

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняло участие $n = 5$ мужчин. Возраст пациентов в среднем составил 54 [51,7; 65,1], $P < 0,05$. По массо-половому признаку пациенты в группе распределились следующим образом 89,5 [68,3; 104,7], $P < 0,05$. В ходе динамического наблюдения за пациентами был выставлен диагноз расслаивающая аневризма аорты осложненная ДВС-синдромом. Всем пациентам проводилась КТ с контрастированием, УЗИ и МРТ. У всех пациентов выявлен распространенный атеросклероз с поражением нескольких артериальных бассейнов. ИБС диагностирована у всех $n = 5$ пациентов, у 2 (25,6 %) — возник острый инфаркт миокарда, по поводу чего у 2 больных произведено аортокоронарное шунтирование, у 1 — ангиопластика венечных артерий со стентированием. Двум пациентам проводили антикоагулянтную терапию гепарином 250 Ед/кг в сутки кратно 4 под контролем ПВ и МНО. 3 пациентам антикоагулянтной терапии не назначали в виду наличия высокого риска кровотечений. Показатель МСФ в первые сутки составил 26,3 [18,4; 31,6]мм, к 10 суткам у пациентов $n = 2$ с применением гепарина при МНО 1,6 [1,5; 2,1] и ПВ 20,1 [18,5; 21,1] с ($p < 0,05$; $P > 0,05$) показатель МСФ не превышал показателей нормальных референтных значений ($P < 0,05$). У $n = 3$ на фоне применяемой схемы интенсивной терапии в виду прогрессирования СПОД отмечалось МНО 1,1 [0,95; 1,5] ($p < 0,05$; $P > 0,05$) и ПВ 10,1 [9,5; 14,1] с ($p < 0,05$; $P > 0,05$), МСФ составил 5,3 [4,5; 7,1] мм ($p < 0,05$; $P > 0,05$), СФТ 25,3 [23,4; 27,6] мм ($p < 0,05$; $P > 0,05$), что потребовало назначения криопреципитата лиофилизированного до 15 доз и СЗП из расчета 10–25 мл/кг в зависимости от состояния гемодинамических показателей.

Выводы

Метод тромбозластографии позволяет лучше осуществлять контроль гемостатической терапии.

Позволяет комплексно следить за функциональным состоянием свертывающей и противосвертывающей системы в ходе интенсивной терапии расслаивающей аневризмы аорты осложненной ДВС-синдромом с использованием концентратов факторов свертывания, антиагрегантной и антикоагулянтной терапии.

УДК 616.94-039.74

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Коньков С. В.^{1,2}, Мамонов В. А.^{1,2}

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Для рационального назначения антибактериальных препаратов требуется раннее выявление возбудителя, определения раннего системного воспалительного ответа даже без выявленного очага инфекции, и определения устойчивости культуры. С повышением резистентности ключевых микроорганизмов к антибактериальным препаратам частота септических состояний в течение последнего десятилетия имеет выраженную тенденцию к увеличению случаев септических осложнений. Факторами, способствующими к их развитию, являются: увеличение продолжительности жизни населения, удельного веса пациентов с иммунодефицитными состояниями, числа инвазивных

вмешательств. Изменился и профиль микроорганизмов наиболее часто вызывающий клинико-ассоциированную инвазию.

Цель

Изучить динамику и чувствительность основных биологических маркеров используемых в ходе назначения схем антибактериальной терапии.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 15 пациентов проходивших лечение в ОРИТ УГОКБ с сентября 2018 по май 2019 гг. Ретроспективно изучены листы интенсивной терапии и сопоставлены с результатами лабораторных исследований. Оценены показатели воспалительного ответа с референтными значениями полученных результатов. В стандарт интенсивной терапии входила респираторная поддержка, стабилизация гемодинамических показателей, восполнение водно-электролитного баланса с учетом жидкостной потребности и калоража, антибактериальная терапия с учетом антибиотикорезистентности высеваемой флоры из раневой поверхности и биологических сред, коррекция КОС и гемостаза. Проведен статистический анализ полученных результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

По нозологическим формам среди пациентов было: 8 — с острым панкреонекрозом, 3 — с бактериальными пневмониями, у 1 — острый холангит, у 1 — гастроинтестинальный свищ, у 1 — трахеопищеводный свищ осложненный пневмонией и 1 пациент с карбункулом почки. Возраст пациентов в среднем составил 55 [45,6; 65,1], $P > 0,05$. По массо-половому признаку пациенты в группе распределились следующим образом 89,5 [68,3; 104,7], $P > 0,05$ и женщины составили 27 %, $n = 4$ человека, 63 % мужчины $n = 11$. У всех пациентов при поступлении производился забор биологических сред на стерильность и чувствительность к антибиотикам, результат положительной культуры отмечался на 9 [7,5; 15,3] сутки. С-РБ оценивался ежедневно повышение отмечалось с первых суток 12 [5,7; 20,3], ($p < 0,05$, $P > 0,05$) мг/мл и относительно стабильно удерживался на одном уровне до 5-х суток 104,5 [99,8; 115,3], ($p < 0,05$, $P > 0,05$) у 87 %, $n = 13$ пациентов был получен рост гемокультуры. Прокальцитонин в ходе лечения выполнялся дважды на 5 и 14 сутки и составил соответственно 5,6 [2,3; 8,4] нг/мл, ($p < 0,05$, $P > 0,05$) у $n = 12$, и 16 [8,9; 18,6] нг/мл у $n = 3$, у $n = 7$ превышал НРЗ по сравнению с первыми сутками и составил 7,8 [6,5; 14,7] нг/мл, ($p < 0,05$, $P > 0,05$). Пресепсин выполнялся однократно на 10-е сутки у $n = 7$ составил 356,3 [321,5; 468,1] пг/мл, ($p < 0,05$, $P > 0,05$), у $n = 5$ 852 [813,6; 910,3] пг/мл, ($p < 0,05$, $P > 0,05$), у $n = 3$ 985 [956,1; 1015] пг/мл, ($p < 0,05$, $P > 0,05$). Из исследуемых пациентов в течение всего периода наблюдений на 24 [16; 30,3] сутки погибло от сепсиса и септических осложнений $n = 3$, ($p < 0,05$, $P > 0,05$). К 36 [28; 45,3] суткам $n = 5$, ($p < 0,05$, $P > 0,05$). Остальные продолжили лечение в ОРИТ.

Выводы

В качестве наиболее перспективных биомаркеров для дифференциальной диагностики и мониторинга системных воспалений можно считать С-реактивный белок (СРБ), пресепсин (ПС) и прокальцитонин (ПКТ) оценивая динамику этих показателей.

С учетом клинических исследований, рекомендуется определять содержание ПКТ как скринингового метода при подозрении на развитие сепсиса, и при получении результата более 0,5 нг/мл, дополнительно количественно определять концентрацию ПС.

Комплекс представленных маркеров поможет своевременно верифицировать септическое состояние и отследить динамику выбранной схемы интенсивной терапии.