

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ІНФУЗІЙНОГО ПРЕПАРАТУ "РЕОСОРБІЛАКТУ З КСИЛІТОЛОМ"

Абрагамович О.О.², Пасічна І.О.², Кондрацький Б.О.¹

¹Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів
²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Відомо, що комбіновані лікарські засоби, які одночасно впливають на різноманітні ланки патологічного процесу, мають низку переваг у порівнянні із монопрепаратами. Тому останнім часом в клінічній практиці як компонент дезінтоксикаційних заходів все ширше застосовуються багатоконпонентні інфузійні препарати, які мають поліфункціональну дію. В Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН України був створений новий комплексний препарат поліфункціональної дії "Реосорбілакт з ксилітолом". Основними діючими речовинами препарату є п'ятиатомний спирт ксилітол, залужнювальний компонент натрію лактат, а також електроліти у збалансованих кількостях. Енергетична цінність препарату — 300 ккал/л; теоретична осмолярність — 790 мОсм/л.

Метою цього досліджень було вивчення переносимості та попередня оцінка ефективності препарату "Реосорбілакт з ксилітолом" при проведенні інфузійної терапії у хворих з хронічними токсичними гепатитами.

В дослідженні брали участь 30 хворих з хронічним токсичним гепатитом, розділених на три групи в залежності від об'єму щоденної інфузії (200, 400 та 600 мл на добу).

Побічних ефектів, які б потребували відміни досліджуваного препарату та виключення пацієнта з дослідження, відмічено не було.

Перед лікуванням такі суб'єктивні ознаки, як загальна слабкість та важкість у правому підребер'ї, характеризувалися хворими всіх груп як "значно виражені" або "помірно виражені". Після лікування "Реосорбілакт

з ксилітолом" ці ознаки значно зменшувалися і характеризувалися хворими як "незначно виражені" або "відсутні". Це свідчило про позитивний вплив на загальний стан хворих в процесі проведеної інфузійної терапії.

У всіх клінічних групах у більшості випадків хворі фіксували самопочуття після лікування досліджуваним препаратом як "значне покращання".

Показником безпечності і клінічного обґрунтування застосування "Реосорбілакт з ксилітолом" були відсутність достовірних змін рівня цукру до та після лікування препаратом. Вказаний показник знаходився в рамках нормальних величин у всіх клінічних групах незалежно від введеної дози.

Проведені лабораторні дослідження також показали, що у всіх трьох клінічних групах спостерігалось суттєве зниження і нормалізація рівня загального білірубину в крові ($p < 0,05$). Крім цього, після проведеного лікування активність ферментних індикаторів гепатоцелюлярного лізису — АсАТ і АлАТ, знизилась до нормальних величин ($p < 0,05$).

На підставі цих досліджень був зроблений попередній висновок, що застосування внутрішньовенних інфузій Реосорбілакт з ксилітолом при лікуванні хворих хронічними алкогольними гепатитами може підвищувати ефективність основного лікування.

У проведеному дослідженні за підсумками попередньої оцінки ефективності препарату Реосорбілакт з ксилітолом оптимальними схемами визнано дозування препарату по 200 та 400 мл/доба протягом 10 днів.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛУЧЕНИЯ РАСТВОРА НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТА 4% ДЛЯ ИНФУЗИЙ

Алмакаева Л.Г., Гуменюк Н.И., Шевченко И.В., Алмакаев М.С.

Государственное предприятие "Государственный научный центр лекарственных средств"

Раствор натрия гидрокарбоната 4% для инфузий в бутылках, препарат широко применяемый в практической медицине при некомпенсированном метаболическом ацидозе при различных заболеваниях, таких как интоксикации различной этиологии, тяжелое течение послеоперационного периода, обширные ожоги, шок, диабетическая кома, длительная диарея, неукротимая рвота, острые массивные кровопотери, тяжелые поражения печени и почек, длительные лихорадочные состояния, тяжелая гипоксия новорожденных. Абсолютным показанием является снижение рН крови ниже 7.2.

До недавнего времени его производство осуществлялось в основном в условиях межбольничных аптек с ограниченным сроком годности препарата. В связи с этим, в ГП "ГНЦЛС" проводились работы по усовершенствованию технологии приготовления раствора натрия гидрокарбоната 4% с целью внедрения его в промышленное производство.

Важнейшим направлением при усовершенствовании технологии явилось проведение исследований в области получения стабильного препарата, имеющего достаточно высокий срок годности при хранении и не теряющего физико-химических свойств в ходе проведения инфузионной терапии.

Для выбора оптимального состава и получения стабильной лекарственной формы нами изучались физико-химические и технологические свойства натрия гидрокарбоната, как основного действующего вещества. Одним из методов предотвращения разложения активной субстанции, входящей в состав парентерального препарата, явился подбор соответствующего стабилизатора, обеспечивающего максимальную стабильность в процессе хранения. Для предотвращения каталитического влияния ионов тяжелых металлов, находящихся в исходном сырье и их значительного увеличения при производстве препарата в промышленных условиях,

нами в качестве стабилизатора был использован натрия эдетат.

При разработке технологии получения раствора натрия гидрокарбоната 4% для инфузий выбраны оптимальные технологические параметры получения стабильной лекарственной формы. Для повышения гидролитической стабильности лекарственной формы были исследованы несколько температурных режимов растворения в комбинации с подбором длительности и скорости перемешивания при растворении.

Отработаны оптимальный режим фильтрации и ассортимент пригодных к использованию отечественных и импортных фильтрующих материалов с учетом взаимного влияния компонентов раствора, рН среды и материалов фильтра.

Исследовалось несколько термических методов стерилизации с различными параметрами давления, температуры, длительности и способ стерилизующей фильтрации. Пригодность способов стерилизации контролировалась физическими и биологическими методами. Проведенные исследования позволили выбрать режим стерилизации для препарата, позволяющий получить препарат, неконтаминированный микроорганизмами и сохраняющий стабильность при хранении.

В результате проведенных НИР выбран оптимальный состав и технология получения препарата "Раствор натрия гидрокарбоната 4% для инфузий", стабильного в течение 2 лет. Препарат внедрен на ООО "Юрия-Фарм".

ИЗУЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ РАСТВОРА ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПЕРВИЧНОЙ УПАКОВКИ

Алмакаева Л.Г., Науменок Л.Г.

Государственное предприятие "Государственный научный центр лекарственных средств"

Существуют следующие технологии производства препаратов для парентерального применения: многостадийное производство в стеклянных бутылках; производство в ПВХ-контейнерах; производство в полиэтиленовых бутылках; производство в полипропиленовых контейнерах. В производстве парентеральных лекарственных средств, наряду со стеклянной первичной упаковкой, все большее распространение в Украине получают полимерные материалы.

Внедрение полимерной упаковки стало новым шагом в производстве жизненно необходимых препаратов и для Украины. Технологический процесс осуществляется в автоматическом режиме в асептических условиях, при котором в течение одного технологического цикла происходит формирование первичных упаковок из термопластического гранулята (в случае выдувания бутылки из полиэтилена), или формирование контейнера из пленки, их дозированное наполнение раствором, герметизация.

Следует отметить преимущества полимерных контейнеров: эластичность, малая хрупкость, прозрачность, позволяющая проконтролировать наличие посторонних механических включений; легкость и удобство при транспортировке; возможность применения широкого температурного режима стерилизации (121 °С).

Одним из необходимых условий создания парентеральных ЛС является изучение физико-химических свойств первичной упаковки на показатели качества лекарственного препарата. Стекло бутылки не индифферентно к растворам, ингредиенты которого могут взаимодействовать со стеклом, вызывая разрушение последнего и переход его составных частей в жидкую фазу. Деструкция внутреннего слоя стекла может также

вызывать образование механических включений, отсутствие которых в парентеральных растворах строго регламентируется. Помимо качества стекла на стабильность растворов оказывает влияние физико-химическая стойкость укупорочных средств (пробок), зависящая от состава резины и технологии их производства.

Нами в качестве первичной упаковки для инфузионного раствора ципрофлоксацина использовались бутылки из стекла марки МТО и пакеты из материала PROPYFLEX TUBULAR PP 6010 фирмы Sengewald Verpackungen & Co. KG, Германия.

Была изучена стабильность раствора ципрофлоксацина 0,2% при контакте с пробками из резины марки 52-369/1 производства "Киевгумма" и марки V9263, FM 140/0 производства "Хелвет Фарма", Бельгия.

В результате проведенных исследований установлено, что в растворе ципрофлоксацина 0,2% в бутылках, изготовленных из стекла марки МТО при использовании пробок марки 52-369/1 на основе бутылкаучука при хранении препарата появляется специфический запах, обусловленный разложением тиурама и отдельные механические включения после двух лет хранения. В бутылках, укупоренных пробками марки V9263, FM 140/0 запаха не обнаруживается и препарат после двух лет хранения соответствовал АНД по всем показателям. Раствор ципрофлоксацина 0,2% в пакетах из материала PROPYFLEX TUBULAR PP 6010 через 2 года хранения соответствовал АНД по всем показателям.

Поэтому для раствора ципрофлоксацина 0,2% могут быть рекомендованы в качестве таро-укупорочных средств пакеты из материала PROPYFLEX TUBULAR PP 601 (Германия) и бутылки из стекла МТО, укупоренных пробками марки V9263, FM 140/0.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ РЕОСОРБІЛАКТ

Барало І.В., Головенко В.П.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

Актуальність. Флеботромбози вен ніг, ілеофеморальні тромбози, тромбози тазових вен після операцій на простаті є джерелом одного із самих небезпечних, і дуже часто смертельних, ускладнень післяопераційного періоду — тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

Мета. Оцінити ефективність комплексної післяопераційної профілактики тромбозів вен ніг і тазу та ТЕЛА у хворих на доброякісну гіперплазію простати (ДГП) із застосуванням препарату реосорбілакт.

Матеріали і методи. До останнього часу в клініці урології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова на базі урологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова комплексна профілактика післяопераційних тромботичних ускладнень у хворих на ДГП поєднувала "організаційну" та медикаментозну складові. "Організаційна" складова включала "прогулянку" в ліжку (рухи ступнями, згинання колін, повороти на бік) в перші години після операції під перидуральною анестезією по завершенні спинального блоку, ранній підйом з ліжка (в першу добу після операції), масаж спини та лікувальну фізкультуру починаючи з другої доби. Медикаментозна складова полягала в призначенні на протязі перших 3-х діб внутрішньовенно краплинно низькомолекулярного декстрану — реополіглюкіну у дозі 200–400 мл і підшкірно в параумбілікальну ділянку — гепарину у дозі 2,5–5 тис ОД 2–3 рази на добу на протязі 5 діб. В останні роки засоби медикаментозної складової перетерпіли зміни: замість реополіглюкіну призначаємо плазмозамісний розчин з реологічними властивостями — реосорбілакт, замість гепарину — низькомолекулярні

гепарини фраксипарин або клексан у дозі 0,2–0,4 1 раз на добу підшкірно в параумбілікальну ділянку. Проаналізували результати операцій з приводу ДГП, виконаних в 2007 році.

Результати і їх обговорення. В 2007 році в стаціонарі проліковано 287 хворих з діагнозом ДГП, з яких хірургічні втручання виконали 247 (86%). Структура хірургічних втручань була такою: цистостомія (ЦС) — у 57 (23%) пацієнтів, трансуретральна резекція простати (ТУРП) — у 50 (20,2%), простатектомія (ПЕ) — у 140 (56,7%). Середній вік був достовірно більшим у групі хворих, яким виконувалась ЦС — $71,76 \pm 1,49$ роки у порівнянні з групою ТУРП $68,04 \pm 1,02$ роки ($p=0,02$) та ПЕ $67,88 \pm 1,22$ роки ($p=0,02$). Середній післяопераційний ліжок/день в групі ЦС склав $8,44 \pm 0,78$ л/д, в групі ТУРП — $8,6 \pm 0,96$ л/д та достовірно найдовшим ($p<0,05$) в групі ПЕ — $12,8 \pm 0,99$ л/д. Післяопераційної летальності не спостерігали. ТЕЛА не було. Із тромботичних післяопераційних ускладнень у одного хворого з групи ЦС мав місце гострий тромбофлебіт поверхневих вен правої гомілки і в одного хворого з групи ПЕ був лівобічний гострий ілеофеморальний тромбоз. Обидва хворих оглядалися ангіохірургами, призначене консервативне лікування було ефективним. Отже, серед всіх оперованих хворих на ДГП тромботичні ускладнення виникли з частотою лише 0,8%.

Висновок. Комплексна профілактика післяопераційних тромботичних ускладнень у хворих на ДГП із застосуванням препарату реосорбілакт є цілком дієвою і заслуговує на подальше застосування у клінічній практиці.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Богун Л.В., Березняков И.Г., Сидоров Д.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Инфекционный эндокардит (ИЭ) по-прежнему остается заболеванием с высокой частотой осложнений и высокой смертностью. С 1977 г. неоднократно разрабатывались международные и национальные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ИЭ. Несмотря на отсутствие строгой доказательной базы, антимикробная профилактика (АМП) ИЭ широко практикуется у больных с риском развития ИЭ при проведении инвазивных вмешательств, и, прежде всего, стоматологических, как наиболее частых инвазивных вмешательств в популяции, сопровождающихся высокой частотой бактериемии. Однако единая тактика проведения АМП в настоящее время отсутствует, и в разных странах практикуются различные подходы к АМП ИЭ. Немаловажной причиной ужесточения показаний для АМП является риск нежелательных лекарственных явлений (НЛЯ) при проведении АМП. Хотя обусловленные антимикробными препаратами НЛЯ

носят чаще всего нетяжелый характер (сыпь, диарея, дисфункция желудочно-кишечного тракта) и склонны к самопроизвольному купированию, а летальные анафилактические реакции развиваются крайне редко — у 17–27 из 1 млн пациентов, однако расчетный показатель риска летального исхода вследствие анафилаксии при АМП ИЭ в 7 раз выше риска заболеть ИЭ. Ограничение показаний к АМП также связано с опасением роста резистентности микрофлоры, прежде всего энтерококков, при широком применении антимикробных препаратов.

Исходя из вышеизложенного, особую актуальность приобретает использование антисептических препаратов с целью профилактики ИЭ при стоматологических процедурах. Такой подход одобрен в Руководстве по профилактике ИЭ Британского общества по антимикробной химиотерапии в 2006 г. В частности, при всех стоматологических вмешательствах, затрагивающих

десны, периапикальную область зуба или нарушающих целостность слизистой полости рта, дополнительно к профилактическому применению антибиотиков рекомендуется полоскание рта перед вмешательством антисептиком с экспозицией раствора в течение 1 мин.

При выборе антисептика следует принимать во внимание такие показатели, как его антимикробную активность, минимальную бактерицидную концентрацию препарата, необходимое время контакта с обрабатываемой поверхностью для реализации антисептических свойств. С этой точки зрения интерес вызывает препарат декасан (0,02% раствор декаметоксина). Препарат обладает высокой активностью в отношении грампозитивной микрофлоры, превышающей для некоторых видов таковую для других антисептиков (мирамистин, хлоргексидина биглюконат). Это чрезвычайно важно для профилактики ИЭ при стоматологических вмеша-

тельств, поскольку типичным возбудителем в данных случаях является зеленящий стрептококк. Кроме того, декасан проявляет высокую активность в отношении грамотрицательной флоры и анаэробов, которые также являются типичными обитателями полости рта, и могут, хотя и значительно реже, вызывать ИЭ. Второй положительной особенностью декасана является краткость экспозиции — бактерицидный эффект в отношении ряда грампозитивных микроорганизмов наступает уже через 15 сек. Также следует принимать во внимание более низкую стоимость декасана по сравнению с другими местными антисептиками. Таким образом, при проведении стоматологических процедур у больных, требующих профилактики ИЭ, дополнительно к системной антимикробной профилактике целесообразно применять декасан в виде полоскания полости рта с экспозицией раствора 1 мин.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФУЗИИ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ФОНЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Бойко В.В., Бабенко С.А.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

Целью работы является улучшение результатов лечения больных с флегмонами верхней конечности и учетом характера синдрома системного воспалительного ответа путем комплексного, объективно обоснованного подхода к выбору хирургической тактики.

Задачами исследования были разработка и клиническое использование длительной инфузионной терапии больных с флегмонами верхней конечности.

Материал и методы исследования. Длительная внутриартериальная инфузия антибиотиков проводилась при лечении 48 больных с флегмонами верхней конечности. Ангиографическое исследование выполнялось по стандартной методике Сельдингера-Эдмана путем пункции подмышечной артерии на стороне поражения. Длительная регионарная внутриартериальная антибактериальная инфузия проводилась при помощи аппарата LINEOMAT.

Результаты и их обсуждение. В качестве комбинированного инфузата нами предложена антибиотико-латрено-компламиновая смесь. Основой инфузата являлся изотонический раствор электролитов, в котором Рингер-лактатный потенцирует действие пентоксифиллина — 200,0 мл. Также в его состав входили: 0,5–1% раствор новокаина — 50,0 мл, гепарин — 1,0 мл (5000 ЕД), компламин и антибиотик.

Следует подчеркнуть, что использование нового комплексного препарата Латрен® позволило достичь

нормализации электролитного состава плазмы крови, улучшить микроциркуляцию и реологические свойства крови, снизить адгезию и агрегацию полиморфноядерных лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов, увеличить эластичность эритроцитов, нормализовать функции эндотелия и системную вазодилатацию у больных с флегмонами верхней конечности и развившимся синдромом системного воспалительного ответа.

В результате лечения ко 2–3 сут проведения инфузии снижалась отечность и инфильтрация раны и окружающих тканей. Рана очищалась от гнойно-некротических масс, уменьшался объем гнойного отделяемого, появлялись признаки краевой эпителизации. К 4–5 сут воспалительные явления и некротические ткани полностью отсутствовали, грануляционные ткани имели зрелый вид с элементами фиброзной ткани. К 8–9 сут заканчивалась формирование грануляционной ткани. Выявленная морфологическая картина свидетельствовала о значительном влиянии регионарной инфузионной терапии на течение раневого процесса с тенденцией к активации очищения и заживления ран.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что использование длительной регионарной внутриартериальной инфузии с применением антибиотико-латрено-компламиновой смеси у больных с флегмонами верхней конечности значительно сокращает сроки очищения гнойной раны и подготовки ее к заживлению.

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОБТУРАЦІЇ НОРИЦЬ ТОНКОЇ КИШКИ, ЩО НЕ СФОРМУВАЛИСЯ

Бойко В.В., Логачов В.К., Андрєєв Г.І., Доценко Д.Г.

Харківський національний медичний університет

Зовнішні нориці тонкої кишки зустрічаються в 40–70% серед усіх кишкових нориць. У числі нориць, що не сформувалися, їхня частка ще більше. Це пояснюється тим фактом, що нориці тонкої кишки в значній мірі вносять порушення в системі гомеостазу і при недостатній або несвоєчасній корекції можуть приводити до летального результату ще на стадії нориці, що не сформувалася. Це вимагає у свою чергу досить термінових заходів для їх "ліквідації". У цей час лікувально-діагностична тактика при зовнішніх норицях, що не сформувалися складається з наступних моментів:

- встановлення факту наявності нориць тонкої кишки;
- визначення дебіту нориці;
- визначення змін, внесених норицями в системи гомеостазу;
- визначення функціонально-морфологічних характеристик нориці і рани, у яку він відкривається з точки зору можливості його тимчасової обтурації;
- визначення ступеня порушень основних систем гомеостазу, фонового гнійно-запального процесу в рані й/або черевної порожнини з погляду можливості оперативної корекції.

У цей час ряд викладених пунктів не має однозначного тлумачення. Якщо констатація факту нориці й визначення її дебіту не представляють ускладнень, то трактування ступеня ймовірних порушень гомеостазу залежно від дебіту нориці не має чіткої градації. Визначення морфологічних характеристик, незважаючи на наявні роботи, присвячені цьому питанню, не завжди дозволяє виконати достатню кількість маніпуляцій.

Основні труднощі при лікуванні зовнішніх кишкових нориць зустрічаються на стадії їх формування. В той же час від 25 до 67% останніх утворюється внаслідок евертрації, на петлях кишок, які розташовані у відкритій рані, що дозволяє не тільки візуально контролювати дефект кишкової стінки, але й виконувати лікувальні маніпуляції. До останніх відноситься обтурація норицевих дефектів, можливість якої у разі несформованих нориць піддається сумніву більшістю авторів.

Тому метою дослідження було вивчення результатів обтурації нориць тонкої кишки, які розташовані на евертрованих петлях (НТКРЕП) в залежності від типу використаних конструкцій.

Матеріали й методи. Оцінка загального стану хворих у дослідженні проводилася на підставі даних клінічного, інструментального й лабораторного (біохімічного, імунологічного) досліджень. Динаміка плинну ра-

невого процесу оцінювалася на підставі морфометричних даних. Попереднє стендове макетування конструкції для обтурації НТКРЕП.

Результати дослідження. Були вивчені результати обтурації НТКРЕП у 63 пацієнтів удосконаленими конструкціями трьохелементних обтураторів. 32 хворим конструкція обтуратора підбиралася безпосередньо у ліжка на підставі оцінки хірурга. 31 хворому — вибір типу конструкції проводився з урахуванням удосконаленого типу конструкцій. Ефективність обтурації в першій групі хворих загалом становила 8 з 32 (25%), при тому, що у 4 хворих виникла потреба в заміні конструкції для досягнення остаточної герметизації. В інших пацієнтів спостерігалися негативні ефекти застосування застарілих конструкцій: збільшення розмірів норицевих дефектів, перетворення неповних у повні НТК, що в 12 випадках з'явилося показанням до оперативного втручання з 6 летальними наслідками.

У другій групі герметизм був досягнутий у 30 з 31 (96,7%), а потреба в заміні конструкції виникала в зв'язку з втратою упругих властивостей поролону на 7–21 добу лікування. Також 16 пацієнтів були підготовлені до подальшого оперативного втручання, 9 були виписані з лікарні з норицями (у тому числі 2 пацієнти з герметичними обтураторами), у 5 норицевий дефект загоївся. Негативних ефектів обтурації удосконаленими пристроями не спостерігалось.

Для підготовки хворих для подальшого оперативного втручання, у післяопераційному періоді, були використані фармакологічні препарати: Ксилат (для парентерального харчування хворих з суб- та декомпенсованим порушенням мікроелементного балансу, виснажених пацієнтів з втратою вуглеводів крізь норицевий дефект), Бігафлон (фторхінолон 4 покоління широкого спектру дії для лікування гнійно-запальних ускладнень у хворих з високими НТКРЕП), Реосорбілакт (для лікування тяжких септичних станів у разі тяжкого перебігу НТКРЕП).

У процесі дослідження були виявлені недоліки загальноприйнятих методів обтурації зовнішніх нориць тонкої кишки, що не сформувалися; також визначено, що попереднє стендове макетування конструкції для обтурації НТКРЕП дозволяє підвищити ефективність методу.

Висновки. Таким чином, ефективність обтурації НТКРЕП в основному визначається типом використовуваних конструкцій і при адекватному їхньому підборі може досягати майже 100%.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Булдышкин В.В., Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Острый панкреатит (ОП) — одно из наиболее часто встречающихся неотложных хирургических заболеваний. Клинико-морфологические изменения при ОП, характер течения заболевания разнообразны. Деструк-

тивный панкреатит (ДП) протекает тяжело, в 10% и более случаев приводит к летальному исходу. Операции при ОП носят как правило вынужденный характер и к полному выздоровлению не приводят, поэтому вопро-

сы медикаментозной инфузионной терапии особенно актуальны.

В 2005–2007 гг. во II городской клинической больнице г. Запорожья проведено лечение 241 больному ОП.

Клинический диагноз подтверждался биохимическими анализами, ультразвуковым, рентгенологическим, эндоскопическими методами обследования. У 41 пациента диагностирован ДП: отмечалось тяжёлое течение заболевания, высокий уровень диастазы и амилазы с последующим резким снижением, очаговые неоднородные сонографические изменения в поджелудочной железе. У 6 больных ДП сочетался с острым деструктивным холециститом. У 7 пациентов отмечено сочетание ОП с хронической гастродуоденальной язвой.

Инфузионная терапия включала: плазмозаменители (солевые растворы, глюкозу, реосорбिलाкт, реополиглюкин, гелофузин, гекодез, стабизол); по показаниям — препараты крови (плазма, альбумин, эритромаасса); цитостатики (окрестатин, фторурацил); спазмолитики и холинолитики (баралгин, риабал, папаверин, платифиллин, атропин); антибиотики (цефтриаксон, левофлоксацин, гатифлоксацин, метрадрил); гепатопротекторы (эссенциале, тиотриазолин). После уменьшения острых воспалительных изменений, что подтверждалось динамикой клинико-лабораторных данных, конт-

рольными ультразвуковыми исследованиями применяли физиотерапию, ферментотерапию.

В результате своевременной комплексной инфузионной терапии удалось добиться позитивного результата и избежать операции у 223 пациентов. У 18 больных (7,5%) эффект консервативной терапии не был достаточным, и они оперированы. Операции заключались в лапаротомии, секвестрэктомии, вскрытии и дренировании абсцессов поджелудочной железы, сальниковой сумки, брюшинного пространства. У 6 пациентов также выполнена холецистэктомия по поводу острого деструктивного холецистита, дренирование холедоха. Умер один больной (послеоперационная летальность — 5,6%). Причиной смерти было развившееся через 10 сут после операции эрозивное гастро-дуоденальное кровотечение. В 4 случаях образовался панкреатический свищ, что потребовало продолжить интенсивную инфузионную терапию.

Таким образом, своевременная диагностика и интенсивная инфузионная терапия острого панкреатита позволяет в большинстве случаев избежать перехода заболевания в деструктивную форму и необходимости оперативного лечения, а в случаях вынужденных операций улучшить течение послеоперационного периода, снизить послеоперационную летальность и улучшить прогноз.

ВПЛИВ РЕОСОРБІЛАКТУ НА В'ЯЗКІСТЬ КРОВІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Валецький Ю.М.¹, Процик Л.М.², Валецька Р.О.¹, Дорецький В.В.¹

¹Волинська філія кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Луцьк

²Державна установа "Національний інститут фізіотерапії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

Відомо, що за допомогою патогенетичних механізмів впливу на перебіг хвороби можна дещо покращити ефективність лікування хворих на туберкульоз легень. Одним з таких механізмів є покращання реологічних властивостей крові, зокрема — зменшення її в'язкості. Нашу увагу привернув Реосорбілакт, основними фармакологічно активними речовинами якого є сорбітол і натрію лактат, а також електроліти Mg^{+} , Ca^{++} , K^{+} , Na^{+} та Cl^{-} .

Метою нашого дослідження було вивчити вплив Реосорбілакту на в'язкість крові у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

Для вирішення поставленого завдання ми сформуливали дві групи хворих. До складу 1-ї (контрольної) групи увійшло 27 хворих, до складу 2-ї (дослідної) — 26. У пацієнтів обох груп мав місце вперше діагностований поширений деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням встановленим шляхом бактеріоскопії. Хворі обох груп відносились до I категорії обліку. За віком, статтю, клінічними формами, поширеністю патологічного процесу, супутньою патологією та в'язкістю крові до початку лікування обидві досліджувані групи статистично достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$). Усім хворим застосовували стандартну п'ятикомпонентну схему протитуберкульозної терапії (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол, стрептоміцин) у дозах адекватних до ваги. Хворим 1-ї групи, додатково,

проводили внутрішньовенне краплинне введення 400 мл 5% розчину глюкози, а хворим 2-ї — 400 мл Реосорбілакту (через день, починаючи з другого дня антимікобактеріальної терапії, у кількості — 10 інфузій). Інших медичних препаратів, харчових добавок та фізіотерапевтичних процедур хворі обох груп не отримували. Усім хворим визначили в'язкість крові за допомогою віскозиметра за день до початку призначеної терапії та через 5 днів після завершення інфузій Реосорбілакту або 5% розчину глюкози. В'язкість крові до початку лікування була статистично достовірно підвищеною в усіх хворих обох груп — $0,0087 \pm 0,0010$ та $0,0085 \pm 0,0008$ н·сек/м², відповідно (норма — $0,0043-0,0054$ н·сек/м²). При контрольному дослідженні в'язкість крові у пацієнтів 1-ї групи статистично достовірно не змінилась ($0,0081 \pm 0,0007$ н·сек/м²; $p > 0,05$), а у пацієнтів 2-ї групи статистично достовірно змінилась до меж норми ($0,0051 \pm 0,0006$ н·сек/м²; $p < 0,05$).

