

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ И АНТИПРОТЕАЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНО-БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА

К.М. Богус

Противосепсисный центр (руковод. — чл.-корр. РАМН, проф. В.Г. Бочоришвили), г. Тбилиси

На лечении по поводу легочно-bronхо-плевральных осложнений в противосепсисном центре находились 152 человека. У 39 (25,7%) из них диагностирован тромбогеморрагический синдром (ТГС), развившийся на фоне хирургического сепсиса. В клинике ТГС мы выделяем три фазы: первую — гиперкоагуляции, вторую — гипер-гипокоагуляции и третью — гипокоагуляции потребления, когда содержание факторов свертывания снижено. Для первой фазы характерны микроциркуляторные нарушения, печеночно-почечная недостаточность, для второй — гипотония за счет выработки активных кининов, увеличение сосудистой проницаемости, которая на фоне потребления фибриногена и других факторов свертывания приводит к геморрагическим проявлениям.

У большей части больных была констатирована первая фаза ТГС, у 21 (в основном у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей — ЛБПО) — вторая. Разлитой перитонит и ЛБПО диагностированы у 18 человек. Всем больным был назначен гепарин, который тормозит превращение протромбина в тромбин и способен ограничить воспалительную реакцию.

Всем больным в первой фазе ТГС была проведена гепаринотерапия в дозах, определяемых по реакции организма на гепарин и эффективности других терапевтических и хирургических мероприятий. Профилактические дозы гепарина составляли 2500 ЕД подкожно 6 раз в сутки на протяжении 3—6 суток*.

В зависимости от тяжести состояния больного и выраженности ТГС дозу гепарина увеличивали до 30000 ЕД в сутки и более. Контроль за гепаринотерапией (оценку времени свертывания крови, динамику этаноловой и протаминсульфатной проб) осуществляли в течение всего периода его применения. Клинический эффект оценивали по улучшению гемодинамики, восстановлению функций паренхиматозных органов, которые сопровождали нарушения гемокоагуляции.

Об эффективности лечения больных во второй фазе синдрома свидетельствовали клинические признаки выведения больных из глубокой гипотонии, прекращение кровотечений, а со стороны лабораторных признаков — торможение фибринолиза и отрицательное значение этаноловой и протаминсульфатной проб.

Можно считать доказанным, что воспалительная реакция сопровождается активацией системы протеолитических ферментов. Общий высокий протеолиз складывается из высвободившихся лизосомальных ферментов, содержащих разнообразные гидролитические ферменты, в том числе катепсины, главным образом из лейкоцитов. Активность протеолитических ферментов при тяжелом течении гнойно-септических заболеваний высока, а количество естественных эндогенных ингибиторов протеаз, необходимых для их подавления, недостаточно. Возникающий протеолиз белков плазмы приводит к нарушению функционирования целого ряда систем, в том числе и системы свертывания крови. В связи с этим в качестве активных противовоспалительных ферментов и средств, предупреждающих нарушения системы фибринолиза [1], рекоменду-

* **Примечание редактора.** В настоящее время с этой целью предпочтительнее использовать препарат низкомолекулярного гепарина фраксипарин один раз в сутки.

ется использовать ингибиторы протеолитических ферментов.

В качестве ингибиторов протеаз мы применяли контрикал (гордокс) и эпсилон-аминокапроновую кислоту (ϵ -АКК). Антиферментная терапия проведена 48 больным с различными формами ЛБПО. Всем больным в комплекс лечебных мероприятий включали ингибиторы протеаз. Преимущество при этом отдавали использованию контрикала в суточной дозе от 50000 до 200000 ЕД и ϵ -АКК в суточной дозе от 20,0 до 30,0 (ϵ -АКК вводили внутривенно в виде 5% раствора в изотоническом растворе хлорида натрия по 200—250 мл 2 раза в сутки). Дозы препаратов назначали в зависимости от выраженности интоксикации и активности протеолиза. Курс лечения составлял 5—10 дней (в зависимости от сроков прекращения инфекционной интоксикации). Показанием к введению ϵ -АКК являлась также значительная активация фибринолиза. Длительность курса лечения ингибиторами протеаз определяли по снижению активности общего протеолиза и показателей противосвертывающей системы крови, торможению процессов катаболизма. В зависимости от динамики всех этих показателей сроки улучшения состояния больных колебались от 4 до 6—8 суток.

При лечении сепсиса в стадии септикемии суточную дозу контрикала увеличивали до 100000—300000 АТрЕ.

Продолжительность курса у этих больных была различной (4—9 дней) и полностью зависела от снижения активности общего протеолиза и сроков уменьшения интоксикации. Постепенное улучшение состояния больных характеризовалось снижением повышенной протеолитической активности (время лизиса сгустка удлинялось до 190 мин).

Таким образом, введение ингибиторов протеаз является неременным условием для успешного лечения гнойно-септических заболеваний мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиадзе А.З. Современные методы лечения тяжелых форм акушерских гнойно-септических заболеваний: Автореф. ... дисс. докт. мед. наук. — Тбилиси, 1989.

Поступила 08.04.97.

ANTICOAGULANT AND ANTIPROTEASE THERAPY OF PATIENTS WITH PULMOBRONCHOPLEURAL COMPLICATIONS OF SURGICAL SEPSIS

K.M. Bogus

S u m m a r y

The state of hemostasis in 152 patients with bronchopulmonary complications of surgical sepsis is investigated. The thrombohemorrhagic syndrome is diagnosed wherein anticoagulant therapy with heparin is prescribed. Antienzymic therapy using such protease inhibitors as contrical, hordox and E-aminoheoxic acid is performed in 48 patients. The terms of normalization depending on the gravity of the pathologic process comprise from 4 to 9 days.