

© С. В. КУРСОВ

Харківський національний медичний університет

Аспекти інфузійної терапії у хворих з абдомінальним компартмент-синдромом

S. V. KURSOV

Kharkiv National Medical University

ASPECTS OF INFUSION THERAPY IN PATIENTS WITH ABDOMINAL COMPARTMENT-SYNDROME

Рідинна ресусцитація є одним з провідних заходів інтенсивної терапії у хворих з тяжким сепсисом та септичним шоком. Проте на сьогодні є багато даних, що агресивна інфузійна терапія може обтяжувати стан хворих з абдомінальним сепсисом через прогресування абдомінального компартмент-синдрому. Парез шлунково-кишкового тракту призводить до зростання внутрішньокишкового та внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), зменшення мезентеріального кровообігу, а надалі – до посилення інтоксикації. Зростання ВЧТ зумовлює обмеження рухів діафрагми, прогресування легеневої гіповентиляції, зменшення серцевого викиду, обмеження органного кровотоку, що загрожує розвитком поліорганної дисфункції. Методика ранньої цілеспрямованої терапії дозволяє, з одного боку, усунути дефіцит рідини в організмі, сприяє поліпшенню кровотоку, але, з іншого боку, загрожує секвестрацією рідини в інтерстиції кишкової стінки та брижі, зростанню втрат рідини у кишкову порожнину через капілярний витік, в результаті чого ВЧТ швидко зростає. На цей процес може істотно вплинути склад інфузійної терапії. Метою дослідження є: вивчення змін ВЧТ у хворих з абдомінальним сепсисом протягом проведення інфузійної терапії, яка включала різні групи плазмозамінників.

Дослідження проведено в 64 пацієнтів з абдомінальним сепсисом, які мали стартову оцінку тяжкості загального стану за шкалою Acute Physiology And Chronic Health Evaluation-II (APACHE-II), що перевищувала 20 балів. Рідинну ресусцитацію проводили у хворих 1-ї групи (n=8) виключно кристалоїдними розчинами. Пацієнтам 2-ї групи (n=17) разом із кристалоїдами вводили 4 % розчин моди-

фікованої желатини. В 3-й групі (n=25) разом з кристалоїдами використовували 6 % розчин гідроксиетилкрохмалю (ГЕК) 200/0,5, а в 4-й групі (n=14) – 6 % розчин ГЕК 130/0,42. При проведенні рідинної ресусцитації вже на першу добу вдалося досягнути центрального венозного тиску (ЦВТ) не менше за 100 мм вод. ст. ВЧТ визначали у порожнині сечового міхура за допомогою катетера Foley.

При використанні виключно кристалоїдів спостерігали достовірно вищі показники ВЧТ, ніж коли додатково застосовувалися колоїди. Агресивна рідинна ресусцитація, коли ЦВТ перевищував 120 мм вод. ст. поєднувався із зростанням ВЧТ. ВЧТ зростає максимально на 2-гу добу після операції, а потім повільно знижувався. Зниження ВЧТ відбувалося швидше в групах хворих, які одержували колоїдні плазмозамінники. Наприклад, на третю добу ВЧТ у хворих 1-ї групи становив $(2,59 \pm 0,31)$ кПа, а у пацієнтів 3-ї групи – $(2,28 \pm 0,25)$ кПа; $p=0,008$, у хворих 4-ї групи – $(2,33 \pm 0,15)$ кПа; $p=0,015$. Якщо на п'яту добу рівень ВЧТ у хворих 2, 3 та 4-ї груп відповідав гіпертензії I ступеня ($1,6-2,0$ кПа), то у пацієнтів 1-ї групи залишалися ознаки гіпертензії II ступеня. Застосування похідних ГЕК для запобігання зростанню ВЧТ виявилось ефективнішим за використання модифікованої желатини. Пацієнти з високим ВЧТ мали прояви дихальної недостатності, що поєднувалася з активацією симпатoadреналової системи, тахікардією із зменшенням показників ударного і серцевого індексу.

Застосування у складі рідинної ресусцитації у пацієнтів з абдомінальним сепсисом колоїдних плазмозамінників сприяє зменшенню проявів абдомінального компартмент-синдрому.

Отримано 15.04.13