Отже, результати проведеного дослідження свідчать, що Реосорбілакт, на фоні специфічної терапії, знижує в'язкість крові у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень. А відтак можна припустити, що цей препарат може покращувати ефективність лікування даного контингенту хворих. Дане припущення потребує подальшого поглибленого вивчення і може бути предметом проведення низки наукових досліджень.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРИНЦИПІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК З ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ КОАГУЛОПАТІЙ І ТРОМБОЦИТОПАТІЙ

Васильчук Г.М.¹, Дроздова В.Д.², Ющенко П.В.², Томілін В.В.²

¹Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України", Київ

²Державна установа "Інститут гематології та трансфузіології АМН України", Київ

Мета дослідження — розробити лікувально-профілактичні заходи зупинки дисфункційних маткових кровотеч (ДМК) у жінок з легкими формами коагулопатій і тромбоцитопатій (КіТ).

Матеріал дослідження. В дослідженні прийняли участь 142 жінки з ДМК на фоні легких форм КіТ.

Результати та їх обговорення. Лікування менометрорагії нами було поділено на три етапи.

I етап — застосування неспецифічної гемостатичної терапії.

З метою гемостазу, для підвищення стійкості капілярів, нормалізації їх проникнення, поліпшення мікроциркуляції ми призначали:

1) етамзилат або дицинон у підвищених дозах — по 2–3 таблетки або по 4–8 мл внутрішньовенно кожні 4–6 год до зупинки кровотечі і додатково 2–3 доби;

2) аскорутин у дозі 1–3 таблетки 3 рази на добу.

Для пригнічення фібринолітичної активності крові призначали інгібітори фібринолізу:

1) ε-амінокапронову кислоту із розрахунку 1,0 г на 10 кг маси тіла на добу, розділивши дозу на 4–6 прийомів або внутрішньовенно 50,0–100,0 мл 5% розчину зі швидкістю 40–60 крапель на хвилину 2 рази на добу (ПАМБА в дозі 5–10,0 мл 1% розчину) внутрішньовенно кожні 12 год або по 1-2 таблетки тричі на день);

2) за показаннями можливе призначення Контрикалу (Апростан) у дозі 20000-100000 ОД внутрішньовенно крапельно кожні 12–24 год.

При лікуванні ДМК широко застосовували лікарські рослини: кропива, водяний перець, деревій, калина та інші у вигляді настою або відвару.

На такому терапевтичному алгоритмі ефективність лікування спостерігали у 128 (90,1%) пацієнток.

II етап — за відсутності ефективності I етапу лікування на 5–7 добу ДМК при відповідній патології в системі гемостазу призначали специфічні гемостатичні препарати: внутрішньовенно свіжозаморожену плазму у дозі 10,0–20,0 мл/кг маси тіла кожні 12 год; фібриноген у дозі 3 г кожні 24 год; кріопреципітат у дозі 20–40 ОД/кг маси тіла кожні 12–24 год; концентрати відповідних факторів згортання крові та донорського тромбодарного концентрата (1–2 дози). При цьому ускладненому терапевтичному алгоритмі позитивний ефект спостерігали у 12 (8,5%) хворих: 8 пацієнткам з хворобою Віллебранда було призначено концентрат ФVIII у дозі 500 МО внутрішньовенно кожні 32 год; 4 хворим на гіпофібриногенемію призначили фібриноген у дозі 3 г внутрішньовенно кожні 24 год на протязі 4 діб.

III етап передбачав при неконтрольованій кровотечі призначати, як універсальний захід — рекомбінантний активований фактор ФVIIa (Ново-Севен) у дозі 4,5 КМО/кг маси тіла кожні 3 год до зупинки кровотечі. Позитивний ефект спостерігали в 2 (1,4%) випадках при комбінованій патології гіпопроконвертинемії в поєднанні з дизагрегаційною тромбоцитопатією.

Висновок: застосування поетапних лікувально-профілактичних заходів зменшує потребу у необґрунтованому використанні як препаратів крові (запобігання трансмісійних інфекцій), так і дорогих концентратів факторів згортання крові (економічний ефект).

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ПРИ МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ

Вікторів О.П., Матвєєва О.В., Логвіна І.О.

Державне підприємство "Державний фармакологічний центр" МОЗ України

Контроль за безпекою лікарських засобів (ЛЗ) при їх медичному застосуванні є одним з найважливіших напрямків сучасної раціональної фармакотерапії. На жаль, ні в минулому, ні в сьогоденні, ні в майбутньому існування абсолютно безпечних ЛЗ проблематичне для кожної фармакологічної групи ЛЗ, притаманні відповідні очікувані серйозні та несерйозні побічні реакції (ПР). Не є виключенням і інфузійні розчини. За даними відділу фармакологічного нагляду ДП "Державний фармакологічний центр" (ДФЦ) МОЗ України протягом багатьох років (1996-2007 р.р.) зазначені ЛЗ належать до ТОП-5 фармакологічних груп ЛЗ, які найчастіше викликали ПР.

Слід підкреслити, що майже третина ПР при медичному застосуванні в Україні інфузійних розчинів,

були серйозні за проявом, зареєстровані випадки смерті хворих на тлі їх застосування.

У зв'язку із зазначеним вище, слід звернути увагу на ті обставини, що частина вітчизняних виробників цих ЛЗ ще й досі ретельно не дотримуються регламентів ДФЦ МОЗ України щодо контролю якості на етапі їх виробництва, при складанні інструкцій для медичного застосування. Згодом саме ці фактори призводять до несприятливих наслідків, що виникають при медичному застосуванні інфузійних розчинів в Україні.

Безумовно, тільки тісна співпраця у напрямку упередження розвитку ПР виробників ЛЗ, лікарів, організаторів охорони здоров'я, регуляторних органів дозволить реально сприяти нормалізації якості життя хворих в умовах призначення цих ліків.

ВІКОВІ ТА СОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАТРЕНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Волошин О.І., Сенюк Б.П., Захарчук Т.В., Гончар Л.В.

Буковинський державний медичний університет
Міська клінічна лікарня №3, Чернівці

Остеоартроз (ОА), як і вікові судинні ураження (атеросклероз кардіальний, церебральний, абдомінальний, периферичний) нерідко протікають паралельно, а згодом набувають патогенетичних залежностей, особливо у віці за 60 років. Важливо при лікуванні хворих на таку складну мікст-патологію, помімо стандартів лікування основної недуги, застосовувати ліки системної неспецифічної дії на спільні ланки патогенезу вікових захворювань.

Мета: дослідити ефективність застосування латрену в комплексному лікуванні хворих на остеоартроз з віковою судинною та гастроентерологічною патологією.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 57 хворих на ОА у віці 50–76 років з віковими супутніми захворюваннями: ІХС зі стенокардією II–III ФК та серцевою недостатністю I ст II ФК (34 пацієнти), церебральним атеросклерозом з явищами дисциркуляторної енцефалопатії I–II ст (14 осіб), атеросклерозом судин нижніх кінцівок I–II ст (5 осіб), абдомінальною ішемічною хворобою з явищами ішемічного коліту (5 осіб), хронічним гастритом зі зниженою кислотоутворюючою функцією та різними ступенями атрофії слизової оболонки (43 пацієнти). У всіх хворих, крім ОА, зареєстровано 1–3 із названих супутніх недуг. Захворювання верифіковані на одному з попередніх етапів спостережень згідно затверджених МОЗ стандартів.

У всіх пацієнтів впродовж останніх 3–5 років домінуючою хворобою був ОА. За зазначений період при загостреннях застосовувались нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), хондропротектори (ХП), місцеві фітотерапевтичні процедури, засоби гастро-, кардіо- чи вазопротекції. Однією з особливостей зазначеної терапії були зростаючі з віком побічні дії від застосування НПЗП, ХП та вимушене обмеження реалізації необхідної тривалості їх застосування.

Обстежений на стаціонарному етапі контингент хворих був поділений на дві репрезентативні групи: конт-

рольну клінічну (25 осіб), які отримували НПЗП, ХП, місцеві фізіопроцедури, нітрати та гастропротектори; та основну (32 пацієнти), які отримували такий же комплекс та додатково латрен 0,05% у дозі 200 мл довенно 5–7 інфузій впродовж 7–10 днів з переходом на пентоксифілін у дозі 0,2 тричі на день впродовж 3–4 тижнів. За спеціальною анкетною в бальній системі фіксували клінічні прояви основного та супутніх захворювань. Біохімічно досліджували про- та антиоксидантну системи крові (малоновий альдегід, дієнові конюгати, активність каталази та рівень глутатіону відновленого), протеолітичну та колагенолітичну активність крові.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у хворих основної групи вже після 3–5 інфузій латрену суттєво зменшувались артропатичні та соматичні судинні скарги з боку серця, центральної нервової системи, опорно-рухового апарату, ішемічні прояви з боку нижніх кінцівок, покращувались процеси травлення, відмічалось потепління нижніх кінцівок, покращувались якісні показники життя та переносимість базисних ліків. На 10–12 день лікування різниця між ступенями клінічних проявів основного і супутніх захворювань у хворих основної та контрольної групи сягала 26–31%. Відмічено добрий комплайнс пацієнтів до латрену та подальшого прийому пентоксифіліну. Більш чіткий і швидкий позитивний сумарний ефект від застосування латрену відмічали пацієнти у віці від 50 до 60 років, навіть при стартовому режимі 5 інфузій.

У пацієнтів обох клінічних групах впродовж 12–14 днів спостереження відмічена тенденція до покращення біохімічних показників, більш вагома в основній групі, однак різниця невірогідна, що є свідченням потреби більш тривалого застосування пентоксифіліну.

Висновок: латрен — ефективний стартовий засіб підвищення ефективності лікування хворих на ОА, особливо за наявності вікової судинної та гастроентерологічної патології.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГОСТРОЇ НОРМОВОЛЕМІЧНОЇ ГЕМОДИЛЮЦІЇ

Воротинцев С.І., Поталов С.О., Серіков К.В., Курочкін Ю.Ф., Голдовський Б.М.

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Мета дослідження — оцінити клінічну ефективність методу гострої нормоволемічної гемодилуції (ГНГ) у пацієнтів хірургічного профіля з великою інтраопераційною крововтратою.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проведено на підставі оцінки використання аллогенних гемотрансфузій у 150 хірургічних пацієнтів (79 чоловіків і 71 жінка). Залежно від використання ГНГ хворі були ретроспективно розподілені на дві групи: основну (з ГНГ) групу (n=80) і групу порівняння (n=70), без ГНГ. Обсяги крововтрати й інтраопераційної інфузійно-трансфузійної підтримки між групами практично не

відрізнялись. Реєстрували: об'єм крововтрати, концентрацію гемоглобіну й гематокриту, параметри центральної гемодинаміки на етапах анестезії та операції. Вірогідність відмінностей якісних показників у групах оцінювали за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат).

Результати дослідження та їх обговорення. У групі контролю для усунення дефіциту глобулярного об'єму (ГО) 42 пацієнтам треба було переливання від 200 до 1800 мл донорської еритроцитарної маси, а в інших 28 хворих концентрація гемоглобіну й гематокрита при закінченні операції перевищували граничний критичний рівень. У 64 пацієнтів основної групи для ліквідації

небезпечного дефіциту ГО було досить трансфузії власної крові. Додаткові алогенні гемотрансфузії знадобилися 16 пацієнтам основної групи, тому що у зв'язку із триваючою крововтратою трансфузії аутокрові не могли повністю ліквідувати дефіцит ГО. Середній обсяг алогенної гемотрансфузії протягом операції в цих хворих склав 275 ± 98 мл (від 200 до 950 мл). Кількість хворих, що одержали донорську еритроцитну масу в післяопераційному періоді з метою корекції дефіциту ГО також було меншим в основній групі, чим у контрольній — 27 і 43 відповідно.

Зміни концентраційних показників у хворих в інтра- і післяопераційному періоді відображені в таблиці.

Висновки. Встановлено, що використання ГНГ при операціях на органах черевної порожнини, що супроводжуються великою крововтратою, зменшує відносний ризик трансфузії алогенної еритроцитарної маси під час операції на 20% і на 6% — у ранньому післяопераційному періоді. Застосування ГНГ дозволяє зменшити обсяг інтраопераційної гомологічної гемотрансфузії в 1,4 разу.

Таблиця

Група хворих	Показник	Вихідні	ГНГ	Перед трансфузією	Після операції	1-ша доба ПО	2-га доба ПО	3-тя доба ПО
ГНГ	Hb (г/л)	132±9	86±5	*62±8	*84±10	*87±12	*93±11	*95±14
	Ht (%)	37±2	26±3	*19±2	*24±8	*26±5	*28±5	*28±6
	З.Б. (г/л)	74±3	61±5	49±3	*50±4	*52±4	55±6	*58±4
Без ГНГ	Hb (г/л)	128±13	—	66±7	77±8	77±13	88±14	83±9
	Ht (%)	36±5	—	20±2	22±4	22±4	26±4	25±5
	З.Б. (г/л)	71±5	—	50±4	53±6	49±3	54±7	55±7

ЗАЛЕЖНІСТЬ КРИТИЧНОГО РІВНЯ ГЕМОГЛОБІНУ ВІД МЕТОДУ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ З ВЕЛИКОЮ КРОВОВТРАТОЮ

Воротинцев С.І., Поталов С.О., Серіков К.В., Курочкин Ю.Ф., Голдовський Б.М.

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Збереження адекватного рівня споживання кисню тканинами організму — першочергова мета при анестезіологічному забезпеченні операцій, що супроводжуються високим ризиком масивної крововтрати (від 1500 мл і вище). Гостра нормоволемічна гемодилуція (ГНГ), як метод збереження крові, має унікальні переваги, що стосуються вартості, простоти, практичності, безпечності. ГНГ супроводжується підвищенням серцевого індексу (CI) і зменшенням системного судинного опору (SVR), що компенсує зниження кисневої ємності крові.

Мета дослідження — оцінити вплив тотальної внутрішньовенної анестезії (ТВВА) з пропофолом ($10\text{--}8\text{--}6$ мг/кг/годину) і фентанілом та епідуральної анестезії (ЕА) у сполученні з поверхневою внутрішньовенною анестезією пропофолом ($4\text{--}2$ мг/кг/годину) на критичний рівень гемоглобіну (Hb) при ГНГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 18 хворих ($43\text{--}56$ років) без супутньої патології (ASA 2), яким виконували розширені резекції печінки. ГНГ — цільовий гематокрит $26\text{--}28\%$. У залежності від методу анестезії хворі розділені на 2 групи — ТВВА ($n=8$) та ЕА ($n=10$). Реєстрували параметри центральної гемодинаміки та кисневого режиму на етапах анестезії та операції. Статистика — критерій Kruskal-Wallis.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті ГНГ відзначене достовірне збільшення CI. Протягом операції у хворих групи ТВВА відзначене достовірне зменшення CI у середньому на 30% у порівнянні з етапом до ГНГ. У хворих у групі ЕА CI продовжував збільшуватися протягом операції, перевищуючи вихідний рівень у середньому в 1,2 разу. До моменту найвищої анемізації в результаті крововтрати й гемодилуції у хворих у групі ТВВА помірно підвищення CI до 3 л/(хв·м²) не компенсувало

тканеву гіпоксію, про що свідчило зниження SvO₂ до 65,3%. Навпроти, у групі ЕА перед початком гемотрансфузії при зниженні Ht менш 20%, підтримка гіпердинамічного стану кровообігу зберігала, судячи з достатньої величини SvO₂, задовільну оксигенацію тканин.

Значне зменшення SVR після ГНГ відзначено в усіх випадках. У хворих групи ТВВА відзначався розвиток судинного спазму в періопераційному періоді, обумовлений зниженням серцевого викиду, а до початку гемотрансфузії спостерігалось помірне зниження судинного опору, можливо у відповідь на зростаючу гіпоксію тканин. У групі ЕА SVR залишалось зниженим й інтраопераційно і перед гемотрансфузією.

При проведенні ТВВА відбувалося зниження CI) що супроводжується підвищенням системного судинного опору й розвитком венозної гіпоксемії при зниженні концентрації гемоглобіну на рівні 70 г/л. У хворих групи ЕА гіпердинамічний стан кровообігу, що виникає у відповідь на ГНГ, підтримувався стійко протягом всієї операції, забезпечуючи достатню доставку кисню й належний рівень оксигенації венозної крові навіть при зменшенні концентрації гемоглобіну до рівня 70 г/л.

Висновки. Таким чином епідуральна анестезія з поверхневою внутрішньовенною анестезією пропофолом може бути методом вибору при розширених резекціях печінки з використанням ГНГ. Концентрація гемоглобіну 70 г/л і менш при ГНГ в умовах ТВВА є критичним рівнем, що визначає необхідність трансфузії еритроцитів і застосування стимуляції інотропної функції серця. Під час ЕА не гнітиться компенсаторна гіпердинамічна реакція кровообігу, при концентрації гемоглобіну на рівні 70 г/л забезпечується адекватне споживання кисню тканинами.

МЕСТО ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ САХАРОСПИРТЫ, В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

Георгиянц М.А., Корсунов В.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Инфузионная терапия остается одним из важнейших компонентов лечения критических состояний у детей. Одним из ее перспективных направлений является изучение возможностей инфузионных полиэлектролитных растворов, содержащих сахароспирты (сорбитол и ксилитол) ("Сорбилакт", "Реосорбилакт", "Ксилат") оказывать корректирующее воздействие на отдельные патофизиологические аспекты расстройств гомеостаза.

Потенциальные преимущества этих гипертонических растворов хорошо известны (восстановление преднагрузки, осмодиуретическое, противоотечное действие, коррекция метаболического ацидоза, энергетическое обеспечение по независимым от инсулина путям углеводного обмена, улучшение микроциркуляции, детоксикация). По опыту авторов, "Реосорбилакт" у детей с синдромом малого выброса оказывает существенное волевическое действие, сравнимое с применением коллоидных растворов, "Сорбилакт" продемонстрировал высокую эффективность при лечении отека-набухания головного мозга, вызванного инфекциями центральной нервной системы у детей. Оба препарата оказывают существенное алкализующее влияние на состояние кислотно-основного обмена, что весьма

ценно при имеющемся метаболическом ацидозе, однако может быть небезопасным в связи с потерями калия при осмодиурезе и реализации эффектов альдостерона в поздние сроки критического состояния. "Ксилат" в сочетании с глюкозо-солевыми растворами оказался способен решительным образом сократить сроки устранения такого тяжелого метаболического расстройства как недиабетический кетоз у детей. Он также эффективен в комплексном лечении и диабетического кетоацидоза, что обусловлено его ощелачивающим и мощным антикетогенным действием.

Вместе с тем в применении этих растворов у детей остаются вопросы, которые требуют своего решения. В частности, не изучено влияние растворов сорбитола, которые нередко назначаются с иными углеводсодержащими растворами, на липогенез в печени, осмолярность внеклеточной жидкости, уровень гликемии, лактатемии при различных патологических состояниях у детей различного возраста.

Очевидно, что эти вопросы должны стать поводом к широкому и глубокому изучению перспективных брендовых препаратов отечественных фармацевтических компаний.

ВИКОРИСТАННЯ РЕОСОРБІЛАКТУ В ТЕРАПІЇ ТРАВМАТИЧНОГО ШОКУ

Глумчер Ф.С.,¹ Чернишов В.І.²

¹ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

² Українська військово-медична академія

Актуальність. До 80% постраждалих з травмами потребують інфузійної терапії. В Україні широко використовуються інфузійний засіб на основі сорбітолу Реосорбілакт, проте залишається недослідженою його дія на гемостаз, гідратацію органів грудної клітки та гемодинаміку пацієнтів з травматичним шоком.

Мета: поліпшення результатів лікування пацієнтів з травматичним шоком шляхом наукового обґрунтування використання реосорбілакту в ході клінічного дослідження.

Завдання: порівняти вплив інфузії реосорбілакту та 0,9% розчину NaCl на показники гемостазу, вміст рідини грудної клітки та показники центральної гемодинаміки у пацієнтів з травматичним шоком.

Матеріали та методи дослідження. 40 дорослих травмованих пацієнтів обох статей (оцінка за шкалою тяжкості травми (ISS) 29,4±9,2; APACHE II 14,6±5,1) з кровотратою III-IV класу або епізодом зниження систолічного артеріального тиску <90 мм рт. ст. на етапі рідинної ресусцитації були рандомізовані на 2 однорідні рівновеликі групи. Після остаточної зупинки кровотечі проводилася інфузія: в I групі 800 мл реосорбілакту зі швидкістю 50–55 мл/хв; в II групі ідентична інфузія 0,9% розчину NaCl. Перед інфузією та через 30 хв після завершення визначалися показники гемостазу: активований частковий тромбoplastинний час (АЧТЧ), протробіновий час (ПЧ), міжнародне нормалізоване співвідношення (МНС)

та кількість тромбоцитів. Протягом 60 хв від початку інфузії методом імпульсної кардіографії (ІКГ) монітувалися: серцевий індекс, ударний індекс, індекс швидкості, ЧСС, вміст рідини грудної клітки. Умова достовірності змін — $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Кількість тромбоцитів в обох групах достовірно не змінилася. ПЧ в обох групах на початку перевищував верхню межу норми в середньому на 38%, що було розцінено, як ефект попередньої інфузійної терапії. В групі реосорбілакту були відсутні достовірні зміни АЧТЧ, ПЧ та МНС. В групі 0,9% NaCl відмічалася достовірне прискорення АЧТЧ (–8,2%), ПЧ (–8,5%) та зменшення МНС (–8,6%).

Початковий рівень вмісту рідини грудної клітки (ВРГК) у жінок в обох групах перевищував норму, що може бути ознакою більшої схильності жіночого організму до рідинного перевантаження. В обох групах ВРГК достовірно збільшився з максимумом на 25 хв в I групі (+3,9%) та на 15 хв в II групі (+4,4%) і залишався достовірно більшим за норму протягом 60 хв. В жодному з вимірювань за цим показником між групами достовірної різниці не відмічалася.

Показник переднавантаження — індекс швидкості (ІШ) — достовірно збільшувався в обох групах. На 15 хв ІШ на 20% був достовірно більшим в групі реосорбілакту. На 60 хв значення ІШ в групі 0,9% NaCl достовірно не відрізнялося від початкового, тоді як різниця з по-

чатковим значенням в групі реосорбілакту залишалася достовірною.

Протягом 60 хв спостерігалася достовірна різниця між групами за серцевим індексом (СІ). В групі реосорбілакту він був достовірно вищим за початкове значення з максимумом на 25 хв (+30%). Максимальне достовірне збільшення СІ в групі 0,9% NaCl сталося на 10 хв і становило +8%. В інших спостереженнях в II групі СІ достовірно не змінювався.

Частота серцевих скорочень (ЧСС) в групі реосорбілакту була достовірно більшою за початкові значення починаючи з 10 хв. Максимальне значення в цій групі відмічалася на 20 хв (+11%). Після 20 хв в I групі спостерігалася тенденція до зниження ЧСС. В II групі спостерігалася повільна тенденція до зростання ЧСС з достовірним збільшенням на 60 хв (+5%). Достовірна різниця між групами спостерігалася протягом 10–45 хв. На 60 хв ЧСС між групами достовірно не відрізнялася.

Ударний індекс (УІ) в групі реосорбілакту був достовірно більшим за початкові значення до 45 хв із максимумом зростання вже на 5 хв (+18%). В групі 0,9%

NaCl достовірно зростання УІ зафіксоване тільки на 10 хв (+8%). Міжгрупове порівняння не виявило достовірної різниці в жодному зі спостережень, але на 25 та 30 хв вона була близькою до достовірної ($p=0,055$ та $0,054$ відповідно).

Висновки:

1) Інфузія реосорбілакту в кількості 800 мл при травматичному шоці не супроводжується негативним впливом на систему коагуляційного гемостазу, тоді як інфузія рівновеликого об'єму 0,9% NaCl супроводжується достовірною тенденцією до гіперкоагуляції.

2) Інфузія реосорбілакту та 0,9% NaCl при травматичному шоці призводить до достовірного зростання ВРГК без достовірної різниці за впливом між досліджуваними препаратами.

3) Інфузія реосорбілакту при травматичному шоці, у порівнянні з інфузією 0,9% NaCl, супроводжується достовірно більшим та тривалішим зростанням переднавантаження, серцевого індексу, збільшенням ЧСС з наступною тенденцією до його зниження, та недостовірно більшим зростанням ударного індексу.

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНИМ ПІЕЛОНЕФРИТОМ, УСКЛАДНЕНИМ СЕПТИЧНИМ ШОКОМ

Горовий В.І., Головенко В.П., Вонсовська О.В., Дмитришин С.П., Ахмедов Р.М., Камінський В.В., Камлук В.П.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Септичний шок є одним із тяжких ускладнень гнійних уражень сечостатевої системи, частіше всього зустрічається при гострому гнійному піелонефриті (у 3–20% хворих) і супроводжується летальністю у 15–80% випадків. Пошук шляхів зниження випадків септичного шоку та летальності у хворих із гнійним піелонефритом є актуальною проблемою урології, анестезіології та реаніматології.

Мета роботи — аналіз результатів комплексного лікування хворих із гнійним піелонефритом, ускладненим септичним шоком.

Матеріали та методи дослідження. За останні 17 років (1991–2007 рр.) в урологічному та реанімаційному відділеннях Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова на лікуванні знаходились 75 хворих із гнійною формою піелонефриту, який ускладнився септичним шоком, що становить 14,7% по відношенню до всіх хворих (510) із гострим гнійним піелонефритом, які лікувались у цей період часу. Чоловіків було 27 (36%), жінок — 48 (64%). За віком хворі розподілялись наступним чином: до 30 років — 9 хворих; 31–40 — 9; 41–50 — 11; 51–60 — 23; 60–70 — 20; більше 70 років — 3. Четверо хворих (5,3%) поступили у відділення з гнійним піелонефритом єдиної нирки, із них 1 — з обтураційною анурією. Цукровий діабет був відмічений у 19 (25,3%) хворих, обструктивний гнійний піелонефрит — у 71 (94,7%), необструктивний — у 4 (5,3%). Причинами обструктивного гнійного піелонефриту та септичного шоку були: сечокам'яна хвороба у 58 (81,7%) із 71 хворого, вагітність — у 5, доброякісна гіперплазія простати — у 3, гідронефроз — у 2, аномалії нирки — у 2, нейрогенний сечовий міхур по гіпотонічному типу — у 1. У більшості (60) хворих септичний шок спостерігався до хірургічного чи інструментального втручання, у 4

хворих — на операційному столі та у 11 — після операції.

Результати та їх обговорення. Хворих із септичним шоком переводили в реанімаційне відділення, де їм проводили протишокову та підтримуючу терапію згідно рекомендацій Лопаткіна Н. А. і др. (1991), Мальцевой Л. А. і др. (2004). Якщо на початку 90-х років ми оперували хворих в день надходження у відділення після проведення передопераційної протишокової терапії на протязі 3–6 год (під час операції у нас померло 3 хворих від септичного шоку через недостатню їх підготовку), то тепер після широкого впровадження в практику лікарів сучасних інотропних та пресорних препаратів цей період може тривати більше доби, навіть при нерозблокованій нирці. Всім хворим до септичного шоку або після виведення з нього виконували катетеризацію сечоводу з діагностичною (виявлення рівня перепони) та лікувальною (відновлення відтоку сечі із нирки) метою. Шести хворим вдалось встановити сечовідний катетрик в нирку, 10 — стент, 1 — виконали черезшкірну пункційну нефростомію. У 4 випадках необструктивного гнійного піелонефриту (карбункул нирки за даними ультразвукового дослідження) проведена консервативна антибактеріальна та підтримуюча терапія привела до видужання. Оперували 54 хворих, виконали наступні операції: уретеро-, піело-, нефролітотомію з декапсуляцією нирки та нефростомією — 37 (68,5%) хворим, нефректомію — 17 (31,5%). Під час операції виявили наступні гнійні форми піелонефриту: гнійний пієліт (гнійний медулярний піелонефрит) — у 5 хворих; апостеми — у 19; карбункули — у 6; апостеми та карбункули — у 9; карбункули та абсцеси — у 8; абсцеси — у 7. Всім хворим проводили інтенсивну підтримуючу, антибактеріальну, дезінтоксикаційну, діуретичну (після усунення обструкції та виведення із шоку) терапію, введення

препаратів для покращення мікроциркуляції, інгібіторів протеаз, гепатопротекторів та ін. В останні роки широко застосовуємо фторхінолони III (лефлоцин) та IV покоління (бігафлон), а також інфузійні препарати (гекодез, реосорбілакт, сорбілакт, ксиліт, латрен, сода-буфер). Серед екстракорпоральних методів детоксикації використовували: плазмаферез у 7 хворих, гемосорбцію — у 4, гемодіаліз — у 2, гіпербаричну оксигенацію — у 1, ультрафіолетове опромінення крові — у 6, лімфотропну терапію — у 7.

