

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА С ОСЛОЖНЕНИЕМ СЕПСИСОМ

Хасанов Ш.Н.

Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель работы. Провести анализ применения методов плазмофереза в ранние сроки лечения абдоминального сепсиса, установить, имело ли их применение преимущество для выживания.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования — проспективное когортное. Описание метода. В 50 наблюдениях (группа 1) в ранние сроки после операции проводили ЭКГК. Медиана времени от поступления в отделение интенсивной терапии после операции до начала ЭКГК 25,3 (17,7; 36,5) часа. При определении модальности плазмофереза руководствовались индивидуальным подходом и клиническим опытом специалиста по ЭКГК. Методы афереза изолированно были проведены у 8% больных (4/50), комбинация методов афереза и заместительной почечной терапии — у 40% (20/50), методы заместительной почечной терапии (ЗПТ) — у 98% (46/50), плазмаферез/плазмообмен/селективная плазмофильтрация — у 30% (15/50), селективная гемосорбция цитокинов — у 4% (2/50), селективная гемосорбция липополисахаридов — у 24% (12/50). Анализировали исходы, оценки тяжести функциональных расстройств и сепсис-ассоциированной органной дисфункции по шкалам APACHE II и SOFA и их динамику, вероятности исходов в зависимости от оценок по индексам (логистическая регрессия); времена жизни, кумулятивную долю выживания (метод Каплана–Майера). Характеристика выборки. 113 пациентов после экстренной лапаротомии в связи с распространенным перитонитом, абдоминальным сепсисом в возрасте от 23 до 90 лет. 67 мужчин, 46 женщин. В 50 наблюдениях (группа 1) в ранние сроки проводили ЭКГК; в 63 случаях методы активной гемокоррекции не использовались (группа 2). В группе 1 — 35 пациентов с септическим шоком и 15 человек со стабильной гемодинамикой (подгруппа 1/шок и подгруппа 1/сепсис). В группе 2 — 20 пациентов с шоком и 43 с устойчивой гемодинамикой (подгруппа 2/шок и подгруппа 2/сепсис)

Результаты исследования и их обсуждение. Применение методов плазмофереза позволило выжить пациентам с более тяжелыми оценками по APACHE II и SOFA: у выживших в подгруппе 1/шок Me 29 (24; 31) против 23 (14; 26) в подгруппе 2/шок и 8 (4; 10) против 4 (2; 6) баллов, $p=0,048$ и $p=0,010$; при стабильной гемодинамике у выживших в подгруппе 1/сепсис Me 20 (17; 22) против 15 (11; 19) в подгруппе 2/сепсис, $p=0,016$. ЭКГК изменила порог выживания в пользу более тяжелых пациентов с 29 до 33 баллов; снизила вероятность неблагоприятного исхода в 1,2 раза на каждый балл оценки по шкале APACHE II и в 1276 раз на весь диапазон оценок; пролонгировало время жизни у гемодинамически нестабильных пациентов на уровне значимости $p=0,083$, сдвинув первую квартиль выживания с 1 до 12 суток, медиану — с 12 до 20, третью квартиль — с 27 до 45 дней. При проведении плазмофереза кумулятивная доля выживания была выше на всем госпитальном периоде наблюдения: через 2 суток — 0,886 (95% ДИ 0,780–0,939) против 0,700 (95% ДИ 0,499–0,802); через 10 суток — 0,800 (95% ДИ 0,667–0,868) против 0,545 (95% ДИ 0,325–0,658); через 14 суток 0,653 (95% ДИ 0,494–0,734) против 0,416 (95%

ДИ 1,185–0,533). Общая летальность от всех причин 35,4% (40/113), при шоке — 67,3 (37/55), при стабильной гемодинамике — 5,2% (3/58). Максимальный риск неблагоприятного исхода пришелся на ранние сроки: 30% (12/40) всех смертельных исходов произошло в первые 4 суток после операции, 20% (8/40) — в первые 24 часа. У шоковых пациентов 10-суточная летальность была ниже при проведении плазмофереза: 20,0% (7/35) против 45,0% (9/20), $p=0,050$, 1-я ст. тест Фишера, $P=0,38$ — недостаточная. Госпитальная летальность в шоковых подгруппах сравнялась, все достигнутые на ранних этапах преимущества плазмофереза были утрачены; хотя в большинстве поздних исходов перитонит был купирован; что было подтверждено при секции.