

**ВЕСТНИК
ИНТЕНСИВНОЙ
ТЕРАПИИ**

**INTENSIVE
CARE
HERALD**

Хирургия
Кардиология
Стоматология
Аллергология
Пульмонология
Анестезиология
Реаниматология
Гастроэнтерология
Медицина катастроф
Искусственное питание
Инфекционные болезни
Акушерство и гинекология
Неврология и нейрохирургия
Скорая и неотложная помощь
Гипербарическая оксигенация
Гематология и трансфузиология
Организация интенсивной терапии
Экспериментальная медицина
Клиническая фармакология
Радиационная медицина
Медицина и компьютер
Информация (дайджест)
Внутренние болезни
Правовые вопросы
Эндокринология
Дерматология
Токсикология
Наркология
Педиатрия
Онкология
История

ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПРЕЭКЛАМПСИИ

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

Буковинский государственный медицинский университет, Украина, г.Черновцы

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить эффективность использования плазмафереза (ПФ) при преэклампсии в раннем периоде после кесарева сечения или родов в сравнительном аспекте с результатами ретроспективного анализа лечения традиционными методами без ПФ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: обследовали и лечили 350 пациенток с преэклампсией средней и тяжелой степенью тяжести, у которых практически сразу после окончания кесарева сечения или родов на протяжении следующих 1-2 часа производилась активная экстракорпоральная детоксикация ПФ (1 группа). Кроме того, проведен ретроспективный анализ лечения традиционной терапией 150 пациенток с аналогичной патологией по историям болезни (2 группа), которым ПФ не проводился. Сеансы ПФ осуществлялись рутинным способом: дискретным (фракционным) вариантом с использованием пластиковых контейнеров типа «Гемакон 500/300». Первую порцию крови забирали на фоне инфузии плазмозамещающих растворов (реополиглюкин, реомакродекс, альбумин, донорская плазма, кристаллоиды) с помощью роликового насоса. Гравитационное разделение плазмы и форменных элементов осуществляли в центрифуге «РС-06» (режим работы: 2 тыс. оборотов/мин на протяжении 15 минут) и дальше плазмэкстрактором «ПЭ-01». Последующие сеансы забора крови проводили после возвращения форменных элементов крови от первой порции и проведения адекватного плазмобмена. На этом этапе антикоагулянты не применялись. Курс ПФ включал 1-3 сеанса объемом 600-900 мл плазмы каждый в течение первых суток после кесарева сечения или родов с интервалом 12-24 часа. Через 1-2 суток уже с использованием гепарина 2-3 сеанса объемом 600-1200 мл. Программа плазмозамещения составляла 1:2 с преобладанием донорской плазмы 1:1-1,5. На момент проведения активной хирургической детоксикации до, во время и после сеанса оценивали общее состояние больных, показатели гемодинамики (пульс, артериальное давление), частоту дыхания, цвет кожных покровов, температуру тела. С целью контроля эндотоксикоза под влиянием ПФ до сеанса и в течение последующих трех дней определяли клинические и биохимические лабораторные показатели по общепринятым методикам (всего 27 показателей) с включением токсикологических методов (уровень «средних» молекул, парамещийный тест, ЛИИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ: Составляющими успеха активной экстракорпоральной детоксикации являются соответствующий уровень подготовки медперсонала, определенный опыт и готовность отделения к проведению операций такого рода. Всестороннее обследование больных, понимание сути эндотоксикоза (степень развития, структура эндогенной интоксикации), определение несостоятельности определенных этапов детоксикации, выявление сопутствующей патологии, определение критериев применения – это те подходы, которые лежат в основе назначения активной детоксикации. Эффективность ПФ зависит в большей степени от времени проведения первого сеанса. Опыт показывает, что затягивание применения экстракорпоральной детоксикации только снижает ее эффективность. Использование антикоагулянтов в роли гемостабилизатора заставляет врача применять методы экстракорпоральной детоксикации при эндотоксикозах, что рассматриваются не ранее 6 часов после операции кесарева сечения или родов во избежание усиления геморрагических явлений в раннем послеродовом периоде. Учитывая это, авторы пошли другим путем: исключили применение антикоагулянтов в раннем послеродовом периоде использованием стандартных пластиковых контейнеров, где гемостабилизатором является раствор глюцира. Применение ПФ во всех случаях имело положительный эффект: «на глазах» улучшалось общее состояние больных (1 группа), во время сеанса или в конце его исчезала лабильность гемодинамики, АД стабилизировалось, исчезала судорожная готовность. Осложнений собственно самой операции не было. Для сравнения: у пациенток (2 группа), которым не применялся ПФ, судорожная готовность исчезала не ранее 12 часов, а то и через 2-3 суток. Явления интоксикации у пациенток 1 группы исчезали на протяжении первых суток от начала ПФ, а у 2 группы – на протяжении 2-3 суток. Еще одним важным моментом с анестезиологической точки зрения является то, что при применении такой методики детоксикации у пациенток 1 группы в случае, когда они находились на пролонгированной ИВЛ, перевод на спонтанное дыхание осуществлялся значительно раньше, нежели у пациенток 2 группы. Улучшение общего состояния после ПФ коррелировало со стабилизацией клинических, биохимических показателей крови, а также уровнем токсикологических тестов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 1. Выраженность эндотоксикоза критического состояния при преэклампсии сред-