Померло 13 (17,3%) хворих, із них 9 — під час та після операції. Причинами смерті хворих із гнійним пієлонефритом, які перенесли септичний шок, були: у 6 випадках — сепсис з гнійною інтоксикацією організму; у 3 — септичний шок; в 1 — набряк мозку; у 1 — тромбоемболія легеневої артерії, як прояв септичного тромбозу периферичних вен; у 1 — інфаркт міокарду; у 1 — уремія.

Висновки. Лікування хворих із гнійним пієлонефритом, ускладненим септичним шоком, повинно про-

водитись сумісно з лікарем анестезіологом-реаніматологом із застосуванням сучасних інотропних та пресорних препаратів. Хворі з обструктивним гнійним пієлонефритом та цукровим діабетом потенційно небезпечні щодо виникнення септичного шоку, поліорганної недостатності та високої летальності. Стабілізація гемодинаміки, життєвоважливих функцій органів та систем організму повинна проводитись у реанімаційному відділенні для підготовки до інструментального чи хірургічного втручання. Тотальне ураження нирки гнійним процесом приводить до видалення нирки майже у кожного третього хворого, який переніс септичний шок. Значна летальність (17,3%) свідчить про необхідність проведення широкої профілактичної роботи серед населення та лікарів суміжних спеціальностей щодо раннього виявлення обструктивного гострого пієлонефриту та негайного направлення хворих у спеціалізовані урологічні відділення з метою проведення адекватного лікування.

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гринь В.К., Сперанский И.И., Самойленко Г.Е., Лобачева М.В., Носенко В.М.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины, Донецк

Успехи современной комбустиологии связаны с внедрением в клиническую практику новых инструментальных методов лечения, с широким использованием высокоэффективных антибактериальных и инфузионных средств, раннего оперативного лечения, однако частота гнойно-септических осложнений не уменьшается. Остается еще много нерешенных вопросов в лабораторной диагностике эндогенной интоксикации (ЭИ) и анализа эффективности проводимого лечения.

Нами проанализировано 1211 историй болезни обожженных с различными проявлениями ожоговой болезни и ее осложнений, которые находились на лечении в ожоговом отделении ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины в 1999–2007 гг.

На разных стадиях воспаления регуляторное действие исполняют разные пулы иммунокомпетентных клеток; то есть, по изменениям лейкоцитарной формулы с учетом других гематологических показателей можно судить о выраженности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии. Была разработана компьютерная программа, которая позволяет в течение 1–2 мин получить 18 интегральных индексов интоксикации и их графическое изображение на основе лейкоцитарной формулы общего анализа крови, что позволяет судить об интенсивности ЭИ, изменения иммунной реактивности организма и эффективности проводимого лечения. Динамическое изучение лейкограммы должно проводиться регулярно, после каждого оперативного вмешательства, при ухудшении состояния больного, в среднем каждые 2–3 дня. На основании лейкоцитарной формулы производили расчет лейкоцитарного индекса (ЛИ), который отражает взаимоотношение гуморального и клеточного звена иммунной системы; лейкоцитарного индекса интоксикации Кальфа-Калифа (ЛИИ), как показатель процессов тканевой

деградации, уровня ЭИ; модифицированный ЛИИ (ЛИИм), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), как показатель активности воспалительного процесса и нарушения иммунологической реактивности; индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ), позволяющий судить об ЭИ, связанной с инфекционным или воспалительным процессом; индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК) является маркером реактивности организма при остром воспалении.

Больные разделены на четыре группы. В первой группе (394 больных с умеренной интоксикацией) повышались ЛИИ и ЛИИм в 2–3 раза с 2–3-х суток, незначительно изменялись ИСЛК и ИЛСОЭ. При проведении инфузионной терапии в должном объеме, включающем гемодез и реосорбілакт и раннем оперативном вмешательстве, удавалось нормализовать показатели лабораторных анализов, стабилизировать состояние больного.

Во второй группе (357 больных с тяжелой интоксикацией) ЛИИ и ЛИИм увеличивались в 4–7 раз, в некоторых случаях достигало 8–12 ед., умеренно повышался ИСЛК, снижалось ИЛСОЭ, что указывало на присоединение инфекционного процесса, а повышение ИЛСОЭ в 1,5–2 раза — на развитие аутоиммунных процессов. Больные этой группы нуждались не только в проведении инфузионно-трансфузионной терапии, включая гемодез, реосорбілакт и раннего оперативного вмешательства, но и в применении различных методов детоксикации (переливание реосорбілакта, плазмаферез, УФОК, экстракорпоральное очищение крови и т.д.), неспецифической иммунокоррекции. При своевременном назначении соответствующей терапии через 10–15 дней удавалось нормализовать лабораторные показатели и состояние больного.

В третьей группе (342 пострадавших, с различными проявлениями сепсиса и полиорганной недостаточнос-

ти) показателі ЛІІ і ЛІІм підвищалися в 7–12 раз, збільшувалися нейтрофільний лейкоцитоз, знижалося ІЛСОЭ, а при розвитку ареактивності організму він підвищувався в 2–2,5 рази. Данна група постраждалих нуждалася в активному парентеральному і зондовому живленні, більшій усилений детоксикаційній терапії, застосування внутрішньовенних антибіотиків резерва, в більшій частоті, ранній і обширній по площині оперативній втручання, плазмоферезі, пасивній імунізації специфічної плазми, використанні імуноглобулінів. При відсутності ефекту від проводимої терапії в теченні 5–8 днів прогноз сумнівний.

В четвертій групі (118 хворих, які померли від критичних і сверхкритичних опіків) значно підвищалися показателі всіх індексів, проводима терапія ефектів не давала, лабораторні показателі не мали тенденції до нормалізації або стабілізації.

Таким чином, комплексна оцінка ЕІ на основі гемограми, включаючи різні гематологічні індекси, дозволяє орієнтовно оцінити стан хворого, прогнозувати тяжкість перебігу опікової хвороби і може бути використана для рішення питання об'єму і якості детоксикаційної терапії.

ПЕРИОПЕРАЦІОННА ІНФУЗІОННО-ТРАНСФУЗІОННА ТЕРАПІЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПОЧЕК

Гриценко С.Н., Поляков Н.Н.

Запорізька академія післядипломної освіти

Інфузійна терапія є невід'ємною частиною лікування різних категорій хворих в числі і трансплантатних. Волемокорекція у реципієнтів перед включенням трансплантата в кровообіг направлена на забезпечення кровотоку в нирковому трансплантаті, який завжди має ішемічне пошкодження.

В роботі порівнювалися дві методики волемокорекції ізотонічними електролітними розчинами у 426 реципієнтів ниркових трансплантатів.

Методика волемокорекції у 124 хворих групи 1: об'єм інфузійної терапії в середньому становив 5,0–7,0 мл/кг/год. Об'єм і склад післяопераційної інфузійної терапії у хворих групи 1 залежав від початкової функції трансплантата. Неприпустимим умовою був суворий контроль введення в організм 0,9% розчину натрію хлориду і виділеної мочі, а також контроль іонного складу крові. При поліурії і зниженні рівня плазменної концентрації калію менше 3,5 ммоль/л проводили корекцію гіпокаліємії. Якщо після операції виділялося менше 500 мл/сутки мочі, то регуляцію гідріонних процесів проводили по тем же правилам, що і в олигоанурічній фазі ОПН. При відстроченому відновленні функції трансплантата розвивалися гіперкаліємія і метаболі-

чний ацидоз, які були показаннями до гемодіалізу.

Методика волемокорекції у 302 хворих групи 2: інфузійну терапію до реперфузії трансплантата проводили 0,9% розчином натрію хлориду до досягнення цільового ЦВД 10–12 мм рт. ст. В середньому до реперфузії трансплантата об'єм 0,9% розчину натрію хлориду, в числі 15% розчину маннітолу становив 40–50 мл/кг. При відсутності негайної функції трансплантата інфузійну терапію припиняли і пацієнту проводили ГД з УФК. Тактика післяопераційної інфузійної терапії у хворих групи 2 також залежала від початкової функції трансплантата. При негайній функції трансплантата об'єм інфузійної терапії визначався годинним об'ємом мочі по правилу: при об'ємі більше 300 мл/год заповнювали 4/5 об'єму мочі, при діурезі більше 100 мл/год, але менше 300 мл/ч заповнювали об'єм виділеної мочі за попередній годину.

Негайна функція ниркового трансплантата спостерігалася у 56,4% реципієнтів, відстрочена функція трансплантата — у 43,6% реципієнтів групи 1.

Відстрочена функція ниркового трансплантата спостерігалася у 88,4% реципієнтів відстроченої — у 11,6% реципієнтів групи 2.

ВПЛИВ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПРИЙОМІВ НА ПІДВИЩЕННЯ БІОСУМІСНОСТІ ПЕРИТОНЕАЛЬНИХ ДІАЛІЗНИХ РОЗЧИНІВ

Гудзь, Н.І.¹, Р.С. Коритнюк²

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ

Перитонеальний діаліз (ПД) є одним із методів замінної ниркової терапії. Роль мембрани виконує черевина, структурна цілісність і функціональні характеристики якої залежать, зокрема, від фізико-хімічних властивостей і складу перитонеальних діалізних розчинів (ПДР). Метою досліджень було вивчити сучасні на-

укові літературні дані з питань підвищення біосумісності ПДР для розробки складу та технології біосумісних вітчизняних ПДР.

ПМ з внутрішньої сторони покриті моношаром мезотеліальних клітин, які мають характеристики епітеліальних клітин, ведуть себе як проникний бар'єр і дек-

ретують різні субстанції, що задіяні в процесі перитонеальної проникності і місцевого захисту. Мезотеліальні клітини відіграють активну роль в структурних і функціональних змінах ПМ протягом ПД. Нефізіологічні стандартні ПДР викликають запалення ПМ, серію фізіологічних і анатомічних патологічних змін в ПМ, негативні ефекти у діалізованих пацієнтів. Механізми запалення включають продукцію пероксиду, кисле значення рН розчинів, високий вміст глюкози, лактат-йонів, продукти деградації глюкози (ПДГ), продукти підвищеного глікозилювання.

Вивчення принципів підвищення біосумісності ПДР проводилося на основі статей іноземних журналів "Peritoneal dialysis international", "Kidney International" та інші за 2006–2008 р.р. та даних патентного пошуку за останні 5 років.

Як свідчать літературні дані, вченими різних країн розробляються заходи, які направлені на захист ПМ. Ці заходи включають перитонеальний спокій, використання

в якості осмотичних речовин амінокислот, ікодекстрину або гліцерину, в якості буферних основ гідрокарбонату або пірувату, використання розчинів з низьким вмістом ПДГ. Фізіологічне значення рН розчинів (7,0–7,4), понижений вміст ПДГ, змінений склад буферних основ в ПДР позитивно впливають на тривалість функціонування ПМ. Технологічні аспекти ПДР не публікуються.

На основі власних технологічно-аналітичних досліджень можна констатувати, що фізіологічного значення рН, пониженого вмісту ПТГ можна досягнути шляхом виготовлення ПДР у двох лікарських формах (ЛФ). Перша ЛФ представляє собою глюкозолактатний розчин з пониженим вмістом натрію лактату (10–30 ммоль/л), а друга концентрат натрію гідрокарбонату. При відповідному значенні рН першої ЛФ і концентрації натрію гідрокарбонату другої ЛФ, після змішування двох ЛФ можна отримати глюкозолактатногідрокарбонатні ПДР з фізіологічним значенням рН і необхідним сумарним вмістом буферних основ.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ИНФУЗИОННОГО РАСТВОРА СОРБИТОЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Гуменюк Н.И., Морская Н.Д., Кныр Н.И.

Государственное учреждение "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины"

Цель работы — провести сравнительное изучение диуретического эффекта и влияния на жидкостные свойства крови гиперосмолярного инфузионного раствора сорбитола и фуросемида у больных с хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Материалы и методы исследования. Проведено изучение влияния на жидкостные свойства крови салуретика фуросемида. Обследовано 22 больных (мужчин — 17, женщин — 5) в возрасте от 44 до 70 лет. Из них хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) диагностировано у 18 больных, идиопатический фиброзирующий альвеолит — у 2, первичная легочная гипертензия — у 2. Недостаточность кровообращения (НК) I стадии имела место у 12 пациентов, II стадии — у 10. Исследовалась динамика гематокрита (Ht) до и через 2 часа после внутривенного введения 20 мг фуросемида.

У 15 больных ХОЗЛ проведено сравнительное изучение диуретического эффекта и влияния на Ht сорбилакта (препарат на основе гиперосмолярного раствора сорбитола и лактата натрия) и фуросемида. НК I стадии наблюдалась в 8 случаях, II стадии — в 7.

В 1-й день исследования больному проводили инфузию 200 мл глюкозо-инсулин-калиевой смеси (ГИК) и определяли суточный диурез (исходный показатель). Во 2-й день внутривенно капельно вводили 200 мл сорбилакта с определением суточного диуреза, а также Ht до и через 2 часа после инфузии. Аналогичное исследование с фуросемидом проводили через 2 дня после пробы с сорбилактом. (20 мг) вводили внутривенно струйно после инфузии 200 мл ГИК. В течение двух дней между пробами с сорбилактом и фуросемидом больному вводили ГИК в дозе 200 мл.

Результаты. Через 2 часа после введения 20 мг фуросемида у 16 из 22 больных (73%) наблюдалось увеличе-

ние гематокрита. При этом у всех пациентов с исходно высокими цифрами гематокрита (>50%, 9 чел.) после введения фуросемида отмечалось еще большее сгущение крови. В среднем после введения фуросемида показатель Ht увеличился на $1,8 \pm 0,4$ ($p < 0,001$).

После введения 200 мл ГИК с последующим струйным вливанием 20 мг фуросемида отмечено возрастание Ht ($\Delta Ht = \pm 0,6$; $p < 0,001$), что свидетельствовало об увеличении сгущения крови. После инфузии сорбилакта наблюдалось уменьшение величины Ht ($-1,2 \pm 0,5$; $p < 0,05$). Таким образом, несмотря на диуретическое свойство сорбилакта, результатом которого должно стать уменьшение объема циркулирующей крови, препарат за счет активной дегидратации тканей оказал гемодиллюционный эффект.

Исходный показатель суточного диуреза (в день с инфузией ГИК) составил $804,6 \pm 85,0$ мл. В день исследования влияния фуросемида с ГИК суточный объем мочи возрос до $1575,0 \pm 150,5$ мл ($p < 0,001$). После введения сорбилакта суточный диурез увеличился в меньшей мере ($1105,0 \pm 101,9$; $p < 0,05$), при этом суточный объем мочи после фуросемида достоверно ($p < 0,05$) был больше, чем после инфузии сорбилакта.

Выводы. Внутривенное струйное введение фуросемида в дозе 20 мг у большинства больных с хроническим легочным сердцем увеличивает степень гемоконцентрации. У больных с гематокритом более 50% фуросемид вызывает еще большее сгущение крови. Сорбилакт в дозе 200 мл уступает фуросемиду в дозе 20 мг по выраженности диуретического эффекта. Вместе с тем, если фуросемид вызывает увеличение степени гемоконцентрации, то сорбилакт, наряду с диуретическим эффектом, оказывает гемодиллюционное действие.

ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Гусак И.В., Иванова Ю.В.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

Задача антибактериальной терапии (АБТ) в комплексном лечении абдоминального сепсиса (АС) — блокирование системной воспалительной реакции на уровне экзогенных микробных медиаторов. В клиническом смысле это прежде всего предотвращение персистенции генерализации и рецидива инфекционного процесса.

Основные принципы АБТ в абдоминальной хирургии включают следующие положения:

- АБТ, являясь обязательным компонентом комплексной терапии АС, лишь дополняет хирургическое лечение, но не заменяет его.

- АБТ направлена на предотвращение продолжающегося после операции реинфицирования в очаге инфекции и таким образом на профилактику рекуррентной внутрибрюшной инфекции.

- АБТ является основным методом лечения экстраабдоминальных госпитальных инфекций (нозокомиальная пневмония, уроинфекция и т.д.) при условии устранения причины ее развития.

- АБТ в отличие от других видов медикаментозной терапии имеет определенную направленность — специфическое действие против основных возбудителей АС. В связи с этим действие антибактериального препарата зависит от его адекватной пенетрирующей способности в отношении инфицированных очагов, т.е. от создания оптимальной концентрации в очаге воспаления или деструкции, что определяется фармакодинамической характеристикой антибиотика.

- При проведении АБТ необходимо учитывать потенциальные побочные и токсические реакции препарата, а также тяжесть основной и сопутствующей патологии больного.

Решающую роль для результатов комплексного лечения АС играет адекватная эмпирическая терапия.

Выбор эмпирической АБТ базируется на следующих факторах:

- конкретная клиническая ситуация с учетом этиологии, локализации и длительности патологического процесса, что позволяет с достаточной вероятностью определить микробиологическую структуру инфекции;

- интраоперационные находки, в т. ч. характеристика перитонеального экссудата;

- наличие у больного факторов риска и сопутствующих заболеваний, оценка полиорганной дисфункции;

- микробиологический "пейзаж" отделения и клиники;

- информация о резистентности возбудителей к антибиотикам.

Эмпирическая АБТ базируется на данных о полимикробной этиологии абдоминальной инфекции с участием энтеробактерий и анаэробных микроорганизмов. Эффективная борьба с этими возбудителями может быть достигнута с помощью двух тактических приемов: комбинированной или монотерапии. Широкое использование комбинированной АБТ обосновывается следующими предпосылками: широта спектра антимикробного действия; создание синергического эффекта в отношении слабочувствительных микроорганизмов; блокада или торможение развития резистентности микрофлоры; снижение риска рецидивов заболевания и суперинфекции.

В отделении хирургических инфекций ИОНХ АМНУ широко используются следующие схемы эмпирической АБТ АС: аминогликозид III + пиперациллин или азлоциллин; аминогликозид III + цефалоспорины III, IV; аминогликозид III + фторхинолоны III в сочетании с антианаэробным препаратом имидазолового ряда. В ряде случаев в качестве эмпирической монотерапии применяются пиперациллин/тазобактам, тикартициллин/клавулонат или карбапенемы. После идентификации возбудителя назначаются антимикробные препараты согласно чувствительности.

В терапии АС основным путем введения антибактериальных препаратов является парентеральный. Пероральные препараты назначают в дополнение к парентеральным, что относится к режиму селективной деконтаминации кишечника, противогрибковым препаратам и производным имидазола.

Необходимость смены режима АБТ может возникнуть: в случаях получения данных о резистентности микрофлоры к антибиотикам; при отсутствии клинического эффекта от терапии в течение четырех дней при условии адекватной санации очага инфекции; при повторной хирургической операции.

Клинико-лабораторные критерии эффективности АБТ у больных с АС включают:

- снижение температуры;
- уменьшение лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига;

- регресс других симптомов системной воспалительной реакции;

- улучшение показателей газового состава крови, возможность "отлучения" больного от ИВЛ;

- регресс абдоминальной симптоматики;

- элиминация возбудителя из очага инфекции.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Гусак И.В., Иванова Ю.В.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

Основной целью инфузионной терапии (ИТ) у больных с абдоминальным сепсисом (АС) является поддержание адекватного соотношения доставки и потребления кислорода, как системного, так и регионарного. Именно ИТ является первоначальным мероприятием поддержа-

ния гемодинамики и прежде всего сердечного выброса. При тяжелом АС и особенно септическом шоке возникает гиповолемия как следствие потерь жидкости, перераспределения объема циркулирующей крови с централизацией кровообращения и синдромом "капиллярной

утечки", что является по классификации Dargow "емкостным шоком". Именно поэтому ИТ за счет увеличения ОЦК и преднагрузки приводит к повышению сердечного выброса. При реализации этих задач и выборе инфузионных сред при АС необходимо учитывать многофакторный характер нарушений, вызванных септической системной воспалительной реакцией. Кроме снижения венозного возврата и преднагрузки, обусловленных вазодилатацией и секвестрацией крови, синдром "капиллярной утечки" приводит к экстравазации не только жидкости, но и коллоидных компонентов плазмы.

Препараты для ИТ при АС должны: быстро возмещать потерю ОЦК; восстанавливать гемодинамическое равновесие; коррегировать микроциркуляцию; иметь достаточно длительное время пребывания в сосудистом русле; улучшать реологию крови; улучшать доставку кислорода и других компонентов, а также тканевой обмен и функционирование органов; легко метаболизироваться, не накапливаясь в тканях, легко выводиться и хорошо переноситься; оказывать минимальное воздействие на иммунную систему.

В качестве средств замещения потерянного объема крови используют растворы кристаллоидов, а также природных и искусственных кристаллоидов. У больных с АС использование природных или некоторых видов искусственных кристаллоидов (растворов желатина или декстрана) может оказать неблагоприятное действие. В связи с этим при выраженном повышении проницаемости капилляров рекомендуем вначале применение растворов кристаллоидов, а затем, после улучшения клинической картины и водно-электролитного баланса, введение синтетических коллоидов, которые обеспечивают создание необходимого онкотического давления, отток избытка жидкости из интерстициального пространства и поддержания объема циркулирующей жид-

кости. На наш взгляд, препараты гидроксипропилкрахмала (ГЭК) по своим коллоидно-осмотическим свойствам приближаются к раствору альбумина человека, но при этом обладают длительным веномическим действием и улучшают состояние как макро- так и микроциркуляции, т.е. отвечают требованиям, предъявляемым к плазмозамещающим средствам при АС. Помимо этого, растворы ГЭК имеют следующие позитивные свойства: предотвращение развития синдрома "капиллярной утечки"; модуляция действия циркулирующих адгезивных молекул; экспрессия поверхностных агентов моноцитов периферической крови; активация системы комплемента.

Таким образом, преимуществами растворов ГЭК в комплексной терапии АС являются:

- коррекция системного центрального кровотока и периферической микроциркуляции, что позволяет в 2 раза уменьшить объем вводимой жидкости, поддерживать адекватный ОЦК, коррегировать систему микроциркуляции (в том числе и в зоне оперативного вмешательства), создавать кровосберегающий эффект в объеме микроциркуляции или умеренной гиповолемической интраоперационной гемодилюции;
- коррекция системы микроциркуляции на операции позволяет снизить риск развития тромбоэмболии;
- отсутствие эффекта проницаемости капиллярной мембраны позволяет снизить частоту послеоперационных пневмоний и выраженность синдрома острого повреждения легких, повреждения интерстиция при АС и септическом шоке;
- меньшая вероятность анафилактической реакции, уменьшение гистаминолиберации и связанных с ней проблем (гипотония при длительных оперативных вмешательствах, интраоперационный отек области анастомозов и т.д.).

СИСТЕМА ЗСІДАННЯ КРОВІ ТА ФІБРИНОЛІЗУ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОВЕННИХ ІНФУЗІЙ НОВОГО ПРЕПАРАТУ КСИЛАТ

Дзись Р.П.

Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, Львів

Ксилат — засіб для зменшення інтоксикації, покращення мікроциркуляції, корекції кислотно-основного стану, поліпшення гемодинаміки, розроблено в Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН України.

Основними фармакологічно діючими речовинами в препараті є п'ятиатомний спирт ксиліт і залужуючий засіб сповільненої дії натрію ацетат.

Метою дослідження є вивчення впливу внутрішньовенних інфузій препарату Ксилат на систему зсідання крові та фібринолізу в онкологічних хворих після операцій на органах черевної порожнини в ранньому післяопераційному періоді.

Клінічне застосування препарату Ксилат проведено в 50 онкологічних хворих. Ксилат вводили внутрішньовенно, протягом 3 днів. Добова доза препарату становила 600,0 мл.

Дослідження показників системи зсідання крові та фібринолізу — протромбінового часу плазми, с; протромбінового індексу, %; гепаринового часу, хв; часу рекальцифікації, с; фібриногену, мкмоль/л; фібринолізу, год проводили до і через 3 дні після внутрішньовенних інфузій Ксилату.

Аналіз отриманих даних коагулограм показав, що внутрішньовенні інфузії Ксилату не призводять до подовження протромбінового часу плазми. У показниках системи зсідання крові онкологічних хворих не виявлено подовження протромбінового індексу, який характеризує процес перетворення протромбіну в тромбін. У дослідженнях не спостерігається скорочення гепаринового часу, тобто не підвищувалася толерантність плазми до гепарину. Не виявлено подовження часу рекальцифікації. Інфузійна терапія препаратом Ксилат не призводить до зменшення кількості фібриногену та подовження часу фібринолізу.

Отже, повторні внутрішньовенні інфузії препарату Ксилат не призводять до змін у показниках системи зсідання крові та фібринолізу.

Багаторазові внутрішньовенні інфузії Ксилату легко переносяться онкологічними хворими, побічної дії у процесі введення і після закінчення вливань не спостерігалось.

Препарат Ксилат затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 14.05.04 № 241. Реєстраційне посвідчення № UA / 1070 / 01 / 01.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТУ РЕОСОРБІЛАКТ В ІНФУЗІЙНІЙ ТЕРАПІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ІЗ СПЛЕНЕКТОМІЄЮ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Дзись Р.П., Кондрацький Б.О., Дзів М.П., Вовк І.В., Євстахевич І.Й., Примак С.В., Дорошенко Л.Г., Карпович Є.П., Чабан В.Є., Литвинчук Л.М.

Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, Львів

Реосорбілакт — засіб реологічної, дезінтоксикаційної, протишокової дії та корекції кислотно-лужного стану, розроблено в Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН України.

Основними фармакологічно діючими речовинами препарату є шестиатомний спирт сорбітол в ізотонічній концентрації та залужнюючий компонент сповільненої дії натрію лактат.

Метою дослідження є вивчення впливу внутрішньовенних інфузій препарату Реосорбілакт на показники водно-електролітного обміну онкологічних хворих після гастректомії одночасно із спленектомією у ранньому післяопераційному періоді.

Реосорбілакт вводили внутрішньовенно, крапельно протягом 5 діб. Добова доза препарату становила 800,0 мл. Клінічне застосування препарату Реосорбілакт проведено в 20 онкологічних хворих після гастректомії із спленектомією у ранньому післяопераційному періоді. Дослідження показників водно-електролітного обміну онкологічних хворих проводили до і через 5 діб після внутрішньовенних інфузій Реосорбілакту.

Результати досліджень показали, що в онкологічних хворих після гастректомії одночасно із спленектомією виявлено зниження електролітів крові — калію, натрію, хлоридів. Після внутрішньовенних інфузій Реосорбілакту, які проводили протягом 5-и діб спостерігається і-

с-тотне підвищення вмісту натрію, калію, хлоридів у крові оперованих хворих.

Отже, багаторазові внутрішньовенні інфузії Реосорбілакту нормалізують показники водно-електролітного обміну після гастректомії одночасно із спленектомією в ранньому післяопераційному періоді. Нормалізація водно-електролітного обміну пояснюється тим, що до складу застосованого препарату Реосорбілакт входять іони натрію, калію, хлору.

В оперованих хворих не виявлено підвищення артеріального тиску і не відзначено збільшення кількості серцевих скорочень після внутрішньовенних інфузій Реосорбілакту. Багаторазові внутрішньовенні інфузії Реосорбілакту легко переносяться онкологічними хворими, побічної дії в післяінфузійному періоді не спостерігалось.

За даними клінічних спостережень інфузії Реосорбілакту сприятливо впливають на перебіг раннього післяопераційного періоду в онкологічних хворих після гастректомії одночасно із спленектомією. В оперованих хворих значно зменшується кількість післяопераційних ускладнень, скорочується термін перебування на стаціонарному лікуванні.

Інструкція для медичного застосування препарату Реосорбілакт затверджена наказом МОЗ України № 610 від 09.12.2004 року, реєстраційне посвідчення № UA/2399/01/01/.

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОВЕННИХ ІНФУЗІЙ ПРЕПАРАТУ СОРБІЛАКТ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ СТРАВОХОДУ

Дзись Р.П., Кондрацький Б.О., Дзів М.П., Вовк І.В., Євстахевич І.Й., Примак С.В., Дорошенко Л.Г., Карпович Є.П., Чабан В.Є., Литвинчук Л.М.

Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, Львів

Сорбілакт — комплексний препарат поліфункціональної дії, основними фармакологічно діючими речовинами є сорбітол у гіпертонічній концентрації і залужнюючий компонент сповільненої дії натрію лактат в ізотонічній концентрації та електроліти натрію, калію, кальцію, магнію, хлориди у фізіологічно збалансованому співвідношенні, розроблений в Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН України.

