

За 3 года работы станции переливания крови 354-го окружного военного клинического госпиталя выявлены 36 человек, инфицированных гепатитом В, 56 — гепатитом С, 10 — сифилисом. В итоге 102 человека могли стать источниками заражения гемотрансмиссивными инфекциями.

На качество работы станции переливания крови влияет работа всех звеньев, включая и общее управление. Время ставит новые задачи совершенствования деятельности службы крови. Создаются компьютерные системы «защиты от ошибок» в клинике: на реципиента надевают индивидуальный браслет с идентификационным чипом, позволяющий безошибочно установить личность. Принтер распечатывает этикетку, которая у постели больного наклеивается на пробирку с кровью для подбора трансфузионной среды. Перед переливанием гемокомпонент вновь проверяется компьютерной системой и при несоответствии блокируется.

Необходимо внедрять в работу метод инактивации патогенов крови, компьютеризированного учёта, маркировки и сопровождения на всех этапах производства (от донора до реципиента) крови и её компонентов.

Таким образом, работа станции переливания крови нацелена на выпуск компонентов крови, полностью отвечающих современным требованиям, а также на решение вопросов обеспечения пострадавших (раненых и больных) гемотрансфузионными средствами, в том числе и в чрезвычай-

ных ситуациях. Нормативные технологические документы определяют организацию и содержание производственной деятельности станций переливания крови, методы контроля качества и безопасности выпускаемой продукции.

#### РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Закон РФ от 9 июня 1993 г. №5142-1 «О донорстве крови и её компонентов» (с изменениями от 4 мая 2000 г., 16 апреля 2001 г., 24 декабря 2002 г., 22 августа 2004 г., 29 декабря 2006 г.).
2. Постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 октября 2000 г. №384 «О применении в практике здравоохранения иммуноферментных тест-систем для выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (Hb<sub>s</sub>Ag) и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в сыворотке крови человека».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 мая 2003 г. №193 «О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантинизации свежемороженой плазмы».
5. Статья 118 УК РФ «Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2001 г. №364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и её компонентов».

УДК 616.37:002.4:039.74:089

НО2

## ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Аскерхан Шапапутдинович Алюков\*, Игорь Юрьевич Носков\**

*354-й окружной военный клинический госпиталь*

### Реферат

В статье на основании анализа данных литературы и собственного опыта представлены основные принципы проведения интенсивной медикаментозной терапии у больных с тяжёлыми формами панкреонекроза.

**Ключевые слова:** панкреонекроз, интенсивная консервативная терапия.

**PRINCIPLES OF INTENSIVE TREATMENT OF PANCREONECROSIS** *A.Sh. Alukov, I.Yu. Noskov. 354th District Military Clinical Hospital, Russia.* In the article based on the analysis of literature data and on authors' personal experience presented were the main principles of conducting intensive medical therapy in patients with severe forms of pancreonecrosis.

**Keywords:** pancreonecrosis, intensive medical therapy.

На сегодняшний день при инфицированных формах панкреонекроза показания к хирургическому лечению не вызывают сомнений. Основная задача первой операции — мобилизация всех очагов некротической деструкции в забрюшинном пространстве (декомпрессия), полноценная некрэктомия или секвестрэктомия, отграничение (компартиментализация) всех некротических зон от свободной брюшной полости, обеспечение адекватного оттока экссудата (дренирование) с планированием последующего вмешательства в определённые сроки [3].

Активная хирургическая тактика немыслима без адекватного интенсивного медикаментозного лечения при инфицированном панкреонекрозе и включает антибактериальные средства, противогрибковые при наличии нейтропении либо кандидемии [1], обезболивающие, цитостатические препараты, октреотид, альбумин человека при снижении сывороточного содержания альбумина менее 20 г/л, плазму крови человека свежемороженную при дефиците плазменных факторов коагуляции, гидроксипропилкрахмалы, растворы электролитов.

При проведении интенсивной медикаментозной терапии у больных с тяжёлыми формами панкреонекроза мы соблюдаем следующие принципы.

