

SUMMARY

A burdening moment of intensive therapy and reanimation is a progressive acute respiration deficiency in the form of the shock lung syndrome (SLS).

The high mortality of this complication defines the actuality of considering problem.

97 women with hemorrhagic shock were investigated. The shock lung syndrome was diagnosed in 43 (44,3%) of them. Research was made by an electrophysiological method and apparatus BMS-1 (radiometr).

The data on the state of the central circulation are cited.

Поступила в редколлегию 14 апреля 1995г.

УДК 616.931-08

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ДИФТЕРИИ

*Курапов Е.П., проф.; Минина К.З., асс.; Чаку С.В., асс.
(Донецкий государственный медицинский университет)*

В последние годы на Украине выросла заболеваемость дифтерией. Только за 1991-1992 гг. зарегистрировано 2033 случая, из них 435 - у детей. Согласно данным ВОЗ за 1991 г. заболеваемость дифтерией в Европе составила 3040 случаев, из них более 1/3 на Украине [1]. К сожалению, заболеваемость дифтерией остается высокой и имеет тенденцию к росту. Так, в инфекционном отделении ЦГКБ 1 г. Донецка в 1993 г. на лечении находилось 116 человек, а за 10 месяцев 1994 года - 122 (в отделении реанимации 6 и 47 человек соответственно). Растет и количество смертей от этого заболевания. Летальность больных дифтерией, госпитализированных в ЦГКБ 1 г. Донецка в 1993 г. составила 3,4%, а за 10 месяцев 1994 г. - 8,6%. Особенностью настоящей эпидемии является преобладание взрослого населения в структуре заболеваемости на фоне низкого коллективного иммунитета.

Обследовано 53 больных дифтерией в возрасте от 17 до 70 лет, находившихся на лечении в отделении взрослой инфекционной реанимации ЦГКБ 1 г. Донецка. По клинической форме заболевания распределение пациентов было следующим: распространенная форма отмечалась у 22,6% больных, токсическая - у 62,2%, комбинированная - у 15,2%. Осложненное течение дифтерии отмечалось у 43 больных (82,8% случаев). Наиболее часто регистрировали осложнения со стороны сердца (26 человек - 63%), причем преобладали средней тяжести и тяжелые формы миокардитов. У этих больных данная патология протекала на фоне гипертонической болезни (13 человек), ишемической болезни сердца (17 человек), ожирения (14 человек), ревматизма (2 человека) в различных сочетаниях. Другими наиболее частыми осложнениями дифтерии были парез мягкого неба (12,3%), полирадикулоневриты (5,7%), нефроз (4,7%), а в 2,8% случаев развилась сывороточная болезнь после введения противодифтерийной сыворотки (ПДС). Всем больным производили дважды в сутки общеклинические анализы крови, мочи, определяли сорбционную способность эритроцитов, содержание в плазме крови циркулирующих иммунных комплексов, остаточного азота, мочевины, креатинина, фибриногена, трансаминаз. Ежедневно проводили электрокардиографическое исследование. Тяжесть эндотоксикоза оценивали по содержанию в сыворотке крови молекул средней массы (МСМ), определяемых скрининговым методом [2,3], по лейкоцитарному индексу интоксикации. Уровень среднемолекулярных пептидов определяли также в эритроцитах и в моче.

В основу терапии больных дифтерией положено специфическое лечение антитоксической сывороткой, доза которой определялась тяжестью состояния, клинической формой, временем госпитализации от

начала заболевания. В тяжелых случаях разовую дозу ПДС вводили в максимальной дозировке, причем 1/3 внутривенно. В случаях положительной реакции на подкожное введение сыворотки последнюю вводили под прикрытием глюкокортикоидов на фоне оксипутирата натрия. Всем больным проводилась дезинтоксикационная и антибактериальная терапия, витаминотерапия (А, В, С, Е, РР). В обязательном порядке назначались глюкокортикоиды в дозе 10 мг/кг массы тела в пересчете на гидрокортизон. Вне зависимости от формы дифтерии и осложнений вводили препараты, улучшающие течение метаболических процессов в миокарде.

В случае развития миокардита в план лечения включались нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, наклофен, вольтарен), при регистрации нарушения ритма сердца - препараты калия, антагонисты кальция, кордарон. В случаях, сопровождавшихся полирадикулоневритами, терапия дополнялась введением дибасола, стрихнина, прозерина, в тяжелых случаях проводилась искусственная вентиляция легких через интубационную трубку, трахеостому.

В связи с учащением осложненных форм дифтерии, периодическим отсутствием ПДС, невысокой эффективностью традиционной терапии нами апробировано применение активных методов детоксикации в комплексном лечении больных дифтерией. В последнее время появилось много сообщений о положительном влиянии лазерного излучения на показатели свертывающей и антисвертывающей системы, течение метаболических процессов организма. Отмечается анальгетический, антиаритмический, десенсибилизирующий, противовоспалительный эффекты лазеротерапии [4,5]. Всем больным проводилась эндоскопическая гелий-неоновая лазеротерапия аппаратом "АЛОУ-2" в следующем режиме: мощность на конце выхода 2 мВт, длина волны излучения 0,64 мкм, время экспозиции 30 минут. Количество сеансов - 1-3 в сутки в течение 5-7 дней. Внутрисосудистую лазеротерапию (ВЛОК) сочетали с внутримышечным введением витамина Е или аевита в дозе 400 мг/сутки.