Метою дослідження є вивчення біохімічних показників крові в онкологічних хворих після резекції стравоходу за умови внутрішньовенних інфузій препарату Сорбілакт у ранньому післяопераційному періоді.

Клінічне застосування препарату Сорбілакт проведено у 80 онкологічних хворих після резекції стравоходу в ранньому післяопераційному періоді. Сорбілакт вводили внутрішньовенно з швидкістю 50 крапель за хвилину протягом 4–5 діб. Добова доза препарату становила 800,0 мл. Дослідження біохімічних показників крові оперованих хворих здійснювали до початку про-

ведення інфузійної терапії і на 5-ту добу після внутрішньовенних інфузій Сорбілакту.

Клінічні дослідження показали, що за даними показниками артеріального тиску порушень гемодинаміки не спостерігалось. При дослідженні кількості серцевих скорочень за хвилину при внутрішньовенному введенні Сорбілакту, прискорення їх числа або сповільнення не виявлено. Спостереження за динамікою температури тіла онкологічних хворих до інфузій, та після закінчення уведення свідчить, що препарат Сорбілакт не викликав у жодного хворого пірогенної або алергічної дії. Толерантність хворих до уведеного Сорбілакту була доброю. У процесі уведення хворі не мали ніяких неприємних відчуттів, ранні і пізні побічні явища не спостерігалися. Повільне уведення не більше 50 крапель за хвилину сприяло кращому засвоєнню препарату і підвищувало ефективність інфузійної терапії.

Результати біохімічних досліджень показали, що в онкологічних хворих після резекції стравоходу спостеріга-

ються зміни біохімічних показників, які характеризуються зниженням загального білку крові, підвищенням вмісту цукру, концентрації сечовини і креатиніну крові оперованих хворих у ранньому післяопераційному періоді. Повторні біохімічні дослідження на 5-ту добу після проведеної інфузійної терапії із застосуванням Сорбілакту показали істотне підвищення загального білку крові, зниження вмісту цукру, концентрації сечовини та креатиніну крові оперованих хворих у ранньому післяопераційному періоді.

Отже, багаторазові внутрішньовенні інфузії Сорбілакту призводять до нормалізації біохімічних показників крові онкологічних хворих після резекції стравоходу в ранньому післяопераційному періоді.

Інструкція для медичного застосування препарату Сорбілакт затверджена наказом МОЗ України №610 від 09.12.2004 р., реєстраційне посвідчення № UA/2401/01/01.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МОНОТЕРАПІЇ ГАТІФЛОКСАЦИНОМ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НЕТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Дзюблик О.Я., Мухін О.О., Капітан Г.Б., Сухін Р.Є.

Державна установа "Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

Мета роботи — вивчити ефективність та безпеку монотерапії гатіфлоксаціном в лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію (НП) нетяжкого перебігу.

Об'єкт та методи дослідження — 15 хворих на НП у віці від 45 до 65 років (у середньому 60,1±11,2 року), які перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні ГВКГ МО України. Діагноз НП був підтверджений за даними рентгенологічного дослідження — у 73% хворих запальний процес в легенях локалізувався в межах однієї частки, у 27% — мало місце багатодольова однобічна пневмонія. Відповідно до Наказу №128 від 19.03.2007 р. МОЗ України всі хворі належали до III групи — госпіталізовані у терапевтичне відділення з нетяжким перебігом НП. У 6,7% пацієнтів в анамнезі була непереносимість бета-лактамів, у 26,7% — неефективна попередня антибактеріальна терапія незахищеними амінопеніцилінами або макролідами.

Усім хворим емпірично (до отримання результатів бактеріологічного дослідження) призначалась ступінчаста монотерапія гатіфлоксаціном — внутрішньовенне введення препарату Бігафлон (виробництво "Юрія-Фарм", Україна) в дозі 400 мг 1 раз на добу протягом перших 3 днів лікування з подальшим пероральним прийомом препарату Тебріс (виробництва "Мілі", Великобританія) у дозі 400 мг 1 раз на добу на протязі 7–10 днів. Оцінку клінічної ефективності терапії проводили через 48 год та 7–10 та 15–21 день від початку лікування за результатами клінічного та інструментального обстеження хворих (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові (рівень білірубину, креатиніну, активність трансаміназ), мікробіологічне дослідження мокротиння, ЕКГ, рентгенографія органів грудної клітки). Безпеку терапії оцінювали за частотою виникнен-

ня небажаних явищ та змінами показників лабораторних досліджень. Робота виконувалася на кошти держбюджету.

Результати дослідження. Мікробіологічне дослідження мокротиння на початку дослідження проведено 12 хворим. Виділено 9 штамів: *S. pneumoniae* — у 5 хворих, *H. influenzae* — у 2, *K. pneumoniae* — у 1, *S. aureus* — у 1. Усі виділені штами збудників були чутливі до препарату дослідження.

Через 48–72 год від початку лікування у всіх пацієнтів відзначена істотне клінічне покращення — зниження або нормалізація температури тіла, зменшення проявів інтоксикаційного та респираторного синдромів, а також фізикальних та лабораторних даних запалення, що дало підставу для продовження призначеної антибактеріальної терапії перорально.

Аналіз динаміки клініко-лабораторних даних по закінченню антибактеріального лікування на 7–10 добу свідчить, що у більшості хворих (86,7%) досягнуто позитивного результату (покращання або видужання). За даними рентгенологічного дослідження повне зникнення інфільтративних змін у легенях на 10–14 день від початку лікування відзначили у 73,3% хворих, у решти — на 21–28 добу.

Всі хворі добре переносили призначене лікування. Небажані явища (незначне підвищення рівня трансаміназ та креатиніну, які не потребували зміни терапії) зареєстровано лише у 6,7% хворих.

Висновки. Отримані результати свідчать про високу клінічну ефективність та безпечність ступінчастої монотерапії гатіфлоксаціном в лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію нетяжкого перебігу, які потребують госпіталізації у терапевтичне відділення.

ЗАСТОСУВАННЯ СТУПІНЧАТОЇ ТЕРАПІЇ ЛЕВОФЛОКСАЦИНОМ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Дзюблик О.Я., Недлінська Н.М., Капітан Г.Б., Клягін В.Я.

Державна установа "Національний Інститут фізотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

Мета роботи — вивчити ефективність та безпеку ступінчастої терапії левофлораксацином в лікуванні хворих з інфекційним загострення (ІЗ) хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) тяжкого перебігу.

Об'єкт та методи дослідження — 17 хворих з ІЗ ХОЗЛ І–ІІ типу за N.R. Anthonisen та співавторами (1987) у віці від 50 до 85 років (у середньому 69,1±12,4 року). Відповідно до Наказу №128 від 19.03.2007 р. МОЗ України у 12 (70,6%) хворих діагностовано тяжкий перебіг захворювання (ІІІ стадія ХОЗЛ) та у 5 (29,4%) — дуже тяжкий перебіг (ІV стадія). Пацієнти з попередньо призначеною антибактеріальною терапією у дослідження не включались.

Усім хворим на фоні посиленої базисної терапії ХОЗЛ (системні та/або інгаляційні глюкокортикостероїди, бронхолітики, мукорегулятори) та терапії супутньої патології емпірично призначалась ступінчата терапія левофлораксацином — внутрішньовенне введення препарату Лефлорин (виробництво "Юрія-Фарм", Україна) в дозі 500 мг 1 раз на добу протягом перших 3 днів лікування з подальшим пероральним прийомом препарату Таванік (виробництва "Sanofi-Avensis", Франція) у дозі 500 мг 1 раз на добу на протязі 7–10 днів

Оцінку клінічної ефективності терапії проводили через 48 год та 7–10 день від початку лікування за результатами клінічного та інструментального обстеження хворих (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові (рівень білірубину, креатиніну, активність трансаміназ), мікробіологічне дослідження мокротиння, спірометрія, ЕКГ, рентгенографія органів грудної клітки). Безпеку терапії оцінювали за частотою виникнення небажаних явищ та змінами показників лабораторних досліджень. Робота виконувалась на кошти держбюджету.

Результати дослідження. Мікробіологічне дослідження мокротиння на початку дослідження проведено

15 хворим. Виділено 13 штамів (у 86,7% хворих). Найбільшу етіологічну значущість серед бактеріальних збудників мали *H. influenzae* — у 46,7% випадків, *S. pneumoniae* — у 20%, *K. pneumoniae* — у 13,3%, *M. catarrhalis* — у 13,3%, *E. coli* — у 6,7%, *S. aureus* — у 6,7%. Всі виділені штами були чутливі до препарату дослідження, у 5,8–87,5 % мікрорганізмів виявили резистентність до природних і синтетичних пеніцилінів та макролідів.

Через 48–72 год від початку антибактеріальної терапії у всіх пацієнтів спостерігалась суттєва позитивна динаміка основних клінічних ознак ІЗ ХОЗЛ — покращання загального стану, зменшення проявів інтоксикації, зниження температури тіла, вираженості задишки, інтенсивності кашлю, кількості та гнійності мокротиння, що дало підставу для продовження призначеної антибіотикотерапії перорально. По закінченню антибактеріального лікування на 7–10 добу наявна симптоматика захворювання відповідала вихідному рівню (до загострення) у 14 хворих, що свідчило про досягнення повного клінічного видужання (фази ремісії) у (82,4±9,2) % хворих. У решти хворих (17,6±9,2) визначили наявність клінічного покращання (фази неповної ремісії). Всі хворі добре переносили призначене лікування. Небажані явища (незначне підвищення рівня трансаміназ та креатиніну, які не потребували зміни терапії) зареєстровано лише у 5,8% хворих.

Повторне мікробіологічне дослідження мокротиння хворих на 10–15 добу спостереження свідчило про ерадикацію патогенів у 82,4% хворих, у 17,6% виявлено ріст сапрофітної мікрофлори в діагностично незначущому титрі.

Висновки. Отримані результати свідчать про високу клінічну і мікробіологічну ефективність, а також безпечність ступінчастої терапії левофлораксацином в лікуванні хворих з інфекційним загострення ХОЗЛ.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММИРОВАННОЙ ИНФУЗИИ ГЕКОДЕЗА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дмитриев Д.В., Берцун К.Т., Машницька Т.В., Любаренко Н.В.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

Целью исследования является анализ клинического опыта использования программированной инфузии гекодеза при острой интраоперационной кровопотери у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ протоколов анестезиологического обеспечения у 21 пациента в возрасте от 24 час до 1 мес при различных видах оперативного лечения с объемом кровопотери более 5–10% ОЦК, из них с кишечной непроходимостью — у 12 детей, диафрагмальной грыжей — у

6, гастрошизисом — у 3. В схеме трансфузионной терапии острой интраоперационной кровопотери в основной группе (n=11) применялась программированная инфузия гекодеза. Инфузию препарата проводили по следующей схеме: во время операции гекодез вводили в дозе 2–3 мл/кг/час, на 1–6 часу после операции — 1–2 мл/кг/час, на 6–24 часу после операции — 1 мл/кг/час. Введение препарата проводилось с помощью шприцевой инфузионной помпы АТЕС 2015. В контрольной группе (n=10) использовалась традиционная трансфу-

зионная терапия с применением свежемороженой плазмы в возрастных дозировках. Пациенты обеих групп коррелировались по возрасту, массе тела, виду оперативных вмешательств, тяжести состояния (по версии ASA III–IV). Премедикация, миоплегия, анестезия и параметры ИВЛ в контрольной и основной группах были идентичны. Учитывали АД, ЧСС, SpO₂ ("Datascop", Япония), температуру тела и данные клинично-лабораторного мониторинга — Hb, газы крови, общий белок.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов исследования выявил незначительное отличие в исходных показателях в основной и контрольной группах. При применении гекодеза в основной группе значение SaO₂ было 94,3±1,2%, АД систолического — 87,2±4,1 мм рт.ст., АД диастолического — 62,1±2,1 мм рт.ст., ЧСС — 132±10,3 уд/мин, Hb — 123,4±8,2 г/л, содержание общего белка — 65,2±3,2 г/л, другие биохимические показатели крови, показатели газообмена оставались стабильными в пределах возрастной

нормы. У больных контрольной группы SaO₂ находилась в пределах 91,3±1,7%, АД систолического 82,2±5,4 мм рт.ст., АД диастолического 61,2±4,2 мм рт.ст., ЧСС 123,0±15,1 уд/мин. У 12% больных контрольной группы отмечалась выраженная гипертермическая реакция, у 5% — аллергическая сыпь по типу крапивницы. У больных основной группы побочных реакций не выявлено. Анализ интраоперационного инфузионного обеспечения позволил выявить достоверное снижение числа осложнений в основной группе, в отличие от контрольной.

Выводы. Использование программированной инфузии гекодеза в условиях интраоперационной кровопотери является патогенетически обоснованной альтернативой применению препаратов кровозаменителей. Применение гекодеза позволяет минимизировать, а в некоторых случаях и отказаться от использования компонентов крови, что приводит к уменьшению числа осложнений, связанных с трансфузией.

РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ОТРИМАННЯ ВИСОКООЧИЩЕНОГО ВІРУСІНАКТИВОВАНОГО ФАКТОРА ІХ МЕТОДОМ ХРОМАТОГРАФІЇ НА МОДИФІКОВАНИХ КРЕМНЕЗЕМНИХ НОСІЯХ

Дульцева Н.А., Орлова Л. В., Вус М.М.

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

Вивчення властивостей антигеомофільного фактора ІХ, який належить до класу серинових протеїназ трипсинового типу плазми крові та приймає участь у системі згортання крові людини, пов'язане з його виділенням і антивірусною обробкою з метою отримання лікарських препаратів що застосовують у практиці трансфузійної медицини.

Хроматографічні методи, такі як іонообмінна та афінна хроматографія, є найбільш ефективними при отриманні високоочищених препаратів серинових протеїназ.

Мета роботи — розробка технології отримання очищеного препарату фактора ІХ з продуктів субфракціонування плазми крові, яка б поєднувала високоєфективні методи вірусної інактивації з хроматографічними методами очистки на модифікованих активними барвниками кремнеземних матриць.

Сировиною для отримання препаратів були фракції II + III або III плазми крові за Коном. У роботі використовували такі матеріали та реактиви: тритон X-100, три(*n*-бутил)фосфат, тріс-оксиметиламінометан, додецидисульфат натрію, N,N,N',N'-тетраметил-етилендіамін, поліетиленгліколь ПЕГ-6000, мертіолат, кумасі бриліантовий голубий G-250 і R-250, N,N-метиленбісакриламід, акриламід, персульфат амонію, силохром 500/80 амінопропіловий, активні барвники, інші реактиви кваліфікації "чда" та "хч".

З метою отримання високоочищеного препарату фактора ІХ у нашій лабораторії створена технологія, яка полягає у попередньому сольовому фракціонуванні та осадженні поліетиленгліколем концентрованих білкових розчинів із фракції II + III або III за Коном плазми крові, сольвент-детергентній обробці, з наступними виділенням та очисткою препарату методом біоспецифічної хроматографії.

У лабораторії розроблена схема синтезу афінних сорбентів на основі макропористих кремнеземних носіїв та активних барвників у якості лігандів. Для неорганічних сорбентів характерним є ряд перваг порівняно з органічними матрицями. Вони біологічно стійкіші, що дозволяє працювати при підвищеному тиску процесу виділення, і, відповідно, при вищій швидкості елюції готового препарату.

Методом електрофорезу в поліакриламідному гелі був проведений якісний аналіз отриманих препаратів у порівнянні з комерційним IMUNINE 200 (Baxter, Австрія), що застосовують у лікуванні гемофілії В.

У результаті проведених досліджень виявлено, що кремнеземні сорбенти є ефективними матрицями не тільки для хроматографічного виділення і очищення білкових речовин, а також для видалення вірус-інакуючих агентів, що застосовують в процесі виробництва досліджуваних білкових препаратів, зокрема, фактора згортання ІХ.

РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ОТРИМАННЯ ВИСОКООЧИЩЕНОГО ВІРУСІНАКТИВОВАНОГО ФАКТОРА ІХ МЕТОДОМ ХРОМАТОГРАФІЇ НА МОДИФІКОВАНИХ КРЕМНЕЗЕМНИХ НОСІЯХ

Дульцева Н.А., Орлова Л. В., Вус М.М.

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

Вивчення властивостей антигемофільного фактора ІХ, який належить до класу серинових протеїназ трипсинового типу плазми крові та приймає участь у системі згортання крові людини, пов'язане з його виділенням і антивірусною обробкою з метою отримання лікарських препаратів що застосовують у практиці трансфузійної медицини.

Хроматографічні методи, такі як іонообмінна та афінна хроматографії, є найбільш ефективними при отриманні високоочищених препаратів серинових протеїназ.

Мета роботи — розробка технології отримання очищеного препарату фактора ІХ з продуктів субфракціонування плазми крові, яка б поєднувала високоефективні методи вірусної інактивації з хроматографічними методами очистки на модифікованих активними барвниками кремнеземних матриць.

Сировиною для отримання препаратів були фракції ІІ + ІІІ або ІІІ плазми крові за Коном. У роботі використовували такі матеріали та реактиви: тритон Х-100, три(*n*-бутил)фосфат, тріс-оксиметиламінометан, додецидисульфат натрію, N,N,N',N'-тетраметил-етилендіамін, поліетиленгліколь ПЕГ-6000, мертіолат, кумасі бриліантовий голубий G-250 і R-250, N,N-метиленбісакриламід, акриламід, персульфат амонію, силохром 500/80 амінопропіловий, активні барвники, інші реактиви кваліфікації "чда" та "хч".

З метою отримання високоочищеного препарату фактора ІХ у нашій лабораторії створена технологія, яка полягає у попередньому сольовому фракціонуванні та осадженні поліетиленгліколем концентрованих білкових розчинів із фракції ІІ + ІІІ або ІІІ за Коном плазми крові, сольвент-детергентній обробці, з наступними виділенням та очисткою препарату методом біоспецифічної хроматографії.

У лабораторії розроблена схема синтезу афінних сорбентів на основі макропористих кремнеземних носіїв та активних барвників у якості лігандів. Для неорганічних сорбентів характерним є ряд переваг порівняно з органічними матрицями. Вони біологічно стійкіші, що дозволяє працювати при підвищеному тиску процесу виділення, і, відповідно, при вищій швидкості елюції готового препарату.

Методом електрофорезу в поліакриламідному гелі був проведений якісний аналіз отриманих препаратів у порівнянні з комерційним IMUNINE 200 (Baxter, Австрія), що застосовують у лікуванні гемофілії В.

У результаті проведених досліджень виявлено, що кремнеземні сорбенти є ефективними матрицями не тільки для хроматографічного виділення і очищення білкових речовин, а також для видалення вірус-інактивуючих агентів, що застосовують в процесі виробництва досліджуваних білкових препаратів, зокрема, фактора згортання ІХ.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІН'ЄКЦІЙНОГО МАКРОЛІДА СУМАМЕД-PLIVA В ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ СЕРЕДНЬОЇ ВАЖКОСТІ

Дутка Р.Я.², Короткий В.В.², Новосад А.Б.¹, Тичініна І.А.², Короткий О.В.²

¹Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Нами у 15 дорослих пацієнтів обох статей з рентгенологічно підтвердженою негоспітальною пневмонією середньої важкості був застосований ін'єкційний препарат Сумамед фірми Pliva.

Серед симптомів ураження нижніх дихальних шляхів у пацієнтів з пневмонією спостерігали: кашель (у 10% пацієнтів), лихоманку (у 87,3%), задишку (у 53,2%), інтоксикацію (у 92%), хрипи, крепітацію, шум тертя плеври (у 89,3%), лейкоцитоз з зсувом лейкоцитарної формули (у 40,3%), прискорену ШОЕ (у 68,3%).

Сумамед призначали за ступеневою схемою: протягом 3–4-х днів препарат вводили внутрішньовенно крапельно один раз на добу в дозі 500 мг (розчиненого в 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду). Далі після покращення стану пацієнта, яке супроводжувалось зниженням температури тіла, задишки, зменшення ступеня інтоксикації, хворих переводили на пероральний прийом

препарату в дозі 500 мг одноразово на добу протягом 5 днів.

Позитивна клінічна і лабораторна динаміка симптомів відмічалась вже на 3–5-й день лікування. Це проявлялось зменшенням кашлю і задишки в середньому на 40–45% від попередніх проявів, нормалізацією температури тіла у 89% пацієнтів, зниженням ознак інтоксикації (загальна слабкість, пітливість, швидка втома) у 73% пацієнтів. На 8–10-й день повністю зникла задишка, нормалізувалась або мала позитивну динаміку рентгенологічна картина в легенях і показники загальної аналізу крові.

Слід відмітити, що суттєвих побічних ефектів у пацієнтів ми не спостерігали. Препарат добре переноситься хворими і є високоефективним антибактеріальним препаратом для лікування хворих на негоспітальну пневмонію 2–3 клінічної групи.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дынный О.Б., Мостовой С.Е., Бараненко В.М.

*Медицинское научно-практическое объединение "Медстрой"
Институт физиологии им. акад. А.А. Богомольца, НАНУ*

Введение. С позиций доказательной медицины сегодня актуально объективизировать нарушения системы микроциркуляции (ведущего звена в обеспечении гемато-паренхиматозного обмена) инструментальными методами. Не менее важно доказать эффективность инфузионной терапии микроциркуляторных расстройств при наиболее распространенных заболеваниях, поражающих миллионы человек.

Цель работы: изучить возможности контроля коррекции расстройств микроциркуляции (МЦ) реосорбилактом у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ДЗП), и у больных с хронической венозной недостаточностью вен нижних конечностей (ХВН НК) с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАКК-02 (Россия), цифровой компьютерной капилляроскопии (ЦКК) на капилляроскопе оригинальной конструкции на базе микроскопа "ЛОМО-5", а также капиллярорезистометрии (КРМ).

Материалы и методы. Обследованы 26 пациентов (средний возраст $43,5 \pm 8,1$ года). 1 группа — 10 больных с ХВН НК, 2 группа — 16 лиц с ДЗП (хронический вирусный гепатит С или В, хр. алкогольный и неалкогольный стеатогепатит). Контрольная группа — 30 здоровых (средний возраст $33,6 \pm 6,0$ года). Диагноз подтверждали клинико-лабораторные исследования, дуплексное ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, органов гепатобилиарной зоны и спланхического кровотока на аппарате EnVisor С HD и HD11, фирмы Philips. Реосорбилакт в дозе 6–8 мл/кг массы тела вводили в/в капельно в локтевую вену. Исследовали МЦ до и после инфузии.

Результаты исследования. Исходно в обеих группах больных отмечалось существенное нарушение МЦ. По данным ЦКК у 70% больных с ХВН НК ($n=7$), а также 68,7% ($n=11$) больных ДЗП выявлены разнообразные нарушения картины МЦ: патологическая извитость капилляров у 72,3% ($n=8$), расширение перикапиллярной зоны у 18% ($n=2$) и стаз эритроцитов с расширением венозного отдела МЦР у 45,5% ($n=5$). По данным капиллярорезистометрии у 87% ($n=14$) пациентов ДЗП, а также у 80% больных ($n=8$) с ХВН НК выявлены расстройства микроциркуляции методом капиллярорезис-

тометрии. Количество петехий в контрольной группе было достоверно меньше чем в группе больных. У пациентов ДЗП количество петехий на 5 мин пробы после инфузии реосорбилакта достоверно уменьшалось с $16,3 \pm 5,1$ до $10,7 \pm 1,8$ ($p < 0,05$) в группе ДЗП и с $12,5 \pm 3,1$ до $8,2 \pm 2,0$ ($p < 0,05$) в группе ХВН НК. По данным ЛДФ у пациентов обеих групп после введения реосорбилакта отмечались достоверные увеличения значений параметров ЛДФ: показателя микроциркуляции (ПМ), максимальной амплитуды эндотелиальных (АmaxЕ) и миогенных (АmaxМ) флуксуций. ($p < 0,05$). Кроме того, во 2 группе отмечалось увеличение показателей максимальной амплитуды нейрогенных (АmaxN) флуксуций. Амплитуда сердечных колебаний (АmaxС) существенно возросла в 1 группе, а во 2 отмечена лишь тенденция к возрастанию.

Вывод. Капиллярорезистометрия при стандартизованном подходе позволяет выявить поражение эндотелия у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени, а также ХВН НК и осуществить простой и надежный контроль хода лечения. Метод ЛДФ может иметь важное диагностическое значение для исследования состояния различных уровней регуляции МЦР у пациентов с диффузной патологией печени и ХВН НК и важен для динамического наблюдения за контролем эффективности назначаемого лечения. Препарат реосорбилакт после внутривенной инфузии по данным ЛДФ и КРМ достоверно улучшает состояние МЦР кожи при диффузных заболеваниях печени и ХВН НК. Капилляроскопия позволяет выявить структурно-функциональные нарушения в микроциркуляторном русле: увеличение перикапиллярной зоны и патологическую извитость капиллярных петель в коже, как проявление ремоделирования при хронических диффузных заболеваниях печени и ХВН НК. Комплекс методов (капиллярорезистометрия, цифровая капилляроскопия, ЛДФ) в клинической практике может быть применен для инструментальной объективизации нарушений структуры и функции системы микроциркуляции и служить контролем коррекции этих расстройств у больных с ДЗП, а также ХВН НК при инфузионной терапии.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ ФАКТОРА VII ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Дяків Х.І., Даниш Т.В.

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

Фактор VII (FVII) є вітамін К-залежним глікопротеїном, що синтезується в печінці і циркулює в крові у вигляді однопептидного неактивного зимогену з молекулярною масою 50 кД. Серед коагуляційних протеїнів FVII має найкоротший період півжиття (близько 2–3 год) і циркулює в крові в дуже малих концентра-

ціях — 0,5 мкг/мл. При пошкодженні судинної стінки зв'язаний з мембраною фосфоліпідний тканинний фактор (TF) утворює комплекс з фактором VII, переводячи його в активну форму FVIIa. Комплекс TF/FVIIa каталізує перехід факторів IX (FVIII) і X (FX) в їх активні форми (FIXa та FXa, відповідно), що ініціюють коагу-

ляцію по зовнішньому шляху. Оскільки активація FVII носить локальний характер (близько до місця пошкодження) застосування концентрату фактора, за винятком окремих випадків множинних пошкоджень, не викликає системної активації згортання крові.

Фактор VII використовують при кровотечах і операціях у хворих з гемофілією А або В з інгібіторами до факторів FVIII або IX (FIX), а також для лікування хворих з вродженим дефіцитом FVII.

На сьогодні існує декілька комерційних препаратів FVII: Factor VII компанії Bio Products Laboratory (Англія) і Baxter (Австрія), які одержують з плазми методом іоно-обмінної хроматографії, та FACTEUR VII компанії LFB (Франція), що очищують методами DEAE-

адсорбції та аніон-обмінної хроматографії. Також використовують рекомбінантний фактор VII NovoSeven виробництва Novo Nordisk (Данія). В Україні виробництво даного препарату відсутнє.

Співробітниками нашого інституту проводяться наукові дослідження по одержанню очищеного вірусінактивованого препарату фактора VII з продуктів субфракціонування плазми крові за Коном з використанням методу афінної хроматографії на кремнеземних носіях з біоімітуючими лігандами. Застосування даної технології дозволить в короткий термін (в один етап) одержувати високоочищені терапевтичні кількості вірусінактивованого препарату практично з утильної сировини станцій переливання крові.

ПРЕПАРАТ ЛЕФЛОЦИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ (ХОЗЛ)

Ефременко В.А., Цыба И.Н., Щукина Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Цель — изучить эффективность и безопасность применения отечественного препарата Лефлоцин у больных с обострением ХОЗЛ.

Материалы и методы: 30 пациентам с ХОЗЛ II—III стадии заболевания при бактериальном обострении назначали препарат Лефлоцин (500 мг в 100 мл 1 раз в сутки в течении 7—10 дней) в виде моно терапии. Средний возраст больных — 56,9 года, 80% обследованных — курильщики. Длительность заболевания более 10 лет.

Результаты: К 3—4 дню применения Лефлоцина у 90% больных значительно уменьшился кашель, количество отделяемой мокроты и изменился ее характер от

гнойной и слизисто-гнойной до слизистой. После проведенного лечения, отмечено улучшение бронхиальной проводимости на уровне бронхов всех калибров (на 5—10% по показателю O_{FV_1}), увеличение ЖЕЛ и ФЖЕЛ в пределах 7—11%.

Заключение: Широкий спектр и высокая антибактериальная активность, низкая вероятность развития резистентности микроорганизмов дают основание признать лефлоцин одним из наиболее современных противомикробных препаратов. Появление отечественных аналогов более доступных по цене и аналогичных по качеству позволило улучшить лечение тяжелых инфекций.

ИНФУЗИОННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛОР-ОНКОЛОГИИ

Запасный С.В

Коммунальное заведение "Черкасский областной онкологический диспансер"

Цель: оптимизировать результаты лечения и профилактики послеоперационных осложнений у больных, перенесших вмешательства на гортани и глотке на основе рационального использования антибактериальных препаратов в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: произведен анализ 20 случаев течения послеоперационного периода у онкологических больных, перенесших различные виды вмешательств на верхних дыхательных путях, а именно: резекции гортани, ларингэктомии, расширенные операции на гортани, фаринготомии. Учитывалось наличие у обследуемых пациентов как грамположительной, так и грамотрицательной микрофлоры и высокую ее чувствительность к антибиотикам фторхинолонового ряда, в связи с чем была использована базовая антибактериальная инфузионная терапия в следующем режиме: ципринол 200 мг 100,0 в/в кап 2 раза в день + метронидазол 500 мг 100,0 в/в кап 3 раза в день, гатимак 400 мг 3 раза в день в/в кап + мет-

ронидазол 500 мг 3 раза в день в/в кап (введение препаратов начиналось во время операции). Изучены особенности течения ран в послеоперационном периоде.

Результаты: средняя продолжительность инфузионной антибактериальной терапии составила 5 сут, с удобным режимом введения препаратов. При использовании инфузионной антибактериальной терапии отмечается сокращение сроков пребывания больного в стационаре за счет значительного уменьшения послеоперационных осложнений в виде нагноения ран, формирования фарингостом, ларингостом, шейно-трахеальных свищей.

Обсуждение: за последние годы расширились показания для проведения хирургических вмешательств по поводу злокачественных новообразований ЛОР-органов, объемы, меняется тактика, подходы к лечению данной патологии. При нерациональном использовании антибактериальных препаратов, усиливается резистент-

ность патогенной флоры, соответственно — увеличивает длительность лечения, возможность послеоперационных осложнений. Внедрение новых схем инфузионной антибиотикотерапии позволяет достичь максимальной концентрации препарата в послеоперационной зоне, что дает возможность сократить длительность лечения (антибактериальной терапии) до 5 дней.

Выводы: улучшение результатов лечения и профилактики осложнений в практической онкоотоларингологии связано с внедрением новых принципов антибактериальной терапии, учитывающих особенности течения основного заболевания. Полученная эффективность данных схем дает возможность рекомендовать ее для широкого применения в хирургии ЛОР-органов.

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ В КРИТИЧНОМУ СТАНІ

Зозуля І.С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Зараз існує синдромальний підхід до оцінки стану хворого що знаходиться в критичному стані і терапії його, які обумовлені рядом причин, в тому числі, мозковим інсультом. Основними з цих синдромів є гіпоксичний, порушення гемодинаміки, водноелектролітного гомеостазу, ендогенної інтоксикації, внутрішньо-черепної гіпертензії, респіраторний синдром, ДВС-синдром, синдром поліорганної недостатності.

Наші дані базуються на обстеженні і лікуванні хворих з мозковим інсультом, що знаходилися в нейросудинній клініці Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, з яких у 52% був критичний стан. Обстеження включало: дослідження неврологічного та соматичного статусу, УЗДГ, ТК ДГ, КТ, МРТ, ангиографію, лабораторні методи дослідження.

Стратегія інтенсивної терапії інсульту в критичному стані включала: корекцію вітальних функцій, підтримку регіонарного і центрального гомеостазу, водного, електролітного, кисневого балансу, боротьбу з набряком мозку. Базисна терапія інсульту повинна починатися терміново при встановленні діагнозу ГПМК. У разі наростання церебральної компресії і локальної симптоматики ставилося питання (при візуалізації) нейрохірургічного лікування.

Основними середниками і методами інтенсивної терапії мозкового інсульту в критичному стані була стабілізація АТ до цифр на 10 мм рт. ст. вище робочих для даного пацієнта, але ніколи не нижче 100 мм рт.ст. Активізація транспілярного обміну шляхом стабілізації гідродинамічного і підвищення онкотичного тиску в плазмі крові з використанням ізоволемічної гемоділюції. Ізоволемічна гемоділюція проводилася за допомогою декстринів, колоїдних і кристалоїдних розчинів з підтримкою гематокриту на рівні 30-35%, загального білка — 65 г/л.

Показники газового складу крові підтримувалася на цифрах 80 мм рт.ст., PO_2 — 30 мм вод.ст., концентрація гемоглобіну на цифрах 130-140%.

Проводилася підтримка і нормалізація регіонарного кровообігу, мікро циркуляції, реологічних властивостей: антикоагулянтна терапія (гепарин 10-15000 ОД на добу, фраксипарин, клексан, арикстра); реопротекторні препарати (реополіглокін, реомакродекс, реосорбілакт, латрен); антиагреганти (трентал, дипіридамола).

Проводилася корекція кислотно-основного складу і водно-енергетичного балансу шляхом збалансованої інфузійної терапії при добовій потребі 30-40 мл/кг маси тіла, тобто не менше 2,5 л в сукупності з втратою.

Для профілактики і корекції порушень ендотелію, агрегації тромбоцитів використовувалася ацетилсаліцило-

ва кислота в дозі 0,5-1 мг/кг у вигляді 0,3% розчину, дипіридамола (5% трентал) в дозі 0,3 мг/кг. Для розрушення вже сформованих агрегатів застосовували реосорбілакт, реополіглокін в дозі 7 мг/кг на добу в/в. Для інгібування гострого фібринолізу використовували інгібітори протеоліза і фібриноліза (трасилол, контрикал в дозі 60 000-100 000 ОД внутрішньовенно крапельно).

Наш досвід показав, що застосування в інфузійній терапії при ГПМК ішемічного характеру реосорбілакта, сорбілакта, гекодеза дає позитивний ефект. Реосорбілакт — новий оригінальний комплексний інфузійний препарат в який входить сорбітол, розчин натрія лактата, натрія хлориду, кальція хлориду, магнія хлориду. Препарат володіє реологічними, протишажовими, дезінтоксикаційними властивостями.

Гекодез — високоефективний препарат гідрооксидилхромалу з плазмозамінною дією. Він володіє протишоковою дією, збільшує об'єм циркуляції, корегує гіповолемію, підвищує АТ, покращує гемоділюцію. Він також покращує мікроциркуляцію, реологічні властивості крові, зменшує гематокрит, знижує агрегацію тромбоцитів і еритроцитів. При ГПМК, що знаходяться в критичному стані проводиться профілактика і корекція вторинних гнійно-септичних ускладнень шляхом застосування імуннокоректорів (продігіозану, левамизолу, декарісу, циклоферину).

Проведення ранньої антибактеріальної терапії, а також нейропротекції (підтримка енергетичного стану нервових клітин в зоні ішемії та мозку в цілому), шляхом примінення антиоксидантів в максимально ранні строки від початку захворювання (цераксон, цитофлавін, актовегін, вітамін Е, гліатілін).

Цераксон (созамін) діюча речовина цитіколін — інноваційний нейропротектор високого рівня доказової бази для лікування захворювань, що супроводжуються ураженням нейронів ішемічного, геморагічного або травматичного характеру. Цераксин покращує пероксидацию ліпідів, нормалізує дію Na^+ - K^+ -насосу, активує енергетичні процеси в нейронах, знімає дихання, інгібує глутаматіндуційований апоптоз, активує біосинтез лецитину. Все це приводить до відновлення неврологічного статусу, покращує когнітивні процеси, моторні і сенсорні порушення. У нього відсутня токсична побічна дія і не має вікових границь.

Таким чином проведення інтенсивної терапії за системою АВС з корекцією церебральної і центральної гемодинаміки, мікроциркуляції, з проведенням інфузійної терапії у вигляді реосорбілакту, гекодезу, цераксону покращує стан хворих з ГПМК, які знаходяться в критичному стані.

НУТРИТИВНА ПІДТРИМКА ХВОРИХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Іванюшко В.Л., Фрончко В.П.

Львівський Національний медичний університет ім. Данила Галицького

Обов'язковим компонентом досягнення позитивного результату в лікуванні хворих реанімаційного профілю є адекватне нутритивне забезпечення, яке попереджає розвиток білково-енергетичної недостатності і прогресування синдрому гіперкатаболізму-гіперметаболізму.

Метою дослідження є обґрунтування необхідності проведення парентерального харчування в комплексі інтенсивної терапії хворих реанімаційного профілю в катаболічну фазу.

Матеріали та методи. Обстежено 12 пацієнтів з важким сепсисом, 11 хворих з СГУЛ, у 16 важка ЧМТ, у 7 хворих діагностовано важкі опіки. Вік від 16 до 75 років. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування пацієнтів контрольної (44) групи з аналогічною патологією, котрі отримували лише ентеральне живлення Берламіном. Хворим основної групи призначали

змішане харчування: ентеральне Берламіном і парентеральне (Аміноплазмаль Е 10%, Амінол, Ліпофундин 10% МСТ/МЛТ). Оцінювали слідуючі показники: вміст альбуміну на 5, 7, 9, 11, 13 добу, тривалість перебування у відділенні анестезіології, летальність.

Результати та їх обговорення: У пацієнтів основної групи швидше відбувалась нормалізація вмісту альбуміну, катаболічні реакції змінювались на анаболічні, зменшилась тривалість перебування у відділенні анестезіології. Загальна летальність в основній групі склала 26,7%, в контрольній — 33,5%.

Висновки. Для корекції синдрому гіперметаболізму-гіперкатаболізму хворих реанімаційного профілю слід поєднувати раннє ентеральне харчування збалансованими харчовими сумішами і парентеральне живлення з використанням амінокислотних розчинів і жиркових емульсій.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ РАСТВОРОМ "СОДА-БУФЕР" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Игнатъева В.И., Гуменюк Г.Л., Деркач Н.Н., Козачук И.А., Страфун О.В.

Государственное учреждение "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского АМН Украины"

Цель исследования — изучить эффективность инфузионной терапии 4,2% раствором "Сода-буфер" в комплексном лечении больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой (БА) с неконтролируемым течением на госпитальном этапе. Отбор больных по степени тяжести БА проводился в соответствии с Приказом № 128 МОЗ Украины от 19.03.2007 г. "Про утверждение клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности "Пульмонология".

Обследовано 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин в возрасте 28 — 65 лет) тяжелой персистирующей БА (FEV_1 — $43,2 \pm 4,7\%$). В I группу входили 15 больных (10 мужчин и 5 женщин), которым проводилась ингаляционная (в высоких дозах) или системная кортикостероидная и отхаркивающая терапия в соответствии с тяжестью заболевания. Пациентам II группы (8 мужчинам и 7 женщинам) дополнительно к проводимой терапии назначалось 3-х кратное внутривенное введение 4,2% раствора "Сода-буфер" в дозе 100,0 мл под контролем рН крови, показателей кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса.

Материалы и методы: эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов БА (тяжесть клинических симптомов БА определялась в баллах — по 4-х бальной шкале), изменению показателей лабораторных (кислотно-основного состояния (КОС) и газового состава крови), инструментальных и функциональных методов исследования. Значение показателей функции внешнего дыхания определяли на аппарате "Masterlab" фирмы "Erich Jaeger" (Германия). Фибробронхоскопию (ФБС) проводили под местной анестезией с помощью бронхоскопа фирмы "Olympus" (Япония).

Результаты исследования. До начала лечения все пациенты отмечали, наличие частых (>3 раз в день)

приступов удушья, которые не купировались стандартными методами лечения. Отмечалось снижение pCO_2 до $47,9 \pm 1,3$ мм рт. ст. Нарушения КОС в виде ацидоза были выявлены у 66,7% больных с небольшим преобладанием респираторного ацидоза.

На фоне проводимого лечения наиболее ранняя нормализация КОС, газового состава крови и клинических симптомов отмечены у больных II группы. Так, у больных II группы на 10–12-й день лечения отмечалось достоверное уменьшение ночных симптомов с $3,4 \pm 0,3$ до $0,9 \pm 0,1$ баллов, $p < 0,01$; дневных симптомов с $3,7 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,1$ баллов, $p < 0,01$. Отмечено уменьшение потребности в бронхолитиках для снятия острых симптомов — с $3,5 \pm 0,2$ до $1,1 \pm 0,1$ раз за ночь и с $4,6 \pm 0,2$ до $1,2 \pm 0,1$ раз в день. FEV_1 увеличился с $42,7 \pm 5,1$ до $62,3 \pm 4,7\%$, $p < 0,01$. У больных I группы положительная динамика клинических симптомов и показателей ФВД наблюдалась только на 20–21 день лечения. У 7 пациентов I группы возникла необходимость в проведении лечебных ФБС в связи с выраженным затруднением отхождения мокроты, в то время как больным II группы проведения санлирующих ФБС не потребовалось.

Выводы: применение в комплексном лечении 3-х кратного внутривенного введения 4,2% раствора "Сода-буфер" в дозе 100,0 мл приводило к нормализации кислотноосновного состояния, газового состава крови, усиливало бронхолитический и отхаркивающий эффект при лечении больных тяжелой персистирующей БА на госпитальном этапе, что проявилось в более ранней нормализации клинических симптомов заболевания, показателей ФВД и отсутствием необходимости в проведении дополнительных лечебных ФБС.

КОРРЕКЦИЯ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВНУТРИВЕННОЙ ИНФУЗИЕЙ РАСТВОРА ЭССЕНЦИАЛЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.А., Сырбу И.Ф., Капшитарь А.В., Булдышкин В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

В клинике общей хирургии ЗГМУ изучены результаты применения раствора эссенциале на динамику цитолитического синдрома у больных с закрытой сочетанной травмой печени. Обследованы 43 пострадавших. Мужчин было 37, женщин — 6, в возрасте от 7 до 75 лет. Диагностика закрытой травмы печени и показания к неотложной лапаротомии определяли на основании клинической картины, лабораторно-биохимических показателей, УЗИ, лапароцентеза, диагностического перитонеального лаважа, лапароскопии. Разрывы правой доли печени диагностированы у 31 больного и левой доли — у 7, обеих долей — у 5. Повреждения одного сегмента печени определены у 23 пациентов, нескольких сегментов — у 20. Наряду с травмой печени у 3 больных имели место разрывы поджелудочной железы, у 2 — тонкого кишечника, у 1 — желчного пузыря и селезенки, у 1 — двенадцатиперстной кишки, у 1 — селезенки и у 1 — диафрагмы. Ушивание разрывов печени выполнено у 42 пострадавших, из которых у 12 дополнительно корригированы повреждения других абдоминальных органов, атипичная резекция печени, холецистостомия, спленэктомия — у 1.

После операции все пострадавшие получали общепринятую консервативную терапию. Их разделили на 2 группы. I-ю (основную) группу составили 20 больных, которым лечение дополнено внутривенной инфузией 10,0 мл эссенциале, растворенного в 200,0 мл физиологического раствора, через 12 часов на протяжении 10 суток. В дальнейшем препарат вводили в дозе 2 капсулы 3 раза в день с контролем АлТ (аланиновая аминотрансфераза) и АсТ (аспарагиновая аминотрансфераза). Показанием к назначению гепатопротектора были обширные и множественные разрывы сегментов печени, тяжелые сочетанные повреждения печени и других экстра- и интраабдоминальных органов, особенно при наличии тяжелого шока, хронической патологии печени и почек. Во II-ю (контрольную) группу включили 23 пациентов, которым эссенциале не применяли. Проводили динамическое определение цитолитичес-

ких ферментов: АлТ и АсТ до операции, в послеоперационном периоде (1-е, 3–5-е, 7–10-е, 12–14-е, 16–18-е и 22–24-е сутки).

До операции в обеих группах показатели АлТ и АсТ были одинаковыми и составили соответственно 1,8 и 0,7 мкмоль/л. В 1-е сутки в основной группе АлТ возросла до 2,3 и АсТ — до 1,6 мкмоль/л, в контрольной они были несколько выше — 2,6 и 1,9 мкмоль/л. Увеличение ферментов нарастало к 3–5-м суткам, так в основной группе АлТ — до 2,5 и АсТ — 2,3 мкмоль/л, а в контрольной группе показатели были выше в 1,5 раза (АлТ 3,8 и АсТ 3,5 мкмоль/л). С 7–10 суток в основной группе отмечена тенденция до постепенного снижения ферментов цитолиза — АлТ 2,3 и АсТ 2,3 мкмоль/л, в контрольной же группе еще продолжался рост ферментативной активности — АлТ 4,4 и АсТ 4,7 мкмоль/л. В основной группе наблюдается снижение ферментов: 12–14 сутки — АлТ 1,9 и АсТ 1,1 мкмоль/л; 16–18 сутки — АлТ 1,9 и АсТ 1,0 мкмоль/л; 22–24 сутки — АлТ 1,1 и АсТ 0,8 мкмоль/л. В контрольной группе продолжается рост ферментов цитолиза: 7–10 сутки — АлТ 4,8 и АсТ 3,9 мкмоль/л и 12–14-е сутки — АлТ 4,8 и АсТ 4,0 мкмоль/л. И лишь с 16–18 суток в контрольной группе выявлено снижение ферментов. Так на 16–18 сутки АлТ составила 4,6 и АсТ 3,5 мкмоль/л; 22–24 сутки — АлТ 4,0 и АсТ 3,1 мкмоль/л.

Из всех 43 больных печеночная недостаточность развилась у 8 (18,6%), из которых в основной группе — у 2 (25%), контрольной — у 6 (75%). Умерли 20 (46,5%) пациентов, в основной группе — 4 (20%), в контрольной группе — 16 (80%).

Таким образом, внутривенная инфузия эссенциале после операций по поводу закрытой травмы печени показала его высокую эффективность как гепатопротектора, уменьшила проявления цитолитического синдрома с более ранним началом abortивного развития патологического процесса в поврежденной печени, сократила удельный вес больных с печеночной недостаточностью, летальность.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Киркилевский С.И.

ДУ "Национальный институт рака", Киев

Среди злокачественных опухолей верхних отделов пищеварительного тракта наиболее часто диагностируются рак пищевода и желудка. В 2006 г. в Украине раком пищевода заболели 1752 жителей, раком желудка — 12276. Особенностью патогенеза этих заболеваний является развитие тяжелой дегидратации и алиментарной дистрофии (при стенозировании пищевода, пищеводно-желудочного перехода или привратника) из-за нарушений поступления в организм жидкости и пищи.

В основе дегидратации при ограничении поступления воды лежат ее потери естественными путями: с мочой, калом, потом и при дыхании. При выраженной дегидратации уменьшается ОЦК, возрастает гематокрит, ухудшаются реологические свойства крови, развивается сладж эритроцитов, дезинтегрируется работа ионных насосов, снижаются мембранные потенциалы, что приводит к нарушениям нервной регуляции и сердечной деятельности. При недостатке питания в обмене ве-

шествь происходят глубокие сдвиги, направленные на поддержание важнейших параметров гомеостаза путем перераспределения веществ, что имеет ограниченное и преходящее значение и сопровождается углубляющимся расстройством трофики и функции различных органов, снижаются функции гипофиза с развитием синдрома гипоталамо-гипофизарной недостаточности, функции щитовидной железы, надпочечников. Оба синдрома взаимно потенцируются, чем ускоряется развитие полиорганной недостаточности.

Устранение причин этих состояний может быть осуществлено только хирургическим путем (радикальные или симптоматические операции), однако оперативные вмешательства у данного контингента больных без существенной коррекции основных показателей гомеостаза могут быть несовместимыми с жизнью. Главная роль в коррекции этих нарушений принадлежит инфузионной терапии, задачами которой являются: регидратация, коррекция водно-электролитного и кислотно-основного равновесия, восстановление реологии крови и микроциркуляции, нормализация энергетического и пластического обмена (парентеральное питание).

При проведении регидратации общий объем инфузий зависит от величины внешних или внутренних потерь жидкости и может достигать значительных величин. Используются сбалансированные по основным электролитам растворы кристаллоидов: раствор натрия

хлорида, раствор Рингера, Рингер-лактат, реосорби-лакт, ксилат и другие. Коллоидные растворы играют меньшую роль, однако они также находят применение — для повышения онкотического давления плазмы.

Основными составляющими парентерального питания являются растворы углеводов, смеси аминокислот и липидные эмульсии. Суточная потребность в глюкозе находится в диапазоне от 2 до 6 г/кг. Дозировка сорбитола, ксилитола и фруктозы составляет до 3 г/кг в сутки. Растворы аминокислот являются наиболее важным компонентом парентерального питания. Их суточные количества определяют, исходя из суточных потерь белка. При полном парентеральном питании аминокислотные смеси переливают только параллельно с растворами углеводов или жировыми эмульсиями. Жировые эмульсии необходимо применять в долговременных программах полного парентерального питания для покрытия дефицита незаменимых жирных кислот.

В качестве контроля эффективности проводимой инфузионной терапии оценивают следующие параметры: клинические (цвет кожи, ее тургор и влажность), гемодинамические (АД, частота пульса, ЦВД), динамика индекса масса/рост, азотистый баланс, другие лабораторные данные (содержание в крови глюкозы, гемоглобина, гематокрит, кислотно-щелочное равновесие, коагулограмма и т.д.).

ЛАКТОПРОТЕЇН ІЗ СОРБИТОЛОМ ЯК ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНИЙ ЗАСІБ ПРИ ГОСТРИХ ПАНКРЕАТИТАХ

Кінах М.В.¹, Кондрацький Б.О. 1, Біда З.А.²

¹Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

²Львівська міська лікарня швидкої медичної допомоги

За останнє десятиліття частота хворих з гострим панкреатитом (ГП) неухильно зростає. Одночасно збільшується кількість пацієнтів з важким клінічним перебігом, з ураженням більшої частини підшлункової залози. Основними причинами летальності при гострому деструктивному панкреатиті (ГДП) є: а) ендотоксичний шок та поліорганна недостатність ("рання смерть" — протягом 1-го тижня захворювання); б) гнійні ускладнення, в тому числі сепсис ("пізня смерть" — на 3–4 тиждень захворювання).

Ендотоксичний шок настає вже в першу добу захворювання і залежить від ступеня ураження підшлункової залози, вираженої ферментемії та призводить до порушення гомеостазу, активації процесів перекидного окислення ліпідів (ПОЛ), порушення кислотно-основного стану крові, обміну електролітів і часто є вирішальною прогностичною ознакою.

У таких хворих слід проводити інтенсивну дезінтоксикаційну терапію з використанням інфузійних засобів, інгібіторів протеїнази, вітамінів групи В тощо.

Для підсилення дезінтоксикаційної терапії нами був застосований новий білково-сольовий комплексний препарат Лактопротеїн з сорбітолом (ЛПС). Основними діючими компонентами є доносський альбумін в 5% концентрації, натрію лактат (2,1%) і сорбітол (6%). Крім того, в склад препарату входять електроліти Na^+ , K^+ , Ca^{++} та Cl^- .

Метою роботи було вивчення впливу ЛПС на показники, що характеризують інтоксикацію у хворих на гострий панкреатит в процесі лікування.

Було обстежено 20 хворих (14 чоловіків і 8 жінок) на ГП (12 — набряковою формою, 8 — ГДП). Визначали: молекули середньої маси (МСМ), дієнові кон'югати (ДК), малоновий диальдегід (МДА), загальний білірубін (ЗБ). В залежності від способу лікування хворі були роз-

Таблиця

Показники	Контроль (n=20)	Вихідні показники (n=20)	Без ЛПС (n=10)	З ЛПС (n=10)
Дієнові кон'югати, ум. од.	1,7±0,02	2,84±0,07	2,6±0,04	2,2±0,09
МДА, ммоль/мл плазми	68,4±4,3	168,2±9,7	142,4±9,6	114,6±5,3
МСМ, од.	7,8±0,6	66,4±7,6	42,6±3,4	34,2±2,1
ЗБ, мкмоль/л	12,4±1,0	36,2±2,8	25,4±1,6	21,7±1,3

поділені на 2 групи. Хворі 1-ї групи (10 осіб) отримували стандартну комплексну терапію, хворі 2-ї групи (10 осіб) додатково до стандартної отримували інфузії ЛПС по 200 мл двічі на добу протягом 3-х днів. Контролем служили результати аналізів 20 практично здорових осіб.

Динаміка маркерів інтоксикації у хворих на ГП до та після лікування наведена в таблиці.

Як видно із таблиці при ГП активуються процеси ПОЛ з утворенням первинних і вторинних його продуктів, що є основою інтоксикаційного синдрому.

Інфузії ЛПС в комплексі з стандартною дезінтоксикаційною терапією у більшій мірі сприяють зменшенню інтоксикації і зниженню процесів ПОЛ та зменшенню первинних і вторинних його продуктів (у хворих 2-ї групи), ніж в групі без застосування ЛПС.

Отримані результати дають змогу рекомендувати для застосування в комплексі лікування хворих на гострий панкреатит препарат Лактопротейн з сорбітолом в якості дезінтоксикаційного засобу.

ВПЛИВ ЛАКТОПРОТЕЇНУ З СОРБІТОЛОМ НА ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ ТА ГЕМОДИНАМІКУ ПРИ ГОСТРИХ КРОВОВТРАТАХ

Кінах М.В.¹, Михайлович В.В.², Кондрацький Б.О.¹

¹Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Гострі крововтрати є супутником багатьох пошкоджень, травм, захворювань, родів. Крововтрати викликають невідповідність між масою циркулюючої крові та ємкістю судинного русла і супроводжуються кількісними і якісними змінами гомеостазу. Основним завданням лікарів при гострих крововтратах, є зупинка кровотечі, попередження ускладнень (колапсу, шоку), відновлення гемодинаміки.

Метою досліджень було вивчення впливу Лактопротейну з сорбітолом (ЛПС) на лабораторні показники та гемодинаміку при гострих крововтратах.

Було обстежено 39 хворих (6 жінок і 33 чоловіки) віком від 38 до 62 років з виразковою хворобою шлунка (ВХ), ускладненою шлунково-кишковою кровотечею (ШКК). В Центр шлунково-кишкових кровотеч хворі поступали через 8–40 год від початку кровотечі. У хворих визначали гематокрит, гемоглобін, еритроцити, лейкоцити, гемостазіологічні показники тощо. Діагноз ВХ і ступінь гемостазу було підтверджено ендоскопічно. Під час фіброезофагогастроскопії триваюча кровотеча була у 10,7% хворих, тромб на виразці — у 57,1%, залишки "кавової гущі" — у 21,4%, звичайний шлунковий вміст — у 3,6% обстежених. Крововтрати оцінювали за клінічним аналізом крові.

Хворих турбували скарги на мелену (у 93,1%), загальну слабкість (у 69%), запаморочення (у 37,9%), втрату притомності (у 34,5%), блювання червоною кров'ю (у 24,1%) або "кавовою гущею" (у 13,8%). При поступлен-

ні у хворих була тахікардія (пульс $97,3 \pm 3,1$ за хвилину), гіпотонія (сistolічний АТ — $109,0 \pm 4,0$ мм рт. ст., діастолічний АТ — $65,8 \pm 2,3$ мм рт).

Гемостазіологічні показники вказували на розвиток дисемінованого внутрішньосудинного зсідання у 15% хворих. Нестабільний гемостаз вимагав ургентного оперативного лікування у 34,5% хворих з виразкою, 65,5% хворих лікували консервативно. В основу консервативного лікування входили: зупинка кровотечі; корекція гіповолемії і анемії; гемостатична терапія; стабілізація гемодинаміки.

В залежності від способу лікування хворі були розподілені на 2 групи. Хворі 1-ї групи (29 осіб) отримували стандартну комплексну терапію, хворі 2-ї групи (10 осіб) додатково до стандартної трансфузійно-інфузійної терапії отримували інфузії білково-сольового препарату ЛПС у дозі 200–300 мл на добу протягом 3-х днів. Результати лабораторних досліджень наведені в таблиці.

Як видно з отриманих даних, застосування ЛПС одночасно зі стандартною комплексною терапією сприяє швидшому відновленню лабораторних показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, загального білка. Аналогічні зміни спостерігаються також у покращенні гемодинаміки: пульсу, АТ та загального стану хворих.

Слід відмітити, що при застосуванні ЛПС негативного побічного ефекту не спостерігали. Препарат добре переноситься хворими і є високоефективним інфузійним засобом.

