

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Межирова Н.М., Данилова В.В., Перхун М.И., Кравцова Г.Д.

*Харьковский национальный медицинский университет
ОДКБ № 1, Харьков*

Главным элементом интенсивной терапии новорожденных с хирургической патологией в периоперационном периоде остается инфузионная терапия, эффективность которой трудно переоценить. С ее помощью успешно обеспечивается коррекция нарушений гомеостаза: водно-электролитного баланса, реологических свойств крови, сосудистых нарушений и т.д. Эффективность проведения инфузионной терапии зависит от многих факторов, ведущими из которых являются — техническое обеспечение, выбор сосудистого доступа, объем инфузионной терапии, скорость введения и состав инфузионных сред.

Чрезвычайно важным аспектом эффективной инфузионной терапии является техническое обеспечение. В нашем отделении используются инфузоматы, позволяющие обеспечить скорость инфузии от 0,1 мл/час с постоянным равномерным поступлением инфузионных сред на протяжении суток. Следует отметить, что с введением современной аппаратуры улучшилось качество инфузионной терапии и интенсивной терапии в целом.

Вопрос выбора венозного доступа за последнее десятилетие существенно изменился: если раньше мы отдавали предпочтение катетеризации пупочной или центральных вен, то сейчас на первое место выходит катетеризация периферических сосудов венфлонными катетерами, а также силастиковыми катетерами длительного использования.

Объем инфузионной терапии определяем на основании клинических и биохимических параметров, в среднем доношенным новорожденным — 10 мл/кг/сутки, недоношенным — 1 мл/кг/сутки. Скорость инфу-

зии рассчитываем на 24 часа равномерно, начальная скорость введения инфузионных растворов у доношенных новорожденных 3 мл/час. Обязательно проводится мониторинг АД во время инфузионной терапии, т.к. это также позволяет корректировать объем инфузионной терапии и скорость введения. Коррекцию дозы жидкости проводим на основании темпа диуреза (2–5 мл/кг/час), динамики массы тела.

Что касается состава инфузионных сред, в нашем отделении отдается предпочтение физиологичным растворам, таким как раствор глюкозы 5%, раствор NaCl 0,9%. В послеоперационном периоде при потере ОЦК более 15%, которое сопровождается снижением гемоглобина ниже 80 г/л, проводится гемотрансфузия. При развитии ДВС-синдрома проводится переливание свежезамороженной плазмы, что является основным показанием для ее использования.

Парентеральное питание остается важным компонентом в интенсивной терапии новорожденных, особенно с хирургической патологией. Обеспечение питательными и энергетическими ингредиентами начинаем на 2–3 сутки после оперативного лечения с использования аминокислот (Инфезол, Аминовен, Аминоплазмаль), а на 3–4 сутки послеоперационного периода добавляем жировые эмульсии (Липофундин, Интралипид). Однако вышеперечисленные аминокислотные смеси не совсем подходят для новорожденных детей, т.к. их состав не учитывает особенности их обмена у новорожденных и возможно развитие гиперфенилаланинемия и дефицит тирозина. В настоящее время привлекает внимание аминокислотная смесь Аминовен Инфант — специальный 6 и 10% раствор аминокислот для новорожденных.

ВИКОРИСТАННЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ РОЗЧИНІВ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ІНТРАДІАЛІЗНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ

Могильник А.І., Дикий О.М.

ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія", Полтава

Захворюваність і поширеність хронічної хвороби нирок 5 стадії у 2006 р. склала 2,1 та 8,4 випадку на 100 тисяч населення, в тому числі пролонгованої замісними діалізними методами терапії — 1,6 та 6,1 відповідно. Гемодіаліз залишається основним методом замісної ниркової терапії хворих з термінальною хронічною нирковою недостатністю. Найчастішим ускладненням під час сеансу гемодіалізу є гіпотензія (до 30%).

Існує три основні групи причин інтрадіалізної артеріальної гіпотензії:

- 1) пов'язані з надлишковим зменшенням об'єму циркулюючої крові (ОЦК) (коливання та висока швидкість ультрафільтрації (УФ), зниження ваги нижче "сухої", надто низький рівень натрію діалізуючого розчину);
- 2) пов'язані з недостатньою вазоконстрикцією (автономна нейропатія, ішемія тканин, відносна недостатність симпатичної нервової системи);

- 3) пов'язані з патологією серця.

Частіше за інші причиною гіпотензії є висока швидкість УФ, при якій рідина з позасудинного простору не встигає переходити до судинного сектора, що призводить до зменшення ОЦК, серцевого викиду та, як результат, артеріальної гіпотензії і порушенню перфузії тканин, в тому числі мозку, з відповідною симптоматикою. Зменшити цю швидкість можливо лише двома способами: обмежити міждіалізний набір рідини і збільшити частоту або час процедур гемодіалізу, але це не завжди можливо, тому часто доводиться медикаментозно корегувати це ускладнення. Найбільш патогенетично обґрунтованим з метою корекції інтрадіалізної гіпотензії є введення гіперосмолярних розчинів.

