

МОЗ УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

Шановний колего!

Інформаційний лист є основним засобом наукової комунікації інноваційних процесів у галузі. Він зручний для використання, позбавлений інформаційного шуму, містить тільки ту інформацію, що має прикладний зміст. "Укрмедпатентінформ" рекомендує ширше використовувати цей засіб комунікації, видання його не вимагає значних коштів.

До відома головних (штатних та позаштатних) спеціалістів
Управління охорони здоров'я обласних (міських) держадміністрацій
відповідальних за реалізацію інноваційних процесів
в обласному (міському) регіоні!

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 143-2011

Випуск 26 з проблеми
«Акушерство та гінекологія»
Підстава: Рішення ПК
Протокол №3 від 21.09.2011 р.

ГОЛОВНОМУ АКУШЕРУ-ГІНЕКОЛОГУ
МОЗ АР КРИМ, УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНИХ, СЕВАСТОПОЛЬСЬКОЇ
ТА КИЇВСЬКОЇ МІСЬКИХ ДЕРЖАВНИХ
АДМІНІСТРАЦІЙ

ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАЛАНСОВАНИХ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ КРОВОТРАТИ В АКУШЕРСЬКІЙ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДІПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМ. П.Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

член-кор. НАМН,
д.мед.н., проф. КАМІНСЬКИЙ В.В.,
д.мед.н., проф. ТКАЧЕНКО Р.О.,
к.мед.н., доц. ДУБОВ О.М.

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

Суть впровадження:

застосування нових збалансованих за електrolітним складом інфузійних розчинів у комплексній інфузійній терапії кровотрати.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) акушерсько-гінекологічного профілю застосування нових збалансованих за електrolітним складом інфузійних розчинів із метою відновлення об'єму циркулюючої крові під час гострої кровотрати.

Однією з головних причин материнської смертності у всьому світі є кровотечі, які за даними ВООЗ (2008) – складають 25%. Частота післяпологових кровотеч (більше 500 мл) у світі складає приблизно 6%, а більше 1000 мл – 2% від усіх пологів. Частка кровотеч у структурі причин материнської смертності в Україні у 2008 р. досягла 28%, в той час як у країнах Європи цей показник складає приблизно 2%. Тому тактика лікування акушерської кровотрати і в тому числі проведення інфузійно-трансфузійної терапії є досить актуальною проблемою в Україні.

Особливістю акушерських кровотеч є їх раптовість і масивність. Для акушерських кровотеч характерні гострий дефіцит об'єму циркулюючої крові (ОЦК), порушення серцевої діяльності, анемічна і циркуляторна форми гіпоксії. Основні причини порушень гемодинаміки – дефіцит з ОЦК і невідповідність між ним і смністю судинного русла. Виникаюча на цьому тлі тканинна гіпоксія супроводжується порушенням окислювально-відновних процесів із переважним ураженням центральної нервової системи, нирок, печінки, порушенням водно-електrolітного балансу, кислотно-лужного стану, гормональних співвідношень і ферментативних процесів. При масивних кровотечах швидко розвиваються умови, які можуть призвести до виникнення термінального стану і летального наслідку. Це пов'язано з адаптаційними змінами, що виникають у жінок у процесі прогресування вагітності, а саме розвиток фізіологічної гіперволемічної аутогемодилуції, зниження колоїдно-онкотичного тиску до 22 мм рт.ст. і осмолярності до 275-280 мОсмоль/л. Дані зміни сприяють розвитку набряку легенів, особливо на тлі непродуваної інфузійно-трансфузійної терапії. Крім того, на тлі гіперпрогестеронемії виникає збільшення еластичності вен і зменшення реакції судин до катехоламінів, що створює певну проблематичність компенсації кровотрати більше 25% ОЦК. Зниження загального периферичного судинного опору до 750-1300 дин* см/с² сприяє більш ранньому

приєднанню відносної гіповолемії до абсолютної. Все це робить пристосовані реакції у вагітних малоэффективними при кровотраті більше 30% ОЦК і призводить до розвитку тяжких форм геморагічного шоку, тому питання корекції гіповолемії і різноспрямованих порушень, що виникають в організмі роділлі чи породіллі, досить складне і вимагає ретельного підбору інфузійних середовищ.