Таблиця

Результати лабораторних досліджень у хворих ВХ, ускладненою ШКК без застосування та з застосуванням ЛПС

Показник	До початку лікування	1-ша група (n=29)	2-га група (n=10)
Гемоглобін, г/л	86,5±4,9	92,4±4,6	94,9±5,7
Еритроцити, Т/л	2,58±0,15	2,7±0,2	2,9±0,1
Лейкоцити, г/л	8,4±0,6	7,4±0,3	7,8±0,4
Гематокрит, %	26,4±0,9	29,5±1,2	31,4±1,6
Загальний білок, г/л	58,7±1,6	62,3±3,5	66,7±4,3

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ З УРАХУВАННЯМ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ АСПЕКТІВ

Кожин М. І., Андрєєва В. І.

*Кафедра госпітальної терапії, алергології та клінічної імунології ХНМУ
27 ХГКЛ, м. Харків*

Метаболічний синдром (МС) — це комплекс взаємопов'язаних порушень вуглеводного і жирового обміну, а також порушень регуляції артеріального тиску і функцій ендотелію, обумовлений зниженням чутливості тканин до інсуліну (інсулінорезистентність).

Нами було обстежено 23 хворих з метаболічним синдромом. Вони були поділені на 2 групи: в 1-шу групу потрапили хворі з повним (дійсним) метаболічним синдромом, а в 2-гу групу — хворі з неповним метаболічним синдромом. Вікова структура: хворі від 48 до 69 років. Статеві структура груп: у кожній групі чоловіків було більше, ніж жінок (у 1-й групі — 9 чоловіків та 4 жінки, у 2-й групі — 6 чоловіків та 4 жінки). У 12 з 23 хворих був гострий інфаркт міокарда (ГІМ), 4 були з стабільною стенокардією, 9 — з діабетичною кетоацидотичною комою. Хворим з інфарктом міокарда проводилися внутрішньовенні інфузії: поляризуючої суміші (до 500 мл 10% розчину глюкози додається 1,5 мл хлористого калію, 10 ОД інсуліну, 10 мл 25% розчину сірчаної кислоти магnezії) — обсяг інфузії 800–1200 мл/доба, 20% розчин гаммаоксимасляної кислоти зі швидкістю введення 0,33 г/год, фраксипарін в/м, а 2-й групі проводилися внутрішньовенні інфузії гепарину зі швидкістю введення 1000 ОД/год, нітрогліцерин. Виявилось, що результати лікування як в 1-й, так і в 2-й групах хворих були приблизно рівні та високі: 86 та 82% хворих, відповідно, виписані з поліпшенням, у 10 та 14% хворих, відповідно, розвинулися різні порушення ритму (блокада передньої лівої ніжки пучка Гіса, екст-

расістолічна аритмія), а також приблизно у 2% пацієнтів кожної групи розвинулась хронічна аневризма серця, 2% — померли. У хворих з діабетичною кетоацидотичною комою на фоні метаболічного симптому на фоні основної терапії проводилась інфузія розчину "Сода-буфер" в/в крапельно зі швидкістю 1,5 ммоль/кг у годину (3 мол 4,2% Сода-буфер/кг у годину) під контролем Рн крові й показників кислотно-лужного й водно-електролітного балансу організму у групі хворих з повним метаболічним синдромом, та у хворих з неповним метаболічним синдромом було проведено стандартне лікування діабетичної кома (ізотонічним розчином хлориду натрію до 2 л розчину продовж 10 год) з метою регідратації організму. Виявилось, що у 1-й групі показники були кращі та виведення хворих зі стану коми було швидшим, при виконанні аналізів крові для уявлення величини показників кислотно-лужного, не було виявлено стрибкоподібного залужнювання, що було виявлено у хворих 2-ї групи, та була забезпечена плавна корекція ацидозу при одночасному збільшенні лужних резервів крові.

Висновки: при лікуванні ГІМ треба проводити інфузійну терапію не тільки ГІК-сумішшю, гаммаоксимасляною кислотою але й гепарином та нітрогліцерином у комплексі для того, щоб знизити летальність від інфаркту міокарда та покращити якість життя хворим, що перенесли ГІМ. При діабетичній комі рекомендуємо вводити розчин "Сода-буфер" на фоні основної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В СТАДІЇ ТОКСЕМІЇ

Козинец Г.П., Коваленко О.Н.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ*

Друга стадія опікової хвороби умовно обмежена строками з 3 до 7–10 доби, після відновлення ОЦК, з початком всмоктування із ран і тканин. Клінічно гостра опікова токсемія характеризується вираженим інтоксикаційним синдромом внаслідок надходження до судинного русла великої кількості медіаторів запалення, протеолітичних ферментів, середньомолекулярних пептидних комплексів, що призводить до напруги і ушкодження природних систем детоксикації. Цитокіни ушкоджують судини всіх органів. Внаслідок чого порушується функція всіх органів і систем. Спостерігається синдром гіперперфузії внутрішніх органів. Сучасна технологія потребує ранніх оперативних втручань при глибоких і поширених опіках саме в цю стадію опікової хвороби, що викликає ще більшу напругу гомеостазу і потребує додаткової корекції.

Мета дослідження — покращити результати лікування інтоксикаційного синдрому при гострій токсемії і забезпечити компенсацію оперативних втручань, які направлені на вилучення некротичного струпу і супроводжуються значною крововтратою.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 360 хворих, які впродовж 2005–2007 рр. проходили лікування в опіковому центрі Київської міської клінічної лікарні №2 і в опіковому відділенні Київської обласної клінічної лікарні. Серед постраждалих було 200 дорослих і 160 дітей.

Оцінка стану важкості і перебігу опікової хвороби та оцінка перебігу опікової токсемії проводились за допомогою: динаміки клінічних проявів опікової хвороби в залежності від тактики хірургічного лікування (прояви інтоксикаційного синдрому з боку всіх органів і систем, тип лихоманки), динаміки результатів загальноклінічних лабораторних методів дослідження, біохімічних методів дослідження, інструментальних методів обстеження: рентгенологічні методи, ультразвукова діагностика, ЕКГ, показників імунної системи і імунологічні методи: лейкоцити, лімфоцити, Т-лімфоцити, В-лімфоцити, Ig G, A та M, функціональної активності нейтрофілів, рівня циркулюючих гранулоцитів (НГ), рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), цитолітичної активності ау-

тологічної сироватки (АС) та її фракцій, аутологічного розеткоутворення (АРУ).

Також для оцінки стану природної резистентності організму обпечених хворих визначались наступні показники: вміст α_1 -інгібітора протеїназ, α_2 -МГ макроглобуліну (α_2 -МГ); лігандзв'язуюча здатність сироватки крові; активність кислих протеїназ, які є показником активності запального процесу, концентрацію молекул середньої маси (МСМ).

Результати. Інфузійна детоксикаційна терапія направлена на відновлення адекватної тканевої перфузії, нормалізацію кліткового метаболізму, корекцію порушень гемодинаміки в до- та післяопераційному періоді, зниженню концентрації медіаторів системного запалення і токсичних метаболітів. Для корекції агрегатного стану крові застосовуються антикоагулянти прямої дії та антиагреганти (пентоксифілін, Латрен). Неспе-

цифічна інфузійна детоксикація: проведення керованої гемодилуції з форсованим діурезом, введення сольових, безсольових розчинів, плазми крові і препаратів альбуміну, реосорбілакту, соди-буферу.

Препарат сироваткового альбуміну забезпечує підвищення лігандзв'язуючої здатності плазми, рівня антитоксичної резистентності організму, онкотичного тиску плазми крові.

В залежності від рівня інтоксикації вводили від 20–40 мл до 70–80 мл/кг рідини на добу. Перебіг гострої опікової токсемії супроводжується розвитком стійкої анемії. Для її корекції переливаються тільки відмиті еритроцити, до забезпечення підтримки рівню гемоглобіну не менш ніж 80–90 г/л.

Критерієм ефективності лікування токсемії є стабілізація центральної та периферичної гемодинаміки, компенсовані показники гемостазу.

ВИРОБНИЧИЙ БРАК КОМПОНЕНТІВ І ПРЕПАРАТІВ КРОВІ В ЗАКЛАДАХ СЛУЖБИ КРОВІ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Кокоруз М.В.¹, Курган М.Г.¹, Дяків Я.М.², Веретка Б.М.¹, Гелемей В.П.², Гузьо А.С.², Новак В.Л.¹

¹Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України" (ДУ "ІПКТМАМНУ"),¹ Львів
²Львівський обласний центр служби крові (ЛОЦСК),² Львів

Компоненти (К) крові (Кр) та препарати плазми крові (ПП) широко застосовуються у лікуванні низки захворювань. Поряд з профілактикою гемотрансмісивного зараження актуальним є зменшення браку при виробництві К Кр та ПП. В Україні безпеку та якість К Кр і ПП регламентують нормативні документи. Обов'язковим є відбір донорів, контроль заготовленої крові, К Кр і ПП. Первинний контроль здійснюють лабораторії закладів служби крові (ЗСК). Контролі попередній, подальший вибіркового, консультативний проводять Лабораторії Державного контролю за якістю препаратів крові та кровозамінників (ЛДК) при профільних інститутах у Києві та Львові, а арбітражний Центральна ЛДК. Донорську кров, плазму (П), концентрат еритроцитів (КЕ) бракують при наявності HBsAg, HCV, ВІЛ^{1/2}, блідої спірохети, бактеріального забруднення, підвищення рівня білірубину, АЛТ, дефектів тари тощо. ПП проходять контролі: стерильності, біологічний (на тваринах) та фізико-хімічний.

Вивчали динаміку виробничого браку Кр, К та ПП в ЛОЦСК за період 2005–2007 рр. (див. табл.), виробництво ПП в ЛОЦСК у 2001–2007 рр. та результати контролю ПП із ЗСК Західного регіону України (ЗРУ) проведеного ЛДК ДУ "ІПКТМАМНУ" в 2001–2007 рр.

У ЛОЦСК за період 2001–2007 рр. виготовлено 234 серій (с) ПП (розчину альбуміну 10% донорського 83 с, імуноглобулінів людини: антистафілококового 11 с, нормального 3 с, антирезусного Rho (D) 8 с, кріопреципітату сухого 102 с, полібіоліну сухого 27 с), брак 0 с.

ЛДК ДУ "ІПКТМАМНУ" за 2001–2007 рр. проконтрольовано 1445 с ПП із 16 ЗСК ЗРУ: розчини альбуміну донорського 5, 10 та 20% (563 с), імуноглобуліни людини: нормальний, антирезусний Rho (D), антистафілококовий, протиправцевий (сумарно 141 с), фібриноген (42 с), кріопреципітат сухий (239 с), плазма суха (196 с), полібіолін сухий (260 с), тромбін (4 с). З них у 1383 с ПП подальшим вибіркового контролем браку не виявлено. На попередній контроль надійшло 28 с, з яких у 2003 р. виявлено бактеріальне забруднення в 2 с полібіоліну сухого, що складає 7,14%. На консультативному контролі за вказаний період було 34 с ПП, з яких у 2003 р. через низький титр забраковано 1 с імуноглобуліну протиправцевого, з причини бактеріального забруднення 1 с фібриногену, 2 с полібіоліну сухого у 2005 р. і 1 с у 2007 р., тобто сумарний брак 14,71%. В забракованому фібриногені виявлено грампозитивну паличку. З забракованих серій полібіоліну висіяно грампозитивну паличку,

Таблиця

Динаміка виробничого браку в ЛОЦСК за 2005, 2006 та 2007 роки

Роки	Кров, (л)		Конц.еритр., (л)		Плазма, (л)		Препарати плазми, (серій)			
	Вигот.	Брак	Вигот.	Брак	Вигот.	Брак	Вигот.	Прокоп.	Брак	На конт.
2005	9263,0	616,8 (6,66%)	4382,3	258,5 (5,90%)	4427,0	14,6 (0,30%);	33	33	0	0
2006	9917,2	595,5 (6,00%)	5775,0	363,8 (6,30%)	4035,6	65,4 (1,60%)	32	30	0	2
2007	4865,7	408,3 (8,39%)	2576,2	262,6 (10,19%)	1981,6	5,9 (0,30%)	29	22	0	7

грампозитивні коки, грампозитивні диплококи, цвілеві гриби.

Отже, в 2006 р. в порівнянні з 2005 р. в ЛОЦСК брак Кр знизився на 0,66%, брак КЕ зріс на 0,40% та П на 1,30%. У 2007 р. відповідно брак Кр зріс на 1,73%, КЕ на 4,29%, а брак П не змінився. Брак ПП не виявлено. В

ЛДК ДУ "ІПКТМАМНУ" подальшим вибіркоким контролем у ПП із ЗСК ЗРУ браку не виявлено. Попереднім та консультативним контролем забраковано 11,29% с ПП. З'ясування причин браку Кр, К та ПП зменшить затрати на виробництво Кр, К та ПП, тобто має економічне значення.

НОВИЙ КОМПЛЕКСНИЙ КОЛОЇДНО-СОЛЬОВИЙ ІНФУЗІЙНИЙ РОЗЧИН

**Кондрацький Б.О., Волос О.П., Качмарик Д.Л., Панас О.М., Винарчик М.Й.,
Дорошенко Л.Г., Деркач Ю.В., Кондрацький Я.Б., Новак В.Л.**

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

Застосування багатокомпонентних інфузійних препаратів, створених на основі композиції спеціально підібраних субстанцій, що впливають на різні ланки патологічного процесу мають низку переваг в порівнянні з монопрепаратами. По-перше, комбіновані препарати забезпечують комплексну фармакологічну дію. По-друге, раціонально підібрані компоненти сприяють потенціюванню терапевтичної дії, що дозволяє зменшувати дозування кожного з компонентів. По-третє, комбіновані лікарські засоби зменшують ймовірність побічної дії на організм.

Серед відомих в Україні інфузійних засобів одним із найбільш збалансованих є гіперосмолярний препарат Реосорбілакт, до складу якого входять багатоатомний спирт сорбітол, залужнювальний засіб натрію лактат та іони натрію, калію, кальцію, магнію та хлору. Завдяки складу цей препарат добре зарекомендував себе при лікуванні цілої низки патологічних процесів. В той же час, через відсутність колоїдної основи, при застосуванні Реосорбілакту в якості гемодинамічного засобу вдається досягнути хорошого клінічного ефекту лише на короткий проміж часу.

Виходячи з цього, нами було розроблено модифікований препарат (РЕОСОРБІЛАКТ-ЛОНГ), який ґрунтується на включенні до його складу гідроксиетилкрохмалю-200 з деякою корекцією кількісного вмісту інших компонентів препарату. Теоретична осмолярність нового препарату складає 900 мОсмоль/л.

Проведені лабораторно-експериментальні дослідження показали хорошу технологічність при виготовленні цього препарату та його стабільність при кімнатній температурі протягом не менше 2-х років.

Біологічні дослідження підтвердили нетоксичність препарату при внутрішньовенному крапельному введенні тваринам. Середня смертельна доза (LD_{50}) є більшою за 120 мл/кг маси тіла і згідно з класифікацією токсичності речовин препарат належить до відносно нешкідливих речовин з дуже низькою токсичністю. Обчислено, що разова максимальна терапевтична доза для людини складає близько 10 мл/кг маси тіла.

Вивчення хронічної токсичності препарату в експерименті на кролях підтвердило його низьку кумулятивність. Відмічено, що поведінка кролів, яким протягом 30 днів внутрішньовенно вводили РЕОСОРБІЛАКТ-ЛОНГ у дозі 10 мл/кг маси тіла зовсім не відрізнялася від поведінки контрольних тварин. Патологічних змін показників гемограми, гемостазу, концентрації електrolітів, біохімічних показників крові, а також в складі сечі піддослідних кролів не спостерігалося. Патоморфологічні дослідження показали, що внутрішні органи тварин зберігають звичайну будову і гістологічно не відрізняються від органів контрольних тварин. Тобто, препарат не має кумулятивних властивостей і не має токсичної дії на стінку вени і підшкірну клітковину.

Отже, з наведених даних можна зробити висновок, що комплексний колоїдно-сольовий інфузійний розчин РЕОСОРБІЛАКТ-ЛОНГ за своїми фармако-токсикологічними властивостями відповідає вимогам, які ставляться до засобів даного класу речовин і може бути рекомендований для подальшого клінічного вивчення.

Впровадження цього препарату в медичну практику дозволить розширити асортимент високоефективних засобів інфузійної терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ РЕОСОРБІЛАКТУ В СКЛАДІ ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТОКСИЧНИХ ГЕПАТИТАХ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

**Кононенко В.А., Леванда Л.І., Опанасенко М.С., Терешкович О.В.,
Калениченко М.І., Бичковський В.Б., Конік Б.М.**

Державна установа "Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

Дезінтоксикаційна терапія була, є і залишається незамінною складовою сучасної терапії багатьох патологічних станів. Важлива галузь її застосування — лікування токсичних гепатитів у хворих на туберкульоз. Особливою актуальною проблемою при проведенні дезінтоксикації

є збалансованість інфузійної терапії, а саме використання ефективних та безпечних розчинів, які є основою для покращання результатів лікування у цих пацієнтів.

На протязі останніх 3-х років ми мали справу з 95 випадками токсичних гепатитів у хворих на туберкульоз із

різним ступенем вираженості ураження печінки. У переважній більшості пацієнтів — у 78 — спостерігався синдром цитолізу, що клінічно проявлявся: диспепсією, гепатомегалією, астеною, лабораторно: підвищенням рівня АЛат, АсАт та ін.; у 5 — мезинхимально-запальний синдром, який клінічно супроводжувався: гепатомегалією, артралгіями, серозитами, васкулітами, лабораторно: підвищенням рівня осадкових проб, гамма-глобулінів; у 7 — синдром порто-кавального шунтування, що клінічно характеризувався: гепатомегалією, судинними зірочками, варикозно розширеними венами, спленомегалією, асцитом, лабораторно: підвищенням рівня сечовини, залишкового азоту; у 5 — поєднання одночасно декількох синдромів. У 12 хворих токсичний гепатит був поєднаний з хронічними вірусними гепатитами В і С, у 3 — з цирозом печінки та у 10 — з наявністю супутньої патології (артеріальної гіпертензії, жовчо-кам'яної хвороби, ревматоїдного артриту). Майже 75% пацієнтів мали порушення реологічних і коагуляційних властивостей крові та кислотно-лужного стану.

В залежності від проявів гепатопорушень 60% хворих протитуберкульозна терапія була тимчасово відмінена повністю, а іншим на 50–75% зменшена.

Усім хворим, без винятку, з метою дезінтоксикації був призначений р-н Реосорбілакту в дозі 6–7 мл/кг в/в крапельно на протязі 5–10 днів. Серед інших розчинів інфузійної терапії застосовувалися: р-н NaCl 0,9%, р-н ГІК, р-н Рінгера-лактатного. Всі пацієнти переносили терапію добре. Їх клінічний стан значно покращився. Лабораторні показники нормалізувалися в 85% випадках, у 15% значно знизилися, що дало змогу відновити хіміотерапію. У 2 пацієнтів на фоні призначення р-ну Реосорбілакту було відмічено підвищення рівня білірубіну, що нормалізувалося після відміни препарату.

Висновки: 1. Р-н Реосорбілакту в дозі 6–7 мл/кг волюдіє достатнім дезінтоксикаційним ефектом і в даній дозі є безпечним для лікування токсичних гепатитів у хворих на туберкульоз.

2. Застосування р-ну Реосорбілакту сприяє нормалізації реологічних та коагуляційних показників крові, електролітів, а також кислотно-лужного стану, що зменшує вираженість інтоксикаційного синдрому.

3. Призначення р-ну Реосорбілакту зменшує термін тривалості дезінтоксикаційної терапії, що в свою чергу зменшує вартість лікування та дозволяє швидше відновити хіміотерапію у хворих на туберкульоз.

СУЧАСНИЙ СТАН СТВОРЕННЯ ІНФУЗІЙНИХ ТА ПЕРИТОНЕАЛЬНИХ ДІАЛІЗНИХ РОЗЧИНІВ В УКРАЇНІ

Коритнюк Р.С., Гудзь Н.І., Борисенко Т.А., Давтян Л.Л.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Інфузійна терапія є важливою складовою невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії. Від доступності на фармацевтичному ринку та наявності в лікувальних закладах необхідних інфузійних розчинів часто може залежати життя людини.

Ми провели аналіз асортименту інфузійних розчинів та розчинів для перитонеального діалізу на фармацевтичному ринку України. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що переважну більшість становлять імпорتنі препарати, хоча серед виробників переважають вітчизняні заводи. Так вітчизняні виробники повністю забезпечують потреби у препаратах альбуміну, виробництво якого налагоджене на кожній обласній станції переливання крові. Більше десяти вітчизняних заводів виготовляють кровозамінник на основі декстрану — реополіглокін. Розчини для корекції порушень електролітного балансу представлені вітчизняними виробниками в найширшому асортименті. В цій групі українськими вченими створені такі інноваційні інфузійні препарати як Глікостерил Ф5 та Глікостерил Ф10, які містять як енергетичний субстрат фруктозу (виробник ЗАТ "Інфузія"), Сорбілакт та Реосорбілакт, до складу яких входить багатоатомний спирт сорбітол, Ксилат — електролітний розчин, який містить багатоатомний спирт ксиліт (виробник "Юрія-Фарм"). Протягом декількох останніх років три вітчизняні заводи запровадили виробництво інфузійних розчинів на основі гідроксиетильованого крохмалю ("Інфузія", "Юрія-Фарм" та "Новофарм-Біосинтез"). Єдиним вітчизняним препаратом для парентерального живлення на основі амінокислот є "Амінол" виробництва "Юрія-Фарм".

Однак щодо гемодинамічних кровозамінників на основі желатину, розчинів для парентерального живлення (амінокислоти, жирові емульсії), розчинів для перитонеального діалізу, то потреба в них забезпечується виключно за рахунок імпорту. На фармацевтичному ринку України провідне місце посідають такі зарубіжні виробники парентеральних розчинів як В.Враун (Швейцарія), Немофарм (Сербія), Fresenius Kabi (Австрія та Німеччина) та Berlin-Chemie Menarini Group (Німеччина). Так останній є лідером у виробництві препаратів на основі гідроксиетильованого крохмалю. Компанія виготовляє п'ять різних прописів, що дозволяє здійснювати адекватну інфузійну терапію в кожному конкретному випадку. Немофарм, В.Враун та Fresenius Kabi забезпечують потреби у розчинах для парентерального живлення на основі амінокислот, жирових емульсій та їх комбінацій.

У зв'язку із активним запровадженням протягом декількох останніх років у нефрологічну практику в Україні такого методу замісної ниркової терапії як перитонеальний діаліз, з'явилася потреба у спеціальних розчинах для його проведення. На жаль сьогодні виробництво таких розчинів в Україні відсутнє. Провідними компаніями, які займаються розробкою таких розчинів є Fresenius Medical Care (Німеччина), Gambro (Італія) та Baxter Healthcare (Ірландія).

Дослідження по розробці вітчизняних інфузійних та перитонеальних діалізних розчинів проводяться в НМАПО імені П.Л. Шупика на кафедрі технології ліків та клінічної фармації. В результаті проведених досліджень на фармацевтичному ринку вже з'явився енергополіонний препарат Йноглок 5[®], розроблено тех-

нологію глюкозо-лактатних розчинів для перитонеального діалізу. В теперішній час проводяться дослідження по розробці технології збалансованих поліелектролітних інфузійних розчинів та розчинів для перитонеального діалізу з фізіологічними буферами.

Таким чином, зважаючи недостатню кількість або повну відсутність вітчизняних інфузійних розчинів певних груп, створення розчинів для інфузійної терапії та перитонеального діалізу є актуальним для фармацевтичної промисловості України.

СПЕЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ З МІКРОХІРУРГІЧНОЮ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ ВАСКУЛЯРИЗОВАНИХ КОМПЛЕКСІВ ТКАНИН

Кравець О.В., Плахотній І.В., Пінковський С.В., Босенко Н.М.

КЗ "Черкаський обласний онкологічний диспансер", Черкаси

Мета роботи. Вдосконалення традиційних підходів до інфузійної терапії при мікрохірургічних реконструктивних операціях в онкологічних хворих.

Завдання. Оцінити ефективність інфузійної терапії при аутоотрансплантації реваскуляризованих комплексів тканин.

Матеріали і методи досліджень. В онкологічних хворих, особливо з місцево-поширеним процесом, різко підвищений ризик тромбозу мікросудинних анастомозів та знижена толерантність тканин до пошкоджуючих впливів (тривалої або повторної анексії трансплантованих тканин). Це обумовлено раковою інтоксикацією, гіперкоагуляцією, загальними та місцевими токсичними наслідками передопераційної променевої та хіміотерапії, пригніченням антитромботичного компонента гемостазу. Тому необхідні комплексні інтенсивні заходи по зниженню посттравматичного та постішемичного пошкодження оперованих тканин, підтримання оксигенації і кровотоку в них, профілактики тромбування мікросудинних анастомозів, з метою збереження життєздатності аутоотрансплантантів та покращення результатів реконструктивних операцій. Проаналізовані результати лікування 12 хворих з місцево-поширеними новоутвореннями орофарингеальної ділянки, яким проводилась одномоментна реконструкція післяопераційних дефектів складними комплексами реваскуляризованих тканин. В передопераційному періоді у хворих з показниками гемоглобіну, гематокриту в межах норми, проводили аутозабір крові з заміщенням реологічно активними розчинами (6% рефортан), з метою помірної гемоділюції та заміщення інтраопераційної крововтрати аутокров'ю консервованою розчином глюгіциру. За 2 год до хірургічного втручання підшкірно

вводили низькомолекулярні гепарини (клексан). На етапі формування аутоотрансплантанту вводили реологічно активні розчини (реополіглокін, реосорбілакт). На етапі формування венозних та артеріальних мікросудинних анастомозів внутрішньовенно болюсно вводили гепарин 5000 ОД, трентал внутрішньовенно крапельно. Контрікал, як засіб профілактики та корекції посттравматичних порушень в оперованих тканинах вводили по 50000 ОД внутрішньовенно крапельно. Інтраопераційна інфузійна терапія проводилась по принципу помірної гіперволемічної гемоділюції, з метою підтримання повноцінної периферичної циркуляції. Темп внутрішньовенних інфузій складав 12–15 мл/кг/год., темп сечовиділення не менше 2 мл/кг/год. В якості кристалодів використовували 5% глюкозу, 0,9% розчин хлориду натрію, іоностеріл, в якості колоїдів використовували 6% розчин рефортану. Трансфузія еритроцитарної маси проводилась з врахуванням об'єму крововтрати під контролем рівня гемоглобіну 80–100 г/л, гематокриту 28–30%. В післяопераційному періоді продовжували терапію низькомолекулярними гепаринами, реологічними препаратами, антиоксидантними препаратами.

Результати та їх обговорення. Апробована методика дозволила забезпечити життєздатність трансплантованих комплексів тканин, та повне приживлення аутоотрансплантантів в 91,7% випадків, в 8,3% відмічено тромбоз венозних мікросудинних анастомозів. В 1 випадку був летальний випадок в результаті гострого порушення мозкового кровообігу по геморагічному типу.

Висновки. Відпрацьована методика сприяла покращенню результатів реконструктивно-пластичних операцій з мікрохірургічною технікою.

ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ПЛАЗМАФОТОФЕРЕЗУ ХВОРИМ НА Т-КЛІТИННІ ЛІМФОМИ ШКІРИ ТА ПСОРИАЗ

Курган Д.М.

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

У патогенезі Т-клітинних лімфом шкіри (Т-КЛШ) (гриболоподібний мікоз, синдром Сезарі) та псоріазу дочичними є морфологічні зміни шкіри, зокрема наявність акантозу, екзоцитозу та спонгіозу, порушення

функцій субпопуляцій Т-лімфоцитів, а саме CD4+ (хелперів) та накопичення їх в дермі. В лікуванні Т-КЛШ та псоріазу застосовують PUVA-терапію. Чинником її є опромінення шкіри ультрафіолетом діапазону А

(УФА, $\gamma=320-400$ нм), після приймання *per os* 8-метоксипсоралену (8-МОП). Мішенню УФА є Т-лімфоцити. Рецидиви Т-КЛШ та псоріазу лікують повторними курсами PUVA-терапії. Часті опромінення можуть провокувати злоякісні переродження в шкірі. В кінці минулого століття R. Edelson замість шкіри опромінив УФА лейкомасу хворого і ретрансфузував. Цей спосіб він назвав "фотоферезом" (ФФ). Екстракорпоральне опромінення лейкомаси при ФФ усуває недоліки PUVA-терапії.

