції (ПС). Останній розробляється і застосовується нами в практиці інтенсивної терапії екзо- та ендотоксикозів з 1992 року. При ПС очищенню піддається окремо плазма крові, яка може бути відділена від формених елементів за допомогою сил гравітації або через мембранний плазмафільтр. Надалі формені елементи, не стикаючись з сорбентом, повертаються в організм неушкодженими. Остання теза набуває виключного значення для практики еферентної терапії.

Під час ПС очищалося 600-1400 мл плазми за один сеанс і проводилося 2-3 сеанси поспіль в залежності від стану хворого та рівня інтоксикації. Це дозволяло знизити пік інтоксикації, який блокує власні механізми детоксикації хворого організму. Клінічні, біохімічні та токсикологічні показники свідчать про покращання стану хворого (зменшується слабкість, температура тіла, енцефалопатія, метаболіти крові, збільшується активність хворого, добовий діурез тощо). Для хворих після абдомінальних операцій характерне більш швидке відновлення перистальтики (на 1-2 дні) та пасажу по кишечнику. Присутність білірубінемії в структурі ендотоксикозу утруднює боротьбу з інтоксикацією. Еферентні методи (ГС, ПФ) можуть спричинити виражений „дренуючий ефект”, а це не може не позначитися на стані хворого (частіше немає позитивної динаміки). При застосуванні ПС, зокрема в групі з печінково-нирковою недостатністю, загальний білірубін крові до першого сеансу складав $256,3 \pm 32$ мкмоль/л, після нього - $253,7 \pm 29$ мкмоль/л, на другий день - $292,6 \pm 32$ мкмоль/л, на третій день - $250,4 \pm 25$ мкмоль/л. Третій день є вирішальним, оскільки виникає стійка тенденція до поступового зниження білірубінемії протягом 10-12 днів. Подібна картина

спостерігається і з динамікою азотемії, зокрема сечовини крові. До сеансу ПС вона складала $28,3 \pm 2,3$ ммоль/л, після нього – $26,2 \pm 1,6$ ммоль/л, на другий день – $24,6 \pm 1,9$ ммоль/л. Надалі виникає стійка тенденція до зниження цього показника в крові протягом вищевказаного терміну. Наведені цифри не показують особливих коливань вказаних показників. Проте, на нашу думку в цьому є певний позитив, оскільки поступове зниження інтоксикації при ПС не призводить до зриву пристосувально-адаптаційних механізмів, спостерігається призупинення зростання інтоксикації, її регрес за рахунок зниження рівня „середніх” молекул та інших токсичних речовин, крім того, підвищується чутливість хворого до консервативної терапії. Паралельно з поступовим зниженням інтоксикації клінічно спостерігається зростання добового діурезу. У групі хворих з печінково-нирковою недостатністю до сеансу ПС він становив 874 ± 26 мл/добу, на другий день – 1566 ± 29 мл/добу. Починаючи з цього часу добовий діурез не знижувався за умови ліквідації інтоксикації та адекватної корекції водно-електролітного обміну.

Проведені дослідження свідчать про перевагу цього методу детоксикації над іншими як у плані збереження формених елементів та білка крові, так і в плані більшого діуретичного ефекту та уникнення переливань великої кількості донорської плазми. Подальша оптимізація методу ПС (доповнення УФО та ВЛОК, ГБО, кріоплазмоекстракцією, ультрафільтрацією, ендолімфатичним введенням ліків, внутрішньотканинною гальванізацією нирок та ін.) розширить можливості екстракорпоральної детоксикації, зокрема при ендотоксикозах в абдомінальній хірургії.