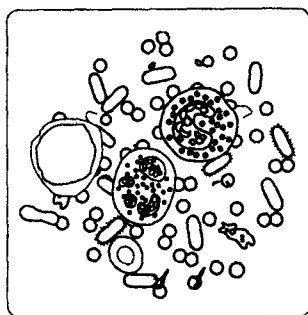




Воспалительные заболевания



М.И. Коган, Н.Д. Ушакова

ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Ростовский государственный медицинский университет,
больница "Скорой медицинской помощи" №2, г. Ростов-на-Дону*

Согласно современным представлениям, уросепсис представляет собой системную воспалительную реакцию организма в ответ на инфекционную агрессию, что в условиях напряжения функциональной системы детоксикации определяет развитие "органопатий" с последующим формированием полиорганной несостоятельности. В условиях распространенной и неконтролируемой активации медиаторов воспалительного ответа при микробной нагрузке предполагаемая эффективность этиотропной терапии может быть значительно снижена, что определяет необходимость применения у данной категории больных экстракорпоральных методов лечения, направленных на внеорганизменное очищение крови в целях замещения или дополнения естественных детоксикационных механизмов гомеостаза.

Вместе с тем данные по применению экстракорпоральной терапии у больных уросепсисом носят разрозненный, зачастую неаргументированный и противоречивый характер, единого мнения по поводу тактики применения методов экстракорпоральной терапии у больных уросепсисом нет. Это определяет необходимость стандартизации подходов к их применению с учетом патофизиологических этапов развития системного воспалительного ответа и механизмов лечебного воздействия методов. Нами обобщен 15-летний опыт лечения больных осложненной инфекцией почек, мочевыводящих путей и урогенитального тракта (726 больных) с признаками активности системной воспалительной реакции организма (ACCP/SCCM Consensus Conference Committee, США, 1992). В комплексе лечебных мероприятий у 523 из них применяли различные методы экстракорпорального дезинтоксикационного (лазерное облучение крови, электрохимическое окисление крови, экстракорпоральная

антибиотико- и иммунофармакотерапия и пр.) и детоксикационного лечения (гемосорбция, плазмаферез, гемодиализация, гемофильтрация и пр.). Наряду с общеклиническими исследованиями проводили изучение показателей центральной гемодинамики, газотранспортной функции гомеостаза, содержания цитокинов крови, перекисного окисления липидов, гемостаза, состояния иммунореактивности организма.

Анализ полученных результатов позволил определить основные принципы применения экстракорпоральных методов лечения на различных этапах формирования и течения синдрома воспалительного ответа у данной категории пациентов.

При синдроме системного воспалительного ответа (ССВО) 2-3 стадии показано применение только медикаментозных методов дез- и детоксикационной терапии. При наличии сопутствующей соматической патологии с исходно выявленной субкомпенсацией детоксикационной функции гомеостаза (сахарный диабет, лица пожилого и старческого возраста, наличие ХПН, воспалительное повреждение единственной почки и пр.) целесообразно "предупреждающее" включение в комплекс медикаментозного лечения вспомогательных методов экстракорпоральной дезинтоксикации — непрямого химического окисления и лазерной фотомодификации клеточного состава крови.

При ССВО 3 стадии в сочетании с сепсисом, ССВО 3-4 стадии методы медикаментозной и экстракорпоральной дезинтоксикационной терапии должны применяться на паритетных условиях с включением в комплекс лечебных мероприятий экстракорпоральной фармако- и иммунофармакотерапии. Применение экстракорпоральных детоксикационных методов лечения (гемосорбции и плазмафереза) обосновано только в условиях вы-

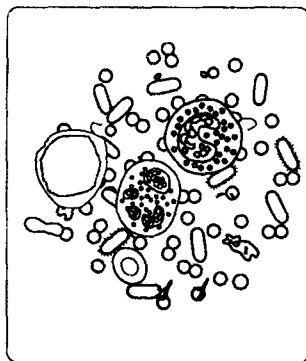
раженной токсемии у больных с исходно имеющейся компрометацией функционального состояния почек (повреждение единственной почки, наличие ХПН).