Адрес для переписки: OWKG-354@yandex.ru

1. Гемодинамическая поддержка для восстановления адекватной тканевой перфузии, нормализации клеточного метаболизма, коррекции нарушений гомеостаза путём быстрого (в течение 6–8 ч) достижения целевых значений параметров: центрального венозного давления 8–12 см вод.ст., среднего артериального давления более 65 мм рт.ст., диуреза 0,5 мл/ч, гематокрита 30%, сатурации крови в верхней полой вене не менее 70%. Эритроцитарную массу вводим при концентрации гемоглобина менее 85–90 г/л. Низкое перфузионное давление — показание к применению препаратов, повышающих сосудистый тонус или насосную функцию сердца (допамина или норэпинефрина). При развитии шока используем малые дозы гидрокортизона (200–300 мг/сут).

2. Респираторную поддержку при поражении лёгких (орган-мишень!) в необходимых случаях обеспечиваем искусственной вентиляцией лёгких. Показание к интубации — респираторный индекс ниже 200. Используем принцип «неагрессивной искусственной вентиляции лёгких»: пиковое давление менее 35 см вод.ст., инспираторная фракция кислорода ниже 60%, дыхательный объём менее 6 мл/кг. Критерием адекватности служат следующие показатели: парциальное давление кислорода в артериальной крови более 60 мм рт.ст., сатурация артериальной крови более 93%, парциальное давление кислорода в венозной крови 35–45 мм рт.ст., сатурация венозной крови более 55%.

3. Нутритивную поддержку обеспечиваем парентеральным введением жировых эмульсий для парентерального питания (липофундина) и аминокислот в первые 24 ч заболевания с переходом на интраеюнальное введение сбалансированных смесей на 5–7-е сутки благоприятного течения заболевания, стараясь обеспечить получение 25–30 ккал/кг в сутки [4].

4. При гипергликемии более 6,1 ммоль/л коррекцию проводим внутривенным введением препаратов инсулина.

5. Профилактику стрессовых язв желудочно-кишечного тракта считаем важной задачей, которую решаем путём энтерального или парентерального введения наиболее эффективных препаратов — ингибиторов  $H^+,K^+$ -АТФазы (ингибиторы протонной помпы).

6. Для профилактики тромбоза глубоких вен используем низкомолекулярные гепарины в об-

щепринятых дозах.

7. Использование внутривенных иммуноглобулинов повышает выживаемость, но ограничивается их высокой стоимостью [при использовании иммуноглобулина человека нормального [IgG + IgA + IgM] (пентаглобина)].

8. Заместительную почечную терапию используем при развитии острой почечной недостаточности.

9. Адекватная стартовая антибиотикотерапия снижает смертность в 2 раза! Применяем меропенем 3 г/сут, цефоперазон + сульбактам 6 г/сут, сочетание цефепима, аргинина и метронидазола [2]

10. Полноценного обезболивания достигаем при помощи длительной эпидуральной анестезии (покой поджелудочной железы) и введения нестероидных противовоспалительных препаратов (например, кетопрофена) с диазепамом.

11. Новым методом терапии служит применение активированного протеина С, воздействие которого на патогенез воспаления реализуется через несколько механизмов: блокирование синтеза фактора некроза опухолей, ингибирование тромбина и образования цитокинов, антикоагулянтное и противовоспалительное действие. По этому пункту своего опыта работы пока не имеем.

## ВЫВОД

Консервативная терапия тяжёлых форм панкреонекроза на современном этапе должна носить черты экстренной помощи больным. Проводить её следует в полном объёме по всем патогенетическим направлениям заболевания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко Н.А., Базаров А.С. Антимикробная терапия интраабдоминальных инфекций // *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* — 2003. — №2 — С. 153–166.
2. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. — М.: Бионика, 2003. — 208 с.
3. Филлимонов М.Н., Бурневич С.З. Хирургия панкреонекроза. 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С. Савельева. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 241–248.
4. Хорошилова И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. — СПб.: Нордмед-издат, 2000. — 375 с.