Для лікування 17 хворих на Т-КЛШ і 8 на псоріаз, після базисної терапії супутніх захворювань, застосували курси ФФ по 6–10 операцій з інтервалами 12–14 днів та вобензим по 0,4 драже/кг маси тіла в добу. Одночасно для усунення явищ загальної інтоксикації проводили лікувальний плазмаферез (П). Лейкомасу для ФФ отримували дискретним П через 2 год після прийому *per os* 0,4–0,5 мг/кг маси тіла охорален- α (8-МОП). Лейкомасу опромінювали 4 рази УФА в апараті "Изольда" (лампа ЛУФ-8 400 люксів) у проточному режимі через одноразову кювету при дебіті 10 мл за хвилину і ретрансфузували. Кількість видалення плазми залежала від рівня загального білка сироватки крові. При білку 63 ± 2 г/л видаляли до 500 мл плазми, яку заміщали 0,9% розчином NaCl. В разі гіпопротеїнемії (білок менше 60 г/л) ексфузію заміщали лактопротеїном з сорбітолом. У випадках значень білку більше 65 г/л ексфузія становила 900 ± 150 мл. Заміщення її кристалоїдами іноді викликало негативні прояви — гіпотонію, тахікардію, потіння тощо. Тому для їх профілактики використовували плазмозамінники поліфункціональної дії (ППД): реосорбілакт або ксилат та кристалоїди. В усіх випадках заміщення перевищувало ексфузію на 100–150 мл. Ефективність оцінювали за даними лабораторних досліджень і динамікою клінічної симптоматики. При використанні ППД для заміщення

значних ексфузій операцій ПФФ у хворих на Т-КЛШ і псоріаз порушень гемодинаміки та самопочуття не відмічено.

Результати досліджень: на I–II стадії грибоподібного мікозу відмічені стійкі ремісії в 12 хворих, на III–IV стадіях, в 3 хв. відмічено покращання і 2 померло. Хворий Д., 60 р. д-з синдром Сесарі. При огляді — гіперемія, набряк шкіри на всій поверхні тіла, зневоднення, явища загальної інтоксикації, гіпопротеїнемія (заг. білок 59 г/л.). Застосували П. Ексфузію заміщали лактопротеїном з сорбітолом, кристалоїдами. Після заміщення інтоксикації — курс ПФФ з таким же заміщенням ексфузій. Білок нормалізувався (64–65 г/л), стан покращився.

Ефективне лікування ПФФ відмічено в усіх хворих на псоріаз. Ремісія з нівелюванням уражень шкіри наступила в 7 хворих, яку спостерігаємо від 5 років. У хворого С., 35 років, хворіє на псоріаз 20 років. При поступленні на лікування ураження шкіри на всій поверхні тіла, виражена псоріатична артропатія, тяжкі деструктивні зміни, деформації та анкілози суглобів, гранульма нігтевого ложа з малігнізацією, ендогенна інтоксикація. Провели 4 операції ПФФ. Ексфузії 700 ± 100 мл заміщали ксилатом і кристалоїдами. Явища інтоксикації зникли, ураження шкіри зменшилися. Порушень гемодинаміки не відмічено.

При операціях ПФФ в хворих на Т-КЛШ та псоріаз з нормопропротеїнемією заміщення ексфузій реосорбілактом і ксилатом попереджує можливі зрушення кислотно-лужного та водно-електролітного стану. В разі гіпопротеїнемії при ПФФ в цих хворих заміщення ексфузій лактопротеїном з сорбітолом нормалізовує білково-електролітний стан. Тобто використання ППД розширює можливості застосування ПФФ в лікуванні хворих на Т-КЛШ і псоріаз з порушеннями білково-електролітного та кислотно-лужного гомеостазу.

ЛЕЧЕНИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ БУПИВАКАИНА С ПОМОЩЬЮ ИНФУЗИИ ЖИРОВЫХ ЭМУЛЬСИЙ

Лесной И.И., Климчук Л.В.

Государственное учреждение "Национальный институт рака", Киев

Жировые эмульсии начали использовать в клинической практике с 1957 года. Главными их компонентом являются растительные масла, содержащие жирные кислоты, представленными длинными цепями атомов углерода.

Основное действие жировых эмульсий заключается в восполнении дефицита жирных кислот и в восстановлении энергетического баланса организма. Кроме нутритивного действия они оказывают и ряд других эффектов: подавляют избыточную липаземию при деструктивном панкреатите, могут связывать микробные эндотоксины, что позволяет использовать препараты для дезинтоксикации при бактериальном сепсисе. Основным показанием к применению жировых эмульсий является дефицит эссенциальных жирных кислот и нарушение жирового обмена.

В последние несколько лет появилось много сообщений об эффективном использовании жировых эмульсий во время проведения сердечно-легочной реанимации вследствие токсического действия местных анестетиков,

в частности, бупивакаина. Известно, что бупивакаин обладает кардиотоксическим эффектом. При значительном росте популярности регионарной анестезии, соответственно и сообщается и об увеличении вероятности токсического действия бупивакаина при случайном внутривенном введении или при его грубой передозировки. В большинстве случаев сердечно-легочная реанимация является неэффективной. В опытах на животных было показано, что жировые эмульсии являются эффективным антидотом при токсическом действии бупивакаина. Так, в опытах на крысах было показано, что токсическая доза бупивакаина была увеличена на 50% у тех животных, которым предварительно было проведена инфузия жировой эмульсии. Наиболее показательными были результаты опытов на собаках, где было показано, что включение в комплекс сердечно-легочной реанимации жировых эмульсий значительно увеличивало выживаемость животных. Так из 10 животных, которым не вводились жировые эмульсии во время сердечно-легочной реанимации, ни одно животное не выжило, тогда

как, в группе животных, которым во время сердечно-легочной реанимации вводились жировые эмульсии, выжили все животные. Имеются немногочисленные сообщения об эффективной сердечно-легочной реанимации, связанной с остановкой сердечной деятельности у людей при случайном внутривенном введении бупивакаина. Более того, того имеются сообщения из различных клиник о включении в протокол сердечно-легочной реанимации растворов жировых эмульсий.

В настоящее время не выявлен точный механизм антидотного эффекта жировых эмульсий для лечения

токсических проявлений местных анестетиков. Одним из предположений является то, что жировые эмульсии поглощают или адсорбируют молекулы циркулирующего местного анестетика из плазмы, тем самым, снижая его токсические проявления.

В заключении, мы считаем, что, несмотря на отсутствие рандомизированных исследований по этому вопросу, не стоит пренебрегать такими препаратами как жировые эмульсии, при проведении сердечно-легочной реанимации из-за токсического действия местных анестетиков.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лукашенко А.В.

Государственное учреждение "Национальный институт рака", Киев

Высокое распространение нутритивной недостаточности у онкологических больных не только ограничивает возможности применения современных методов лечения, но и может являться непосредственной причиной опасных для жизни осложнений. Недостаточность питания имеет ряд негативных последствий и является у 46-88% онкологических больных (ESPEN, 2000). В патогенезе нарушений обменных процессов при злокачественных новообразованиях можно выделить следующие звенья: анорексия и нарушение пищеварительной функции желудочно-кишечного тракта; расстройство обмена аминокислот и белков, в частности, потеря тканевых аминокислот и протеинов вследствие усиления реакций глюконеогенеза, уменьшение содержания альбуминов в крови в результате ускорения их распада, потеря азота с мочой; увеличение расхода энергии тканями; активный захват азота, глюкозы, витаминов и других соединений растущей опухолью. В итоге возникает дефицит соответствующих метаболитов в организме. У больных с запущенными стадиями злокачественных новообразований на фоне раковой интоксикации полиорганная недостаточность провоцирует синдром системной воспалительной реакции и супрессию иммунного ответа. Полиорганная недостаточность в раннем послеоперационном периоде, особенно при функциональной недостаточности поджелудочной железы и печени, приводят к нарушению полостного пищеварения. Основным методом профилактики и лечения нарушений белково-энергетической недостаточности является адекватная своевременная качественная оптимальная нутритивная поддержка, адапти-

рованная под специфические расстройства метаболизма онкологических больных. Несмотря на значительный прогресс методов и средств энтерального питания в современной клинической медицине и онкологии в частности удельный вес парентерального питания остается доминирующим.

Парентеральная нутритивная поддержка должна включать в себя коррекцию водно-электролитного обмена (солевые растворы, включая такие элементы как Na, K, Ca, Cl, Mg и т.д.), энергетического обмена, а также обмена липидов и белка. Последний компонент заслуживает особого внимания, коррекция белкового обмена проводится путем введения растворов аминокислот. Основными требованиями к высококачественно смеси кристаллических аминокислот является сбалансированное соотношение незаменимых аминокислот (45-46% от общего числа) с условно заменимыми и полностью заменимыми, а также показатели отношения лейцин/изолейцин (более 1,5); содержание глутаминовой кислоты (не менее 4,6 г/л). Помимо состава, необходимо также принимать во внимание следующие показатели: 1) число аминокислот; 2) концентрация азота в растворе; 3) наличие в растворе электролитов; 4) наличие в растворе глюкозы; 5) энергоёмкость; 6) осмолярность.

Все вышесказанное доказывает необходимость нутритивной поддержки любого, в частности, хирургического пациента. Назначение искусственного питания должно осуществляться в ранние сроки, ибо гораздо легче поддерживать нормальный питательный статус, чем восстанавливать нарушенный.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ С МАЛООБЪЕМНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ВОСПОЛНЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

А. В. Марченко, А. Н. Фруль

Городская больница им. А. и О. Тропиных, Херсон

Отечный синдром (ОС) сопутствует различным патологиям: острая, хроническая почечная недостаточность; при интоксикациях, пиелонефрите, гломерулонефрите; нефропатии — при сахарном диабете; гестозе — при патологическом развитии беременности; гиперволемиа — при тяжелой печеночной недостаточности; сердечно-сосудистой недостаточности.

Традиционная терапия ОС, включающая диуретики, мембраностабилизаторы, сердечно-сосудистые препараты, высокоосмолярные инфузионные растворы, не всегда дают положительный результат.

При любом отеком синдроме (ОС), кроме усиленного удаления эндогенной жидкости, необходимо удалять различную природы как эндо- так и экзотоксины, что в свою очередь является показанием для проведения экстракорпоральных методов детоксикации (гемодиализ, ультрафильтрация, плазмаферез (ПА) ...).

Проведение сеансов лечебного ПА при интоксикациях с сопутствующим ОС вызывает ряд сложностей, связанных с выбором количества и качества средств восполнения ОЦП. Классический подход в выборе возмещения потерянного ОЦП при ОС не только может не принести положительного результата, но и усугубит состояния больного за счет изменения ОЦК, осмолярности и снижения концентрации белков крови после сеанса ПА. С целью нивелирования вышеперечисленных моментов нами предпринята попытка уменьшения объема восполнения ОЦП до соотношения 1:1, и даже до создания искусственного дефицита ОЦК во время процедуры, полностью отказавшись от восполняющих растворов.

Целью и задачей нашего исследования, на основании вышеизложенного, явилось изучения влияния ПА, проводимого с восполнением ОЦП в нулевом или даже отрицательном балансе, на показатели гемодинамики, концентрации белков крови, динамики ОС и показателей интоксикации.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 37 больных с наличием ОС при: диабетической нефропатии (16 больных), ХПН, вызванные пиелонефритом (5), ХПН, вызванная гломерулонефритом (4), токсикоз беременности (7), ХПечН (5).

Показаниями для проведения ПА являлись проявления токсемии, наличие ОС, нарушения гемодинамики, неэффективность стандартной терапии, отсутствие декомпенсации ССС. Всем пациентам проводилось УЗИ внутренних органов, контролировался суточный диурез, не менее 3-кратно общеклинические лабораторные исследования, биохимические показатели крови, средние молекулы, протеинограмма, Ht, по необходимости — коагулограмма. Во время ПА проводился мониторинг А/Д, ЧСС, ЦВД, пульсоксиметрия. С целью обеспечения полного контакта с больным во время процедуры, премедикация не назначалась. Плазмаферез проводили с использованием гемаконовых

контейнеров на рефрижераторных центрифугах ЦПР-ИПС-6 и аппаратным методом (аппарат "Гемофеникс").

Сеансы ПА проводили с интервалом 24–48 час по 2–4 сеанса за курс лечения. За 1 сеанс эксфузировалось 1000–2000 мл плазмы. Возмещение ОЦП проводилось 0,9% р-ром NaCl, 10% р-ром гидроксиэтилкрахмала в объеме 20–100% от удаленной плазмы. Р-ры альбумина и препараты донорской плазмы не применялись. У 2 пациентов развившаяся гипотония до значений 80–90 мм. рт. ст. быстро купировалась прекращением забора крови, положением Тренделенбурга.

Результаты исследования. На фоне проводимого курса ПА у всех пациентов отмечалось уменьшение ОС, увеличение суточного диуреза. По нашему мнению, эти положительные результаты обусловлены искусственным уменьшением ОЦК во время сеанса ПА, перемещением экстравазальной жидкости в сосудистое русло, увеличения онкотического давления за счет использования гидроэтилкрахмала и соответственно усиления диуреза.

Снижение показателей белков крови отмечалось у 3 пациентов (у 2 — с циррозом печени, у 1 — с ХПН на фоне сахарного диабета), в результате чего пришлось курс ПА сократить до 2 сеансов. У всех остальных пациентов лабораторно отмечалось повышение уровней протеинов крови.

Положительная динамика в протеинограмме, вероятно, обусловлена дезинтоксикационным эффектом ПА, возвращением белков крови в сосудистое русло вследствие эффекта "дренирования" микроциркуляции

У 29 пациентов на фоне проводимого курса ПА отмечалось снижение токсемии. Снижались показатели билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина, средних молекул — в зависимости от преобладания патологии.

У 8 пациентов не удалось добиться снижения токсемии, но все они отмечали улучшение самочувствия, уменьшение ОС. Отсутствие положительной динамики в лабораторных показателях эндотоксемии этой группы пациентов, видимо, можно объяснить декомпенсированным течением основного заболевания.

Выводы. Добавление в комплексную терапию лечебного ПА пациентам с эндотоксемией на фоне ОС позволяет быстрее стабилизировать состояние больного.

Восполнение ОЦП может проводиться не в полном объеме. В замещающие р-ры можно включать концентрированные гидроксиэтилкрахмалы. Использование белковых препаратов, с целью возмещения ОЦП и повышение уровня протеинов крови при ОС- нецелесообразно, в связи с нарушением капиллярной проницаемости у данной группы больных.

Низкие показатели белков крови у данной группы больных не являются истинной гипопроотеинемией, а результат эндотоксического поражения капиллярной проницаемости, вызвавшего белковый дисбаланс.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Межирова Н.М., Данилова В.В., Перхун М.И., Кравцова Г.Д.

*Харьковский национальный медицинский университет
ОДКБ № 1, Харьков*

Главным элементом интенсивной терапии новорожденных с хирургической патологией в периоперационном периоде остается инфузионная терапия, эффективность которой трудно переоценить. С ее помощью успешно обеспечивается коррекция нарушений гомеостаза: водно-электролитного баланса, реологических свойств крови, сосудистых нарушений и т.д. Эффективность проведения инфузионной терапии зависит от многих факторов, ведущими из которых являются — техническое обеспечение, выбор сосудистого доступа, объем инфузионной терапии, скорость введения и состав инфузионных сред.

Чрезвычайно важным аспектом эффективной инфузионной терапии является техническое обеспечение. В нашем отделении используются инфузоматы, позволяющие обеспечить скорость инфузии от 0,1 мл/час с постоянным равномерным поступлением инфузионных сред на протяжении суток. Следует отметить, что с введением современной аппаратуры улучшилось качество инфузионной терапии и интенсивной терапии в целом.

Вопрос выбора венозного доступа за последнее десятилетие существенно изменился: если раньше мы отдавали предпочтение катетеризации пупочной или центральных вен, то сейчас на первое место выходит катетеризация периферических сосудов венфлюновыми катетерами, а также силастиковыми катетерами длительного использования.

Объем инфузионной терапии определяем на основании клинических и биохимических параметров, в среднем доношенным новорожденным — 10 мл/кг/сутки, недоношенным — 1 мл/кг/сутки. Скорость инфу-

зии рассчитываем на 24 часа равномерно, начальная скорость введения инфузионных растворов у доношенных новорожденных 3 мл/час. Обязательно проводится мониторинг АД во время инфузионной терапии, т.к. это также позволяет корректировать объем инфузионной терапии и скорость введения. Коррекцию дозы жидкости проводим на основании темпа диуреза (2–5 мл/кг/час), динамики массы тела.

Что касается состава инфузионных сред, в нашем отделении отдается предпочтение физиологичным растворам, таким как раствор глюкозы 5%, раствор NaCl 0,9%. В послеоперационном периоде при потере ОЦК более 15%, которое сопровождается снижением гемоглобина ниже 80 г/л, проводится гемотрансфузия. При развитии ДВС-синдрома проводится переливание свежесмороженной плазмы, что является основным показанием для ее использования.

Парентеральное питание остается важным компонентом в интенсивной терапии новорожденных, особенно с хирургической патологией. Обеспечение питательными и энергетическими ингредиентами начинаем на 2–3 сутки после оперативного лечения с использования аминокислот (Инфезол, Аминовен, Аминоплазмаль), а на 3–4 сутки послеоперационного периода добавляем жировые эмульсии (Липофундин, Интралипид). Однако вышеперечисленные аминокислотные смеси не совсем подходят для новорожденных детей, т.к. их состав не учитывает особенности их обмена у новорожденных и возможно развитие гиперфенилаланинемия и дефицит тирозина. В настоящее время привлекает внимание аминокислотная смесь Аминовен Инфант — специальный 6 и 10% раствор аминокислот для новорожденных.

ВИКОРИСТАННЯ ГІПЕРТОНІЧНИХ РОЗЧИНІВ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ІНТРАДІАЛІЗНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ

Могильник А.І., Дикий О.М.

ВДНЗ "Українська медична стоматологічна академія", Полтава

Захворюваність і поширеність хронічної хвороби нирок 5 стадії у 2006 р. склала 2,1 та 8,4 випадку на 100 тисяч населення, в тому числі пролонгованої замісними діалізними методами терапії — 1,6 та 6,1 відповідно. Гемодіаліз залишається основним методом замісної ниркової терапії хворих з термінальною хронічною нирковою недостатністю. Найчастішим ускладненням під час сеансу гемодіалізу є гіпотензія (до 30%).

Існує три основні групи причин інтрадіалізної артеріальної гіпотензії:

1) пов'язані з надлишковим зменшенням об'єму циркулюючої крові (ОЦК) (коливання та висока швидкість ультрафільтрації (УФ), зниження ваги нижче "сухої", надто низький рівень натрію діалізуємого розчину);

2) пов'язані з недостатньою вазоконстрикцією (автономна нейропатія, ішемія тканин, відносна недостатність симпатичної нервової системи);

3) пов'язані з патологією серця.

Частіше за інші причиною гіпотензії є висока швидкість УФ, при якій рідина з позасудинного простору не встигає переходити до судинного сектора, що призводить до зменшення ОЦК, серцевого викиду та, як результат, артеріальної гіпотензії і порушенню перфузії тканин, в тому числі мозку, з відповідною симптоматикою. Зменшити цю швидкість можливо лише двома способами: обмежити міждіалізний набір рідини і збільшити частоту або час процедур гемодіалізу, але це не завжди можливо, тому часто доводиться медикаментозно корегувати це ускладнення. Найбільш патогенетично обґрунтованим з метою корекції інтрадіалізної гіпотензії є введення гіперосмолярних розчинів.

Нами, на базі Нефрологічного центру Полтавської обласної клінічної лікарні, з цією метою використовується 20% розчин сорбітолу (Сорбілакт) у дозі 2,0–2,5

мл/кг. Завдяки гіперосмолярності розчину та високому волемічному коефіцієнту шляхом низькооб'ємної інфузії вдається швидко мобілізувати рідину в судинне русло з інтерстиціального простору, чим збільшити ОЦК, венозне повернення і діастолічне наповнення серця і тим самим нормалізувати серцевий викид, артеріальний тиск і перфузію тканин.

Наші спостереження показали перевагу використання Сорбілакта над інфузією ізо- і гіпертонічних сольових розчинів через більшу швидкість досягнення і тривалість гемодинамічного ефекту, відсутність введення в організм додаткової рідини та іонів натрія. При використанні ізотонічних сольових розчинів (0,9% роз-

чин натрія хлориду, розчин Рінгера, Рінгера-Локка) для стабілізації гемодинаміки при виникненні інтрадіалізної гіпотензії необхідно провести інфузію 400–500 мл, у зв'язку з чим не досягнеться "суха" вага на кінець сеансу. При застосуванні 10% розчину натрія хлориду об'єм інфузії та гемодинамічний ефект приблизно порівнюється, але супроводжується збільшенням натріємії, спрагою і збільшеним вживанням рідини в ранній післядіалізний період, чого не спостерігається при використанні 20% розчину сорбітолу. Тому можна рекомендувати використання Сорбілакту з метою корекції гемодинамічних порушень під час сеансів гемодіалізу.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА

Мушенко В.Е., Врублевская Т.Ю., Корнеевкова Т.В., Гнеденкова А.М.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

С интоксикационным синдромом приходится сталкиваться в разнообразных отраслях медицинской практики: токсикология, хирургия, инфекционные болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, травматология, ожоги. Интоксикационный синдром проявляется нарушениями водно-электролитного обмена, кислотно-основного и осмотического состояния организма. Дезинтоксикационная терапия направлена на коррекцию возникших нарушений. К осмотически активным кровезаменителям, позволяющим влиять на осмолярность и перераспределение жидкости по водным секторам организма относятся следующие препараты: "Гекодез" — 6% раствор гидроксиэтилкрахмала, "Гелофузин" — 4% раствор сукцинированного желатина. Доза данных препаратов определяется гиповолемией, связанной с интоксикацией либо с кровопотерей.

"Полиглюкин" — плазмозамещающий противошоковый препарат гемодинамического действия. Данный препарат вводится внутривенно капельно либо внутриа- ртериально.

"Реосорбилакт" и "Сорбилакт" — комплексные инфузионные растворы. Основными действующими веществами являются сорбитол и натрия лактат. Основные фармакологические свойства — дезинтоксикация, противошоковый эффект, стабилизация гемодинамики, коррекция кислотно-основного состояния крови. Доза при тяжелой интоксикации до 10–15 мл/кг, при кровотечениях — до 25 мл/кг.

"Сода Буфер" — средство для восстановления щелочного состояния крови и коррекции метаболического ацидоза. Применяется при отравлении слабыми органическими кислотами, при глубоких ожогах, диабетической коме. Расчет дозы производится следующим образом:

Дефицит оснований (–ВЕ) × кг массы тела больного × 0,3 × 2

При электролитном дисбалансе применяют препарат "ГИК", стимулирующий синтез АТФ, гликогена, белков, улучшающий обмен веществ в миокарде, увеличивающий продукцию адреналина надпочечниками. Вводится в дозе до 200 мл 2 раза в сутки под контролем уровня калия в сыворотке.

"Реамберин" — представляет собой сбалансированный раствор, содержащий янтарную кислоту. Обладает антиоксидантным, антиоксидическим, гепатопротекторным действием. Применяется внутривенно капельно в дозе до 400 мл в сутки.

"Ксилат" — пятиатомный спирт, который при внутривенном введении быстро включается в общий метаболизм. Имеет выраженный антикетогенный эффект, корригирует метаболический ацидоз. Суточная доза — 0,15 г/кг/час. Допустимо введение до 2100 мл в сутки.

Ознакомившись с инфузионными растворами, можно сделать вывод: дезинтоксикационный эффект инфузионной терапии возможен только в комплексном лечении и когда существуют предпосылки для усиления естественных путей детоксикации с помощью вводимого раствора.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мушенко В.Е., Корнеевкова Т.В., Гнеденкова А.М., Врублевская Т.Ю.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

Инфузионная терапия (ИТ) — раздел медицинской науки об управлении функциями организма путем целенаправленного воздействия на морфологический состав и физиологические свойства крови введением органических и неорганических трансфузионных средств. Основной целью ИТ является коррекция нарушений гоме-

остаза. Задачи реанимации и интенсивной терапии, возникающие перед врачом в конкретных клинических ситуациях, определяют основные направления ИТ:

— волюмокоррекция — восстановление адекватного объема циркулирующей крови (ОЦК) и нормализации ее состава при кровопотере;

- гемореокорекція — нормалізація гомеостатических і реологічних властивостей крові;
- інфузійна регідратація — підтримання нормальної мікро- і макроциркуляції (в частині — при клінічно вираженої дегідратації);
- нормалізація електролітного балансу і кислотно-основного рівноваги;
- активна інфузійна дезінтоксикація;
- обмінкорегуючі інфузії — пряме вплив на тканинний метаболізм за рахунок активних компонентів кровезамінителя.

Для рішення цих завдань створено широкий спектр інфузійних препаратів, які в найбільш загальному вигляді, виходячи з їх фізико-хімічних властивостей, можна розділити на кристаллоїдні, колоїдні і емульсії. Нами представлено характеристика деяких з них.

За останні десятиліття в багатьох країнах світу клас колоїдних плазмозамінюючих засобів на основі ГЭК (гідроксиетилкрахмалів) займає лідуюче місце, отримавши в другий план препарати на основі декстранів. Основними параметрами, що відображають фізико-хімічні властивості ГЭК, є їх молекулярна маса і ступінь заміщення (DS), яка представляє собою середнє число заміщених гідроксильних груп, що приходяться на глюкозну одиницю, і є основним показником, що відображає час циркуляції крахмала в судинному руслі. Дані величини можуть знаходитися в межах 0,4–0,8. Період напіввиведення ГЭК з DS, рівної 0,7, досягає 2 сут., DS 0,6 — 10 год, DS 0,4–0,55 — 3–4 год. Молекулярна маса різних розчинів ГЭК знаходиться в межах від 170 000 до 450 000 Д — чим менше молекулярна маса і DS, тим менше час циркуляції препарату в плазмі. Препарати з низькою молекулярною масою (130 000 Д) і DS 0,4 належать до фармакологічної групи тетракрахмалів; со середньої молекулярною масою (200 000 Д) і DS 0,5 — до групи пентакрахмалів; з високою молекулярною масою (450 000 Д) і DS 0,7 — до групи гексакрахмалів. Гексакрахмал порівняно з пента- і тетракрахмалом викликає більш тривалий плазмозамінюючий ефект, але може виконувати негативний вплив на згортку крові. На ринку України з пентакрахмалів зареєстровані Рефортан, Рефортан-плюс, Хаєс-Стерил; з гексакрахмалів — Стабізол; з групи тетракрахмалів Венофундін. ГЭК випускаються в формі 6% і 10% розчинів. Обмеження введеної дози залежить від генерації ГЭК. Чим більше молекулярна маса і ступінь заміщення, тим менший обсяг ГЭК можна ввести.

В даний час зберігають свої клінічні позиції волюмокоректори на основі желатини, одним з яких є препарат Гелофузін, що представляє собою 4% розчин желатини, попередньо обробленого сукциноматом. Після обробки така молекула представляє собою витягнуту ланцюжок колагену, що складається з амінокислот з приєднаними до них молекулами ангідриду янтарної кислоти, що надає молекулі великий негативний заряд на її поверхні. Це забезпечує стабільність розчину, обробленого сукциноматом желатини в судинному руслі, так як ендотелій судин також має негативний заряд. Таке будова молекули дозволяє покращити реологічні властивості препарату, забезпечити еритропротективний ефект, що особливо важливо при використанні апаратів штучного кровообігу (зни-

ження ступеня пошкодження еритроцитів) і переливання еритроцитарної маси, оскільки електроотрицательні властивості крові при її зберіганні зменшуються.

Важливим є застосування Гелофузіну в країнах Європи і СНГ, що свідчить про його переваги перед іншими штучними колоїдами, так як його молекулярна маса близька до ідеальної, а показник полідисперсності ближче до білка плазми крові. Гелофузін не викликає небажаних впливів на коагуляцію крові, навіть при перевищенні обсягу інфузії 4 л/сут. Використання препарату при гіповолемічних станах різного генезу у хворих хірургічного профілю викликає стійкий волюмічний і гемодинамічний ефект, усуває мікроциркуляторні порушення і покращує газотранспортну функцію крові.