При ССВО 3 стадии в сочетании с тяжелым сепсисом и развитием моно- и полиорганной дисфункции ведущую роль в программе лечебных мероприятий должна играть экстракорпоральная детоксикационная терапия. Программу детоксикационной терапии целесообразно начинать с проведения лечебного плазмафереза. В условиях развития декомпенсированной недостаточности двух и более органов и систем показано применение высокопоточной гемодиализации. Экстракорпоральная дезинтоксикационная терапия на данном этапе развития ССВО могут быть применены как вспо-

могательные методы после снижения уровня токсической агрессии.

При развитии инфекционно-токсического шока в целях достижения быстрого детоксикационного эффекта проводимой терапии в комплексе лечебных мероприятий показано применение экстракорпоральной гемосорбции или лечебного плазмафереза. В целях усиления детоксикационного воздействия проводимой экстракорпоральной терапии применение данных методов сочетается с введением 0,06% раствора гипохлорита натрия.

При развитии рефрактерного инфекционно-токсического шока основой лечебных мероприятий следует считать проведение высокообъемной постоянной гемодиализации.



Н.Д. Ушакова, М.И. Коган, И.А. Миронова

ВЛИЯНИЕ ИНFUЗИИ ПЕРФТОРУГЛЕРОДНОЙ ЭМУЛЬСИИ “ПЕРФТОРАН” НА МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИЮ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА

Ростовский государственный медицинский университет,
больница “Скорой медицинской помощи” №2, г. Ростов-на-Дону

Одним из ведущих факторов, определяющих развитие и прогрессирование пиелонефритического процесса с формированием очагов гнойного повреждения почек, является нарушение микроциркуляции с развитием тканевой гипоксии в пораженном органе. Впоследствии оно приобретает системный характер и становится пусковым механизмом развития системной воспалительной реакции организма.

Установлено, что инфузии перфторана вызывают существенное повышение тканевого газообмена в организме больного в результате улучшения условий циркуляции, уменьшения отека эндотелия сосудов, повышения эластичности эритроцитов. При этом улучшается диффузия газов, обеспечивается транспорт кислорода от эритроцитов к стенке сосудов, нормализуется интегральный показатель газообмена, что определяет патогенетическую обоснованность применения препарата для коррекции нарушений микроциркуляции, тканевого газообмена и метаболизма.

Целью исследования является изучение влияния инфузии препарата “Перфторан” на состояние микрогемодиализации и функциональное состояние почек, в том числе и поврежденного органа, у больных с гнойно-деструктивными формами пиелонефрита.

Обследовано 22 больных острым обструктивным апостематозным пиелонефритом (13 женщин и 9 мужчин). Возраст пациентов составил от 32 до 60 лет. В целях получения объективных оценок действия перфторана на функциональное состояние поврежденного органа при отборе пациентов для наблюдения учитывали возможность исследования мочи, полученной только из пораженной почки (через катетер, за счет стентирования мочевыводящих путей или чрескожной пункционной нефростомии). Группы больных рандомизированы по тяжести состояния (сепсис, синдром системного воспалительного ответа 3 степени) и тактике проводимой интенсивной терапии.

После произведенного восстановления адекватного пассажа мочи у 12 больных в комплексе лечебных мероприятий в течение 1—3 дней использовали инфузии перфторана (в первые сутки исследования — 400 мл, в последующие — по 200 мл). Контрольную группу составили 10 больных, в комплексе терапии которых перфторан не применяли.

Больным осуществляли биомикроскопию сосудов бульбарной конъюнктивы с последующей балльной оценкой нарушений терминального отдела сосудистого русла. Функциональное состояние почек оценивали в динамике по изменению концентрации полипептидов средней молекулярной