Нами, на базі Нефрологічного центру Полтавської обласної клінічної лікарні, з цією метою використовується 20% розчин сорбітолу (Сорбілакт) у дозі 2,0–2,5

мл/кг. Завдяки гіперосмолярності розчину та високому волемічному коефіцієнту шляхом низькооб'ємної інфузії вдається швидко мобілізувати рідину в судинне русло з інтерстиціального простору, чим збільшити ОЦК, венозне повернення і діастолічне наповнення серця і тим самим нормалізувати серцевий викид, артеріальний тиск і перфузію тканин.

Напі спостереження показали перевагу використання Сорбілакта над інфузією ізо- і гіпертонічних сольових розчинів через більшу швидкість досягнення і тривалість гемодинамічного ефекту, відсутність введення в організм додаткової рідини та іонів натрія. При використанні ізотонічних сольових розчинів (0,9% роз-

чин натрія хлориду, розчин Рінгера, Рінгера-Локка) для стабілізації гемодинаміки при виникненні інтрадіалізної гіпотензії необхідно провести інфузію 400–500 мл, у зв'язку з чим не досягнеться "суха" вага на кінець сеансу. При застосуванні 10% розчину натрія хлориду об'єм інфузії та гемодинамічний ефект приблизно порівнюється, але супроводжується збільшенням натріємії, спрагою і збільшеним вживанням рідини в ранній післядіалізний період, чого не спостерігається при використанні 20% розчину сорбітолу. Тому можна рекомендувати використання Сорбілакту з метою корекції гемодинамічних порушень під час сеансів гемодіалізу.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА

Мушенко В.Е., Врублевская Т.Ю., Корнеевкова Т.В., Гнеденкова А.М.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

С интоксикационным синдромом приходится сталкиваться в разнообразных отраслях медицинской практики: токсикология, хирургия, инфекционные болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, травматология, ожоги. Интоксикационный синдром проявляется нарушениями водно-электролитного обмена, кислотно-основного и осмотического состояния организма. Дезинтоксикационная терапия направлена на коррекцию возникших нарушений. К осмотически активным кровезаменителям, позволяющим влиять на осмолярность и перераспределение жидкости по водным секторам организма относятся следующие препараты: "Гекодез" — 6% раствор гидроксипроксиэтилкрахмала, "Гелофузин" — 4% раствор сукцинированного желатина. Доза данных препаратов определяется гиповолемией, связанной с интоксикацией либо с кровопотерей.

"Полиглюкин" — плазмозамещающий противошоковый препарат гемодинамического действия. Данный препарат вводится внутривенно капельно либо внутриа- ртериально.

"Реосорбилакт" и "Сорбилакт" — комплексные инфузионные растворы. Основными действующими веществами являются сорбитол и натрия лактат. Основные фармакологические свойства — дезинтоксикация, противошоковый эффект, стабилизация гемодинамики, коррекция кислотно-основного состояния крови. Доза при тяжелой интоксикации до 10–15 мл/кг, при кровотечениях — до 25 мл/кг.

"Сода Буфер" — средство для восстановления щелочного состояния крови и коррекции метаболического ацидоза. Применяется при отравлении слабыми органическими кислотами, при глубоких ожогах, диабетической коме. Расчет дозы производится следующим образом:

Дефицит оснований (–BE) × кг массы тела больного × 0,3 × 2

При электролитном дисбалансе применяют препарат "ГИК", стимулирующий синтез АТФ, гликогена, белков, улучшающий обмен веществ в миокарде, увеличивающий продукцию адреналина надпочечниками. Вводится в дозе до 200 мл 2 раза в сутки под контролем уровня калия в сыворотке.

"Реамберин" — представляет собой сбалансированный раствор, содержащий янтарную кислоту. Обладает антиоксидантным, антитоксическим, гепатопротекторным действием. Применяется внутривенно капельно в дозе до 400 мл в сутки.

"Ксилат" — пятиатомный спирт, который при внутривенном введении быстро включается в общий метаболизм. Имеет выраженный антикетогенный эффект, корригирует метаболический ацидоз. Суточная доза — 0,15 г/кг/час. Допустимо введение до 2100 мл в сутки.

Ознакомившись с инфузионными растворами, можно сделать вывод: дезинтоксикационный эффект инфузионной терапии возможен только в комплексном лечении и когда существуют предпосылки для усиления естественных путей детоксикации с помощью вводимого раствора.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мушенко В.Е., Корнеевкова Т.В., Гнеденкова А.М., Врублевская Т.Ю.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

Инфузионная терапия (ИТ) — раздел медицинской науки об управлении функциями организма путем целенаправленного воздействия на морфологический состав и физиологические свойства крови введением органических и неорганических трансфузионных средств. Основной целью ИТ является коррекция нарушений гоме-

остаза. Задачи реанимации и интенсивной терапии, возникающие перед врачом в конкретных клинических ситуациях, определяют основные направления ИТ:

— волюмокоррекция — восстановление адекватного объема циркулирующей крови (ОЦК) и нормализация ее состава при кровопотере;