ней и тяжелой степени тяжести не является преградой для применения экстракорпоральной детоксикации. 2. Дискретный ПФ является эффективным и безопасным методом детоксикации в паннем послеродовом периоде (1-2 часа). 3. При-

менение ПФ при тяжелых формах преэклампсии в раннем послеродовом периоде сокращает пребывание пациенток в палатах интенсивной терапии на 25-30%, и в общем на стационарном лечении – на 15-20%.

ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ УШИВАНИЯ РАНЫ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Александренков Н.В.(1), Мухин А.С.(2), Селезнев И.А.(1), Ребцовский В.А.(3)

Бабынинская ЦРБ, Калужская область (1), ГБОУ ВПО «НиЖГМА Минсоцразвития РФ» (2), ГКБ №39 Н.Новгород (3)

В современной плановой хирургии одной из самых распространенных плановых операций является герниотомия по поводу паховой грыжи. Количество оперативных вмешательств только в нашей стране достигает 200000 тыс в год [1]. При паховой герниотомии на современном этапе возможно применение следующих видов оперативных вмешательств: это пластика местными тканями [2] (методы Bassini E., Кукуджанова Н.И., Спасокукоцкого С.И. и др), ненапряжная пластика с применением сетчатых эндопротезов (метод Lichtenstein I.L., Trabucco E.) [3,4], а также лапароскопические способы пластики. В настоящее время отдается предпочтение открытым методам пластики паховых грыж. Это связано, прежде всего с простотой оперативного вмешательства по сравнению с лапароскопическими методами, требующими применения специального дорогостоящего оборудования и риском наркоза. Европейская организация герниологов рекомендует операцию по методу Лихтенштейна, как операцию выбора при первичных паховых грыжах: она вызывает меньше болевых ощущений в послеоперационном периоде, вероятность рецидива составляет всего 0,6%, возможно более раннее восстановление трудоспособности пациента [5]. В последние годы в мире все больше практикуется лечение грыж в амбулаторных условиях [6]. Операция проводится под инфильтрационной анестезией или спинномозговой анестезией (СМА). Пациент несколько часов проводит на амбулаторной койке и в этот же день уходит домой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обосновать выбор метода обезболивания и закрытия операционной раны при паховых грыжах оптимальный для применения в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ГКБ №39 г. Нижнего Новгорода при первичных паховых грыжах предпочтение отдается инфильтрационной анестезии. Это связано с большой загруженностью анестезиологической службы. На плановую работу хирургического отделения выделяется один анестезиолог, а объем хирургической помощи вынуждает работать на 2 стола. На одном столе работает операционная

бригада без анестезиолога – выполняются операции под местной анестезией, в том числе и герниотомии по поводу паховых грыж. Спинномозговая анестезия применяется при рецидивных, пахово-мошоночных и двусторонних грыжах. За 2011 через отделение проведено 124 пациента с паховыми грыжами. Из них только 12 прооперировано под спинномозговой анестезией, что составляет 9,67%. В Бабынинской ЦРБ, обслуживающей фактически население 2-х районов численностью 35000 человек, работа хирургической службы построена следующим образом: плановая стационарная хирургическая помощь оказывается 2 хирургами и анестезиологом, включенным в состав отделения. Это позволяет индивидуально подходить к выбору метода обезболивания. Пациенту, при отсутствии противопоказаний, предоставляется право выбора метода анестезии. Лечащим врачом и анестезиологом объясняются их преимущества и недостатки. За 2011 год в отделении прооперировано в плановом порядке 45 человек с паховыми грыжами. Из них 44 человека (97,77%) под СМА. Причем 8 из 10 пациентов, подвергавшихся ранее данному виду анестезии, активно интересовались у лечащего доктора «уколом в спину». Единственный отказ от СМА был связан со страхом «парализации ног». Для инфильтрационной анестезии использовали 0,5% раствор новокаина, для СМА использовался 0,5 % раствор Маркаин Спинал (Бупивакаин Гидрохлорид) в дозе 20 мг/4 мл. В своей работе при ушивании герниотомной раны используем рассасывающийся внутрикожный шов (модификация шва Хальстеда-Золтона рационализаторское предложение №2031 от 8 мая 2009 г., выдано Институтом ФСБ России. «Многорядный непрерывный возвратный шов») нитью Викрил USP 3/0 на атравматической игле с погружением узла под кожу. Мы отказались от дренирования раны резиновыми выпускниками или каким либо другим способом, а также избегали зондирования раны в раннем п/о периоде, так как по мнению ряда авторов это значительно увеличивает риск раневых осложнений [7,8,9,10]. Выполняли перевязки на следующий день после операции и далее