Проведення інфузійної терапії (ІТ) ефективно за умови, коли лікар чітко знає алгоритми застосування препарату і має уявлення про механізми його дії. Метою проведення ІТ є не тільки відновлення кровотрати і корекція дефіциту рідини, але і створення нового фону, що забезпечує адекватну гемодинаміку і аеробний метаболізм у органах і тканинах. Рання діагностика і усунення тканинної гіпоперфузії підвищує виживаємість пацієнтів із кровотратою. ІТ спрямована на швидке усунення дефіциту ОЦК, відновлення адекватного повернення крові до серця і оптимізацію скоротливої функції серця та ліквідацію тканинної гіпоперфузії, що дозволяє зменшити число ускладнень, госпітальних інфекцій, підвищити виживання. Реалізація цієї стратегії знижує витрати на лікування хворих, скорочує терміни перебування у відділенні інтенсивної терапії та лікувальної установі в цілому. Темп інфузії, її об'єм і якісний склад ІТ визначається конкретною клінічною ситуацією. Кінцевим завданням інтенсивної терапії є досягнення рівня середнього артеріального тиску більше 70 мм.рт.ст., центрального венозного тиску вище 8 мм.рт.ст., рівня SvO₂ більше 70% та лактату менше 2 ммоль/л.

Основу схеми ІТ, направленої на відновлення ОЦК і тканинної перфузії, складає комбінація кристалоїдів і штучних колоїдів. Результати контрольованих досліджень, зведених у мета-аналіз не довели переваг ізольованого використання як колоїдів, так і кристалоїдів. Однією з сучасних вимог до застосування засобів для інфузії є дотримання принципів збалансованої ІТ, тобто препарати за своїм складом мають бути максимально наблизеними до плазми крові, а саме – бути ізотонічними, ізоонкотичними, ізоіонними та магі носії резервної лужності. Проведення традиційної ІТ із застосуванням ізотонічних розчинів на основі 0,9% розчину NaCl призводить до розвитку гіпернатріємії, гіперхлоремії, гіперхлоремічного та дилуційного ацидозу, внаслідок чого виникає підвищення опору ниркових судин, зниження клубочкової фільтрації та темпу діурезу.

Для попередження розвитку ускладнень і дотримання принципів збалансованої ІТ, у комплексній терапії при відновленні ОЦК необхідно застосовувати нові збалансовані інфузійні розчини, які максимально наблизені за електrolітним складом до плазми крові та мають носії резервної лужності, що дозволяє запобігати розвитку

грубих порушень електролітного та кислотно-основного складу плазми крові.

З 2010 р. у Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини в комплексній інфузійній терапії крововтрати застосовуються кристалічний розчин із концентрацією електролітів, що майже дорівнює їх вмісту у плазмі крові, у складі якого містяться резервні носії лужності ацетат і малаг, які усувають метаболічний ацидоз. Вміст електролітів: Mg – 1,0 ммоль/л, Na – 140 ммоль/л, K – 4 ммоль/л, Ca – 2,5 ммоль/л, хлориди – 127 ммоль/л; малаг – 5 ммоль/л та ацетат – 24 ммоль/л («Стерофундин ізотонічний») та новий гідроксигітлкрохмаль IV генерації 130/0,42 на основі збалансованого електролітного розчину. Вміст електролітів: Mg – 1,0 ммоль/л, Na – 140 ммоль/л, K – 4 ммоль/л, Ca – 2,5 ммоль/л, ацетат – 24 ммоль/л, малаг – 5 ммоль/л, хлориди – 118 ммоль/л («Тетраспан»).

Переваги застосування цих препаратів у комплексній IT підтверджені нашими дослідженнями, а саме:

- достовірно менше виникають порушення рівня рН та ВЕ на 15,7% та 16,4% відповідно;
- на 26,9% рідше зустрічається гіперхлоремія;
- у порівнянні з іншими інфузійними препаратами гідроксигітлкрохмаль 130/0,42 на основі збалансованого електролітного розчину справляє мінімальну дію на час формування тромбу і агрегацію еритроцитів.

Таким чином, перехід від традиційного режиму IT, заснованому на використанні 0,9% розчину NaCl до режиму, в якому застосовуються збалансовані електролітні розчини, що містять носії резервної лужності, є ефективним засобом профілактики виникнення дизелектролітемій та тяжких порушень гомеостазу. Особливо це має значення при відновленні ОЦК у вагітних, роділь та породіль.

За додатковою інформацією з проблеми звертатись до авторів листа: Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, член-кор. НАМН, д. мед. н., проф. Камінський В.В., д.мед.н., проф. Ткаченко Р.О., к.мед.н., доц. Дубов О.М. (044) 411-72-50, 411-92-32, (050)511-14-86.

Відповідальний за випуск: Горбань А.Є.

Підписано до друку 17.12.2011. Друк арк. 0,13. Обл.-вкл. арк. 0,08. Тир. 100 прим.

Замовлення № 143 Фотофаетна лаб. Укрмедпатентінформ МОЗ України, 04655, Київ, проспект Московський, 19 (4 поверх).