

проводили сравнительную оценку групп больных между собой. Для оценки влияния ЭЗП на секрецию ПЖ использовали лабораторные исследования (амилаза сыворотки крови, гормоны APUD-системы в плазме крови (холецистокинин, секретин, соматостатин, вазоинтестинальный пептид), данные инструментальных исследований (УЗИ органов брюшной полости), рентгенологические исследования (КТ, обзорная рентгенография и рентгеноскопия органов брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование положения энтерального катетера), а также изучали азотистый баланс и антропометрические показатели (суточный креатинин и мочевины мочи, ИМТ, ТКЖС, ОМП, КРИ). На основании анализа показателей гастроинтестинальных гормонов ЖКТ при проведении раннего энтерального питания пришли к заключению, что данный вид нутритивной поддержки способствует стимуляции панкреатической секреции и повышению уровня гормонов в крови, несмотря на введение октреотида и кваматела, следовательно не следует вводить энтеральное питание в ранних фазах ОП.

Выводы: 1. Раннее энтеральное питание оказывает стимулирующее влияние на секрецию ПЖ, несмотря на введение медикаментозных антисекреторных препаратов (октреотид, квамател), и ухудшает результаты лечения. 2. Питательная смесь «Пептамен» обладает меньшим стимулирующим влиянием на секрецию ПЖ по сравнению со стандартными энтеральными смесями. 3. Оптимальным способом нутритивной поддержки в ранних фазах острого панкреатита является полное парентеральное питание. 4. Результаты лечения и клиническое течение ОП не зависят от типа энтеральной питательной смеси при проведении раннего энтерального питания.

*Бубнова Н.А.², Шатитль М.А.¹, Акинчиц Л.Г.¹, Демин В.Н.¹,
Добрыдин О.Н.¹, Семак М.В.¹, Котлов В.О.¹, Чернышев О.Б.¹*

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ФАСЦИИТ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*¹ СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»; ²
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Bubnova44@list.ru*

Актуальность проблемы. Некротизирующий фасциит - одно из самых тяжелых заболеваний в структуре хирургических инфекций. Практически всегда сопровождающийся тяжелым сепсисом, полиорганной недостаточностью, септическим шоком и крайне высокой летальностью от 50% до 80-100%. Современную клиническую картину некротизирующего фасциита характеризует

быстрое развитие клинической картины тяжелого сепсиса на фоне практически минимально выраженных местных признаков воспаления.

Методы и материалы. Проведен ретроспективный 5-летний анализ 12907 пациентов, которые были госпитализированы гнойно-септическое отделение с 2007 по 2011 г.г. Все пациенты были доставлены по “скорой помощи”. Время обращения в стационар от момента начала заболевания составляло от 1 до 7 дней, в среднем 2-3 суток.

Результаты. С 2007 по 2011 гг. на отделении проходило лечение 86 пациентов с некротизирующим фасциитом. У всех пациентов данный вид инфекции сопровождался тяжелым сепсисом или септическим шоком с явлениями полиорганной недостаточности и получали лечение в условиях ОРИТ. Наиболее частый преморбидный иммуносупрессивный фон – сахарный диабет, онкопатология, наркомания, алкогольная интоксикация, обширные контузии мягких тканей. В 2007 г. поступило 6 человек (выписано -2 \ умерло – 4), 2008 - 13 (7/6), 2009 - 18 (6/12), 2010 – 16 (12/4), 2011 – 33 (15/18). На основании полученных результатов отмечается устойчивое увеличение пациентов с данным видом патологии. Численность пациентов с некротизирующим фасциитом к 2011 увеличилась в 5,5 раз по сравнению с 2006 г. Летальность среди пациентов с НФ колебалась от 66 до 55%, наименьшая летальность зафиксирована в 2010 г. - 25%. В среднем, уровень летальности составил 51,5 %, что соответствует данным современной литературы.

В микробиологических посевах преобладали следующие возбудители: enterococcus faecalis (18,5%), staphylococcus aureus (15,5%), streptococcus (14%), анаэробная флора присутствовала в 6,6%. Всем госпитализированным пациентам проводилось обширное хирургическое вскрытие гнойного процесса, дальнейшее интенсивное лечение проводилось в условиях ОРИТ, совместно реаниматологом и хирургом. Все пациенты получали интенсивную антибактериальную терапию, при необходимости выполнялись повторные хирургические вмешательства – этапные некрэктомии. Особое внимание уделялось проведению иммунотерапии. В иммунограммах обращают на себя внимание выраженное снижение CD 4 и CD 8 - лимфоцитов. Отмечено, что прогрессивное снижение относительного и абсолютного числа лимфоцитов, а также гемоглобина, имеет неблагоприятный прогноз.

Выводы

Рост фоновых заболеваний способствует росту АНИМТ.

Своевременный диагноз, широкий хирургический доступ и тщательная некрэктомия позволяют улучшить результаты лечения и снизить летальность.

Следует обращать внимание на динамику таких показателей как CD4 и CD8, гемоглобин. Прогрессивное их снижение крайне неблагоприятно прогностически.

Включение иммунотерапии в группу больных также позволяет улучшить результаты лечения.

Необходимо проводить постоянный микробиологический мониторинг раневого процесса с целью проведения адекватной антибиотикотерапии.

Буркитбаев Ж.К., Абдрахманова С.А.

ВНЕДРЕНИЕ КОНТРАКТНОГО ФРАКЦИОНИРОВАНИЯ – РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ

*Научно-производственный центр трансфузиологии, Астана,
Республика Казахстан bc.ast@mail.ru*

Плазма донорской крови представляет собой уникальный естественный источник белков, обладающих эффективностью при различных патологических состояниях. Преимущества лечения препаратами крови различных состояний, требующих заместительной терапии, в сравнении с компонентами крови, заключаются в большей эффективности и целенаправленности препаратов, отсутствии необходимости групповой совместимости, практически абсолютном исключении риска передачи трансфузионных инфекций и сенсибилизации организма реципиента. Кроме того, компоненты крови обладают ограниченным периодом хранения, в течение которого их качество и эффективность снижаются.

Для решения проблем обеспечения населения препаратами крови многие страны мира с небольшим населением переходят на контрактное фракционирование собственного сырья на зарубежных заводах. Основными причинами является отсутствие ресурсов потребления для обеспечения рентабельности строительства собственного производства, экологические аспекты. Кроме того, обеспечение потребностей страны в препаратах крови за счет контрактного фракционирования имеет, в сравнении с закупом готовых препаратов, экономические выгоды.

Еще одной стороной проблемы является то, что большая часть плазмы, собираемая в развитых странах, фракционируется на нужды самих этих стран. Поэтому возможности производства дополнительных объемов препаратов без поставки плазмы из внешних источников, ограничены.

В конце 90-х годов отказалась от внешних закупок и достигла самообеспечения Бразилия (путем контрактного фракционирования плазмы во Франции), внедрили контрактное фракционирование плазмы за рубежом и сократили внешние закупки Финляндия, Швейцария, Норвегия, Греция, Канада, Люксембург, Польша, Гонконг, Малайзия, страны Прибалтики. Служба крови