В случаях выраженного токсикоза и малой эффективности детоксикационной терапии (12 больных) проводили экстракорпоральное очищение крови методом гемосорбции. Сеансы проводили ежедневно, общее количество варьировало от 1 до 3. Гемосорбцию проводили по вено-венозному контуру сорбентом марки СКН-1К и СКН-2К в объеме 1,5 ОЦК со скоростью экфузии крови 50-70 мл/мин.

Эффективность проводимой терапии оценивали по клинической симптоматике, данным лабораторных исследований. У всех обледозанных больных отмечалась гиперфибриногенемия до 8 г/л, повышение уровня среднемолекулярных пептидов в сыворотке крови в 2-3 раза, в эритроцитах и в моче - в 1,5 раза, циркулирующих иммунных комплексов до 230 усл.ед., сорбционной способности эритроцитов до 80%, умеренное повышение уровня мочевины и креатинина, трансаминаз. В анализах мочи отмечалось снижение удельного веса, протеинурия. Выраженность последней коррелировала с тяжестью заболевания.

В случаях сочетанного применения ВЛОК и гемосорбции отмечался более выраженный регресс клинической симптоматики по сравнению с больными, которым сеансы гемосорбции не проводились. Быстрее уменьшался отек подкожной клетчатки шеи, болевой синдром, улучшалось отхождение дифтерийных пленок, нормализовалась температура тела, больные становились более активными. Это позволило сократить сроки пребывания пациентов в отделении реанимации с 6,1 до 4,5 дней.

Наряду с клиническим улучшением отмечалась четкая положительная динамика лабораторных показателей: сразу после проведения сеанса гемосорбции уровень мочевины и креатинина приближался к верхней

границе норми, фибриноген знижвся в 1,5-2 рази, сорбційна здатність еритроцитів і рівень циркулюючих імунних комплексів - на 15-20%; відзначалося зниження рівня МСМ в сироватці крові, еритроцитах і підвищення їх в мочі. Останнє свідчить про ефективне виведення МСМ з організму. Через сутки після сеансу відзначалося зниження рівня лейкоцитарного індексу інтоксикації на 30-40%. Більш стійкий клініко-лабораторний ефект досягнуто при проведенні 2-3 сеансів гемосорбції.

Застосування еферентних методів (ВЛОК, гемосорбція) в комплексному лікуванні тяжких дифтерій сприяло підвищенню ефективності проводимої медикаментозної терапії, скороченню термінів перебування хворого в відділенні реанімації, вираженості ранніх ускладнень. Це дозволяє рекомендувати нам використання подібного комплексу в лікуванні тяжких дифтерій.

SUMMARY

At the work there is a generalised experience of the treatment of patient with severe forms of diphtheria, complicated with myocarditis, nephritis, polyradiculomyelitis. In the reanimation department there were 53 patients with diphtheria. Alongside with the traditional method of treatment, extracorporal methods of detoxication were used - endovascular laserotherapy, haemosorption. The inclusion of active methods of detoxication helped to improve the results of treatment, reduce the duration of patient's stay in the department.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вознянова Ж.И. і соавт. Клиника, диагностика и лечение дифтерии//Методические рекомендации. МЗ Украины. - Киев, 1993. - 31с.
2. Габриелян Н.И., Дмитриев А.А. Средние молекулы и уровень эндогенной интоксикации у реанимационных больных//Анест. и реаним. - 1985. - N1. - С.36 - 38.
3. Ковалевский Н.Н., Нифантьев О.Е. Замечания по скрининговому методу определения молекул средней массы//Лаб. дело. - 1989. - N 10. - С.35-39.
4. Кипшидзе Н.Н. и соавт. Эффективность гемооблучения гелий-неоновым лазером в остром периоде инфаркта миокарда//Сов. медицина. - 1990. - N 3. - С.9 - 12.
5. Корочкин И.М., Бабенко Е.В. Механизмы терапевтической активности излучения гелий-неонового лазера//Сов. медицина. - 1990. - N 3. - С.6 - 9.

Поступила в редколлегию 13 декабря 1994 г.

УДК 615.382

ПЛАЗМОСОРБЦІЯ - МЕТОД ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Сташук В.Ф., проф: Акинтъев С.О., асист.

(Чернівецький державний медичний інститут)

Сучасний рівень розвитку еферентної дезінтоксикаційної терапії ставить перед дослідниками все нові завдання: впровадження в практику методів селективного видалення токсинів з рідких середовищ організму, зменшення негативного впливу штучних детоксуючих систем на організм хворого, знаходження оптимальних варіантів поєднання існуючих методів асистенції печінки та вирок для збільшення результуючого ефекту детоксикації [1,2,3].

Застосування еферентної дезінтоксикаційної терапії у хворих реанімаційного профілю з точки зору виникнення синдрому поліорганної недостатності дає шанс на выздоровлення, оскільки традиційна консервативна терапія нерідко буває безрезультатною [4,5].

Літературні відомості про плазмосорбцію (ПС) мізерні. Ті дані, які дають нам літературні джерела, обмежені, включають описання проведення ПС проточним способом на невеликій кількості хворих. Треба зазначити, що деякі відомості про метод носять суперечливий характер [6,7]. Автори порівнюють ПС окремо то з гемосорбцією (ГС), то з