К новим розчинам на основі багатоатомних спиртів належать Реосорбілакт і Сорбілакт. Обидва препарати містять сорбітол, основні катіони (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+}), аніон Cl^- і лактат-аніон. Сорбітол в препараті Реосорбілакт представлений в ізоосмотичній концентрації по відношенню до плазми крові, в препараті Сорбілакт — в гіпертонічній. Загальна осмолярність Реосорбілакта (900 мосмоль/л) в 3 рази перевищує осмолярність плазми крові, а Реосорбілакт (1670 мосмоль/л) — в 5,5 рази. Через гіперосмолярності препарати викликають вливання рідини з міжклітинного простору в судинне русло, що покращує мікроциркуляцію і перфузію тканин. Переміщення рідини з міжклітинного простору в внутрішньосудинний простір супроводжується збільшенням ОЦК за рахунок збільшення обсягу плазми. Через потужний специфічний осмодіуретичний ефект сорбітолу, пов'язаний з відсутністю у людини природних механізмів реабсорбції багатоатомних спиртів в проксимальних ниркових каналцях, відзначається виражене діуретичне дієння обох препаратів, особливо Сорбілакта. Крім цього, сорбітол, частково метаболізується до фруктози, сприяє нормалізації вуглеводного енергетичного обміну, нормалізує вуглеводний і ліпідний обмін, посилює моторику кишечника. Все це обумовлює широкий фармакологічний спектр властивостей Реосорбілакта і Сорбілакта: противошокове, енергетичне, дезінтоксикаційне, діуретичне дієння, корекцію метаболічного ацидозу.

Ксилат — комплексний інфузійний розчин, основними фармакологічними активними компонентами якого є ксиліт і натрій ацетат. Осмолярність становить 610 мосмоль/л, рН — 6,0–7,6. Ксиліт — джерело енергії незалежним від інсуліну метаболізмом. Дієє антикетогенно і ліпотропно, рекомендується для парентерального харчування хворих, перенесених операції на ЖКТ. Ксиліт стимулює окислення жирних кислот некетогенним шляхом метаболізму і сприяє використанню кетонів в циклі Кребса, що важливо при використанні препарату у хворих з цукровим діабетом. При систематичному використанні це сприяє зменшенню гіперглікемії, глюкозурії, зменшенню доз інсуліну. Натрій ацетат забезпечує підщелачиваючий ефект замедленого дієння. При його використанні, корекція метаболічного ацидозу відбувається повільно і не викликає різких коливань рН крові, на відміну від натрію гідрокарбонату. Тобто, через свій склад, Ксилат забезпечує гемодинамічний і діуретичний ефекти.

Одним из новых инфузионных препаратов, участвующих в коррекции метаболических нарушений, является Реамберин — полиионный раствор, основное действующее вещество которого — янтарная кислота. Янтарная кислота является универсальным промежуточным метаболитом цикла Кребса в животных и растительных клетках. Препарат применяется для коррекции метаболических последствий ишемических и реперфузионных повреждений органов и тканей. Главный фармакологический эффект обусловлен его спо-

собностью повышать компенсаторную активацию аэробного гликолиза, снижать степень угнетения окислительных процессов в цикле Кребса митохондрий и увеличивать внутриклеточный фонд макроэргических соединений — АДФ, креатинфосфата. Реамберин активизирует антиоксидантную систему ферментов и тормозит процессы перекисного окисления липидов в ишемизированных органах, оказывая мембраностабилизирующее действие на клетки головного мозга, миокарда, печени и почек.

КИСЛОРОДНЫЙ БАЛАНС ГОЛОВНОГО МОЗГА И ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Мушенко В.Е., Серебрякова Т.Н., Ткачук А.Ю.

Государственное учреждение "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", Харьков

Острая кровопотеря (ОК) — одна из основных причин, вызывающих серьёзные нарушения внутренней среды организма. К компенсаторным реакциям при ОК на уровне тканей и микроциркуляторного русла относятся: повышение экстракции кислорода, увеличение количества открытых капилляров с ростом скорости капиллярного кровотока и снижение сродства гемоглобина к кислороду.

Цель исследования — оценить эффективность инфузионной терапии на догоспитальном этапе, изучить способность головного мозга к экстракции кислорода у больных с острой кровопотерей на момент поступления в стационар.

Обследовано 26 пациентов с острой кровопотерей язвенного генеза в возрасте от 43 до 79 лет, 16 мужчин и 10 женщин. При эндоскопическом исследовании язва желудка диагностирована у 8 пациентов, язва двенадцатиперстной кишки — у 17, язва двойной локализации (желудка и двенадцатиперстной кишки) у одного пациента. У всех больных имела место кровопотеря III класса по классификации кровопотери Американской Коллегии хирургов (30–40% ОЦК). По клиническим данным и неврологическому статусу у больных диагностирована компенсированная недостаточность функции ЦНС — 13–14 баллов по ШКГ (Чаленко В.В., 1998). Для характеристики состояния кислородного баланса головного мозга изучали газы крови, показатели КЩС в артериальной крови (внутренняя сонная артерия) и венозной (внутренняя яремная вена). Забор крови осуществлялся при поступлении в стационар после проведенной инфузионной терапии на догоспитальном этапе

(солевые изотонические растворы + декстраны). Показатели центральной гемодинамики определялись с помощью интегральной реокардиографии по Тищенко. Данные реограмм регистрировались и обрабатывались комплексом DX — NT Reo фирмы "DX — Комплекс", Харьков. Объём инфузионной терапии на догоспитальном этапе составил $12,6 \pm 4,1$ мл/кг от массы тела, из них $3,8 \pm 0,9$ мл/кг составили декстраны (реополиглюкин), остальное — изотонический раствор NaCl. Пациенты поступали в тяжелом состоянии с явлениями циркуляторно-гемической гипоксии (НВ — $73,26 \pm 11,09$ г/л, АДсист — $86,33 \pm 12,02$ мм.рт.ст., CaO_2 — $84,72 \pm 15,02$ мл/л, ИКП — $161,56 \pm 48,15$ л/мин·м²). Показатели гемодинамики удерживались на уровне субкомпенсации, ОПСС и УИ — на уровне нижней границы нормы (ОПСС — $952,76 \pm 209,51$ дин/с·см⁵·м², УИ — $29,97 \pm 7,98$ мл/м² соответственно, МОК удерживался в границах компенсации за счёт ЧСС). В условиях низкой доставки O_2 (DO_2 — $303,86 \pm 88,55$ мл/мин) головной мозг компенсировал её повышением утилизации кислорода (O_2ER — $0,46 \pm 0,13$). Церебральная экстракция также повышалась (CE O_2 — $45,41 \pm 7,29\%$).

Выводы: инфузионная терапия в "малых" дозах $12,6 \pm 4,1$ мл/кг на догоспитальном этапе позволяет избежать декомпенсации гемодинамики, удерживает её на минимально необходимом уровне, не способствует возобновлению/продолжению кровотечения. Головной мозг в условиях ОК и циркуляторно-гемической гипоксии повышает экстракцию и утилизацию кислорода из притекающей крови.

ДЕТОКСИКАЦІЙНА ТА ПРОТИМІКРОБНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Ничитайло М.Ю., Шкарбан П.О., Шкарбан В.П.

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова АМН України

Гострий холангіт у хворих з доброякісною обструкцією жовчних шляхів супроводжується вираженою інтоксикацією, швидким розмноженням патогенної мікрофлори жовчі, генералізацією процесу у вигляді холангіогенних абсцесів печінки та біліарного сепсису. Все це призводить до розвитку синдрому поліорганної

дисфункції, та як наслідок негативних результатів лікування.

Метою нашого дослідження була розробка ефективних методів та заходів детоксикаційної та протимікробної терапії у хворих з доброякісною обструкцією жовчних шляхів.

Основною причиною якої був холедохолітіаз — 137 хворих, стриктури позапечіночних жовчних шляхів — 46, тубулярний стеноз холедоха — 14 пацієнтів.

Найчастіше ми застосовували найбільш доступні й прості способи активної детоксикації: введення гемодіалітантів та кровозамінників в системний кровообіг. Збільшення об'єму плазми та позаклітинного рідинного простору сприяло зменшенню концентрації ендотоксинів, особливо в умовах гіповолемії та дегідратації. Клінічний ефект зумовлений не лише простим розведенням ендотоксинів, а й поліпшенням системної та органної гемодинаміки, дезагрегацією клітин крові та метаболічним ефектом на клітинному рівні. Перевагу віддавали полііонним розчинам, які найкраще моделюють склад позаклітинної рідини (Рингер-лактатний), кровозамінникам детоксикаційної дії (неогемодез). Ефективність детоксикації підсилювалася діуретичним ефектом цих розчинів, що характерно також для реополіглокіну.

Як плазморозширювач використовували препарати гідроксиетилкрохмалю — Гекодез, особливо ефективний для корекції розладів мікроциркуляції в найближчому післяопераційному періоді та у тяжко хворих.

Комплексне лікування гострого холангіту обов'язково включало адекватну загальну та регіонарну протимікробну терапію. З цією метою хворі отримували препарат Бігафлон (фторхінолон ІУ покоління) в дозі

400 мг 1 раз на добу, при важкому перебігу добу дозу збільшували вдвічі. Паралельно з антибактеріальними препаратами всі хворі отримували внутрішньовенно метронідазол 1,5 г на добу.

При виконанні будь-яких втручань на жовчних шляхах (ендоскопічних, черезшкірних черезпечіночних, інтраопераційних), обов'язковим етапом було виконання санації останніх розчинами антисептиків. Препаратом вибору для цієї процедури є Декасан, який на основі проведеного проспективного рандомізованого дослідження, в яке було включено 106 хворих на гострий холангіт, довів свою перевагу над загальноприйнятими антисептичними та антибактеріальними препаратами для регіонарної терапії гострого холангіту.

Ефективність загальної та регіонарної терапії гострого холангіту оцінювали за клінічними ознаками, динамікою мікрофлори жовчі та адаптованою до даної патології оціночної шкали APACHE II.

Таким чином консервативна терапія гострого холангіту є невід'ємною частиною комплексного підходу до лікування таких хворих. Дає можливість адекватно підготувати хворих до оперативного лікування. Використання сучасних детоксикаційних та протимікробних засобів зменшує кількість можливих післяопераційних ускладнень та покращує результати лікування досить важкої категорії хворих на гострий холангіт.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЄЮ ЖІЛЬБЕРА В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ІНФУЗІЙНИМ ПРЕПАРАТОМ РЕОСОРБІЛАКТОМ

Новосад А.Б., Новосад А.М., Ошуркевич Л.Ю., Гельнер З.А., Гаврилюк З.О., Короткий В.В., Матушак О.М., Івасівка Р.С., Піндак М.В.

*Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Незважаючи на доброякісність перебігу хвороби Жільбера у період загострення хворі відчувають втому, порушення працездатності, дратівливість, порушення сну, депресію, що зумовлені підвищенням рівня білірубіну крові. У важких випадках можуть спостерігатися психози, в зв'язку з чим пацієнти лікуються у психіатричних клініках. Тому розробка нових методів лікування на даний час залишається актуальною.

Нами був запропонований спосіб лікування загострень при доброякісній гіпербілірубінемії Жільбера з застосуванням комплексного інфузійного препарату Реосорбілакт у вигляді внутрішньовенних крапельних вливань по 200–400 мл до семи інфузій, залежно від ступеня підвищення рівня білірубіну.

У попередніх дослідженнях нами було показано, що лікування таких пацієнтів із застосуванням Реосорбілакту сприяє прискоренню клініко-біохімічної ремісії за рахунок статистично достовірного ($p < 0,05$) зниження рівня білірубіну крові та його нормалізації.

Метою даної роботи був аналіз впливу інфузій Реосорбілакту у пацієнтів з хворобою Жільбера на гематологічні показники (загальний аналіз крові) в процесі лікування.

В 40 обстежених пацієнтів з хворобою Жільбера до лікування показники загального аналізу крові (гемоглобін, кольоровий показник, ШОЕ, клітинний склад, лейкоцитарна формула) були в межах нормальних величин, що характерно для цього захворювання.

Повторний статистичний аналіз гематологічних показників, який був проведений після курсу інфузійної терапії Реосорбілактом, показав, що досліджувані показники статистично не змінювались у порівнянні з вихідними результатами ($p > 0,05$) і знаходились в межах норми.

Отримані результати дають змогу рекомендувати Реосорбілакт для застосування в комплексі лікування хворих на доброякісну гіпербілірубінемію Жільбера.

ДО ЛІКУВАННЯ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Одолінський С.С.¹, Малоголовка О.А.², Середа І.В.², Тимочків В.П.¹, Латинський Е.В.¹¹Хмельницька обласна лікарня²Кафедра хірургії ФПДО ВНМУ ім. М.І. Пирогова

За даними хірургічного відділення обласної лікарні 39% гострого панкреатиту становлять важкі форми захворювання, які потребують хірургічного втручання із дренажуванням черевної порожнини. Практично у всіх випадках відмічаються порушення фільтраційної функції нирок того, чи іншого ступеню. У 6 хворих відмічались явища гострої ниркової недостатності. З метою доповнення лікування основної патології замісною діалізою терапією лаваж черевної порожнини проводився шляхом введення збалансованого гіпертонічного глюкозо-сольового розчину (0,5 л щогодини — 24 цикла або 1 л через 2 год — 12 циклів) через встановлені дренажі. В одному випадку використовувалася стандартний розчин для перитонеального діалізу з концентрацією декстрану 2,27%. В інших випадках розчин для перитонеального діалізу готувався *ex tempore* на базі 0,9% розчину NaCl у скляних флаконах (26 циклів), пластикових контейнерів ПВХ 0,5 л (27 циклів), пластикових контейнерів ПВХ 1 л (ООО "ЮРІЯ-ФАРМ") (35 циклів),

який доповнювався розчинами глюкози, CaCl₂ та MgSO₄. Об'єм глюкози, як основного чинника осмолярності, визначався індивідуально в залежності від балансу рідини, проведеної через черевну порожнину. Тривалість лікування становила 1–3 доби в залежності від добового діурезу, рівня креатинину і сечовини крові. Констатовано, що застосування діалізного розчину, приготовленого на базі пластикових контейнерів ПВХ 1 л виробництва ООО "ЮРІЯ-ФАРМ", є зручним у використанні, забезпечує достатні умови асептики при проведенні процедури.

Таким чином, лікування важких форм гострого панкреатиту з порушенням фільтраційної функції нирок, які потребують хірургічного втручання із дренажуванням черевної порожнини, доцільно доповнювати перитонеальним лаважем розчином, який може бути приготованим *ex tempore* на базі 0,9% розчину NaCl у пластикових контейнерах ПВХ 1 л виробництва ООО "ЮРІЯ-ФАРМ".

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ В ЛІКУВАННІ БРУЦЕЛЬОЗУ

Оніщенко Т.Є., Савельєв В.Г., Рябоконт О.В.

Запорізький державний медичний університет

Бруцельоз зустрічається на всіх континентах світу, але особливо широко він реєструється в країнах Середземномор'я. В Україні, у теперішній час, реєструються лише поодинокі випадки привізного бруцельозу. Зокрема, за останні п'ять років було завезено до України 11 випадків бруцельозу (у 2002 р. — 1; у 2003 р. — 2; у 2004 р. — 2; у 2005 р. — 1 і в 2006 р. — 5). Випадки завезення бруцельозу в нашу країну були відмічені з Португалії, Іспанії та Азербайджану.

Проблема бруцельозу впродовж багатьох років продовжує залишатися актуальною. Однією з найяскравіших клінічних особливостей сучасного бруцельозу є наявність вираженої тенденції до переходу захворювання в хронічну форму з частою подальшою інвалідацією (Покровський В.І., Пак С.Г. с соавт., 2004).

Випадок привізного бруцельозу представляє особливий інтерес, оскільки в Запоріжжі і області дане захворювання не реєструвалося більше 20 років.

Хворий Х., 34 роки, знаходився в Португалії з 2000 р. по 2007 р., де працював будівельником. У червні-липні 2006 р. вперше відчув болі в лівому гомілковостопному, колінному і тазостегновому суглобах. Не лікувався. Болі купувалися самостійно. Проте, через 6 міс, після переохолодження знову підвищилася температура до 39°C, з'явилися слабкість, пітливість, болі в правій половині грудної клітини та лівому гомілковостопному суглобі. Хворий знаходився в стаціонарі у Португалії, де йому і був встановлений діагноз "Бруцельоз". Протягом цього періоду хворий отримав комбіновану антибактеріальну терапію (ріфампіцин і доксициклін), після курсу якої стан хворого був задовільним і пацієнт повернувся в Україну. Однак через 2 міс стан хворого погіршився і він був госпі-

талізований до інфекційної лікарні. При надходженні хворий пред'являв скарги на підвищення температури тіла до 39,2°C протягом 5 днів, озноби, пітливість, слабкість, стомлюваність, серцебиття, безсоння, внутрішню тривогу, болі в лівому гомілковостопному суглобі та утруднення при ходьбі. На підставі клініко-епідеміологічних даних та позитивної реакції Райта-Хедельсона в динаміці, був встановлений діагноз "Хронічний бруцельоз, кістково-суглобова форма з ураженням лівого гомілковостопного суглоба, рецидивуючий перебіг, фаза загострення".

У зв'язку з відсутністю стійкого ефекту від проведеної раніше антибактеріальної терапії та необхідністю проведення етіотропної терапії, препаратом вибору для її проведення став антибіотик левофлоксацин, фторхінолон III покоління. Хворий отримав курс лікування левофлоксацином протягом 8 тижнів: перші 10 днів внутрішньовенно крапельно у дозі 500 мг, потім у дозі 250 мг 2 рази на день *per os*. На тлі застосування препарату зниження температури тіла відзначено на 3-й день, субфебрильна температура утримувалася до 13-го дня стаціонарного лікування. Біль, гіперемія і набряклість у суглобі почали зменшуватися наприкінці першого тижня лікування. Напередодні виписки біль у суглобі хворого не турбував, він міг самостійно пересуватися. Рухова функція суглоба відновилася к кінцю 2-го місяця лікування. Побічних явищ при застосуванні препарату не виявлено. В подальшому при амбулаторному спостереженні загострення захворювання не реєструвалося.

За даними сучасної літератури відомо, що левофлоксацин виявив свою високу клінічну ефективність в лікуванні різних захворювань: пневмоній, пієлонефритів, сепсисі, бактерійних менингітів й ін. Тому при ви-

борі антибіотику в нашому випадку ми врахували здатність препарату добре проникати у всі органи та тканини організму, а особливо в кісткову; відсутність гепатотоксичної дії при тривалому застосуванні.

Таким чином, застосування левофлоксацину є ефективним в лікуванні бруцельозу, в тому числі і в умовах рецидивуючого перебігу, якщо раніше були застосовані інші антибактеріальні засоби.

ВПЛИВ ІНФУЗІЇ РЕАМБЕРИНУ НА ДИНАМІКУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СТРЕС УРАЖЕННІ

Павлов О.О., Павлов А.А.

Державна установа "Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України", Харків

Основною функцією мікроциркуляторної системи є забезпечення адекватної тканинної оксигенації і клітинного метаболізму шляхом транспорту кисню до тканин і зворотний транспорт метаболітів, що забезпечує імунний захист. Ушкодження ендотеліальних клітин лежить в основі порушень мікроциркуляторного кровоплину. Активація ендотелію циркулюючими запальними цитокинами веде до підвищеної експресії ендотеліальних адгезивних молекул. Активовані лейкоцити мають підвищену адгезивну здатність до ендотелію, що приводить до порушення ламінарного кровоплину і активації запалення з вивільненням прозапальних цитокинів, вільних радикалів, протеаз і інших медіаторів запалення. Ушкодження бар'єрної функції ендотелію з підвищенням капілярної проникності веде до тканинного набряку і порушення екстракції кисню внаслідок зниження парціального тиску кисню і капілярно-венозного градієнта кисню в результаті функціонального шунтування крові. Вирішення питання щодо впливу інфузії реамберину на показники ендотеліальної дисфункції при експериментальному стрес ураженні становить мету даного дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження з'явилось виявлення змін гомеостатичних функцій у статевозрілих щурів-самців лінії Wistar вагою 160–180 г, що утримувалися в стандартних умовах віварію Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України при нормальному освітленні і годуванні *ad libitum* з моделюванням гострого ураження шлунку. Дослідження проводили в п'яти групах тварин ($n=50$). У всіх групах щурів проводилося моделювання гострої болі. Дослідження проводилося відповідно до національних "Загальних етичних принципів експериментів на тваринах", схвалених першим Національним конгресом з біоетики (20.09.04 р., Київ, Україна), які узгоджуються з положенням "Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються для експериментальних і інших наукових цілей". Гострий біль вивчали на моделі щурів на електродній підлозі. Щура поміщали на дрову площадку, через яку пропускали електричний струм (прямокутні поштовхи струму тривалістю 10 мс із частотою 40 Гц) до появи першого писку. На протязі експерименту щури дихали атмосферним повітрям. В контрольній групі тварин (К) медикаментозну терапію не проводили, в групі (Р) — інфузію реамберину (2–3 мл/кг). Вивчення гомеостатичних показників проводилося в інтервали безпосередньо після моделювання гострої болі (початковий період), через 60 та 120 хв після неї. Визначення показників ендотеліальної дисфункції становило: вміст ендотеліну-1 у плазмі (Qendotelin — 4,4–7,87 пг/мл) венозної крові визначали радіоімунним методом з використанням наборів фірми "DRG" (США). Швидкість брижового кро-

воту (V_{mes} — 15–20 мм/хв) реєстрували з використанням ультразвукового доплерографу Siemens. За формулою $V_{mes} = dP / R$, де dP — різниця тиску на початку та в кінці судини, R — опір кровотоку. Визначенню підлягав показник кількості капілярів, що функціонують (M_{cap} — 25–30 од/зору), який визначали за допомогою мікроскопу МБИ-15 в минаючому світлі, що обладнаний фотореєстрацією. Для обробки отриманих результатів було використано нестационарний нейрорезультативний аналіз головних компонент, в основі якого лежить алгоритм навчання нейронної мережі Т. Сенгера, що забезпечує компроміс між фільтруючими та слідкуючими властивостями процедур обчислення головних компонент нестационарних масивів даних.

Результати та їх обговорення. Вплив фактору ураження в контрольній підгрупі супроводжується зниженням ($p<0,05$) показників V_{mes} та M_{cap} на $5,8\pm 0,2$ мм/хв та на $41,3\pm 11,7$ од/зору при одночасному зростанні показника Qendotelin на $3,94\pm 0,1$ пг/мл вже через 60 хв дослідження. Протягом часу, виявлена динаміка зберігається — продовжується тенденція до пригнічення мікроциркуляторної ланки з уповільненням брижового кровоплину, що супроводжується одночасним зростанням показників ендотеліальної дисфункції. Через 120 хв дослідження констатовано зниження ($p<0,05$) показників V_{mes} та M_{cap} на $7,9\pm 0,1$ мм/хв та $43,5\pm 13,5$ од/зору, а показник Qendotelin зберігає тенденцію до зростання на $6,42\pm 1,6$ пг/мл відносно до початкового етапу дослідження.

Вплив інфузії реамберину на показники, що підлягали дослідженню був різним. Так, вже через 60 хв дослідження відмічається, як і в контрольній підгрупі, тенденція до зниження показників V_{mes} та M_{cap} на $3,9\pm 0,1$ од/зору для підгрупи "Р". І зростання показника Qendotelin на $3,8\pm 0,2$ в підгрупі "Р". Але вже через 120 хв дослідження в підгрупі "Р" динаміки зазначеного показника відмічено не зареєстровано. Показник M_{cap} в зазначеній підгрупі залишався наприкінці дослідження без змін. А показник Qendotelin мав тенденцію до зростання ($p<0,05$) в підгрупі "Р" на $7,3\pm 0,7$ пг/мл.

Таким чином, експериментальне дослідження впливу стрес ураження виявило негативний вплив на показники мікроциркуляторної ланки. Динаміка яких впливає на розвиток ендотеліальної дисфункції. В той же час, дослідження представило суперечливі дані що до медикаментозного впливу на показники гомеостазу. Так, виявлено, що доручення до схеми інтенсивної терапії стресового ураження інфузії реамберину не має суттєвого позитивного впливу на показники гомеостазу, хоча і відмічається тенденція до їх стабілізації протягом кінцевого терміну дослідження. Виявлені неоднозначні результати впливу інфузії реамберину сприятимуть подальшому розвитку досліджень в напрямку досліджен-

ня механізмів реалізації впливу на показники ендотеліальної дисфункції.

Висновки:

1) експериментальне стрес ураження сприяє зниженню мікроциркуляторного кровоплину;

2) зниження показників мікроциркуляції активізує розвиток ендотеліальної дисфункції;

3) інфузія реамберину не зменшує пригнічення мікроциркуляторного кровоплину, але сприяє зниженню рівня ендотеліальної дисфункції.

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ УРАЖЕННІ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ОБОЛОНОК І РЕЧОВИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Панасюк О.В., Панасюк В.О., Петренко О.О.

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, Київ

За даними літератури, у 70–95% випадків не вдається прижиттєво провести етіологічну (МБТ+ і/або Гіст+) верифікацію туберкульозного менінгоенцефаліту (ТБМЕ), який, з одного боку, без застосування антимікобактеріальної терапії (АМБТ), закінчується 100% смертністю хворих протягом 3-х тижнів від початку з'явлення перших ознак менінгеального синдрому, з другого боку, якщо призначити адекватну АМБТ протягом перших 9 днів від початку згаданого синдрому, то може наступити выздоровлення такого хворого і, з третього боку, в теперішній час, коли в Україні хіміорезистентність, за даними новітньої літератури, коливається від 20 до 75% випадків, ефективність АМБТ при ТБМЕ досить низька.

Метою роботи було оптимізувати режим стартового антимікобактеріального лікування хворих на тубер-

кульозний менінгоенцефаліт через емпіричний вибір 4-х препаратів для інфузійної терапії. Спосіб полягає в тому, що щоденно внутрішньовенно протягом першого місяця застосовують в оптимальних добових дозах одразу кожний із 4-х препаратів (ізоніазид, рифампіцин, амікацин, офлоксацин або ципрофлоксацин), а при мультирезистентності — також внутрішньовенно офлоксацин або ципрофлоксацин, меропенем, амоксиклав і ПАСК в поєднанні зі стрептоміцином, який вводиться внутрішньом'язово.

За допомогою заявленого способу АМБТ протягом першого місяця ТБМЕ вдається підвищити з $40 \pm 11,0$ до $85,0 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$) позитивний клінічний ефект і знизити смертність від цієї недуги в чотири рази, що дає право рекомендувати його для клінічного впровадження.

ВИКОРИСТАННЯ ЛЕФЛОЦИНУ У ПРОФІЛАКТИЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАЗЕРНОЇ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ

Пантьо В.І., Шимон В.М., Сливка Р.М., Пантьо В.А.

Ужгородський національний університет, Ужгород

Пошук шляхів удосконалення хірургічного лікування геморою залишається достатньо актуальним. Необхідно відмітити також значне зростання пацієнтів похилого та старечого віку, які страждають серйозними соматичними захворюваннями, що призводить до значного підвищення ступеню операційного ризику.

При лікуванні геморою використовують немедикаментозні заходи (дієтотерапія, нормалізація дефекації, особиста гігієна, зміна способу життя), медикаментозне лікування (протизапальна терапія, венотоніки, знеболюючі препарати, анальні свічі та мазі, фізіотерапевтичні методи), малоінвазивні методи лікування (склеротерапія, лазерна коагуляція, використання латексних кілець, електрокоагуляція, кріодеструкція, рентгеноендоваскуляр на оклюзія гемороїдальних судин), класичне хірургічне лікування.

Протягом 2007–2008 року на базі кафедри загальної хірургії УжНУ впроваджено спосіб лікування зовнішнього та комбінованого геморою з використанням високоінтенсивного напівпровідникового лазера — лазерної гемороїдектомії. Методика використана у 11 пацієнтів із комбінованим гемороєм та у 27 пацієнтів із зовніш-

нім гемороєм І–ІІІ ст. Джерелом лазерного випромінювання слугував вітчизняний апарат "Ліка-хірург" з довжиною хвилі 940 нм, потужністю до 30 Вт у постійному режимі випромінювання. Оперативне втручання проводилось під місцевою анестезією розчином лідокаїну 2% з додаванням адреналіну. При цьому проводили коагуляцію ніжки вузла з послідовною вапоризацією тканин або відсікання тканин лазерним променем. Тривалість операції становила 10–15 хв.

Враховуючи високу вірогідність розвитку інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді використовували антибіотикопрофілактику з використанням фторхінолону левофлоксацину (препарат Лефлоцин, який містить 0,005 г левофлоксацину у 1 мл інфузійного розчину). 100 мл розчину для інфузій вводили один раз на добу внутрішньовенно крапельно протягом трьох діб.

Відмічали хорошу динаміку ранового процесу, швидке відновлення працездатності (у більшості випадків на 2–4 добу), відсутність кровотеч ("операція 2–3 серветок"), відсутність стріктур. У жодному випадку розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень не відмічали.

Таким чином, використання лазерної гемороїдектомії напівпровідниковим високоінтенсивним лазером може бути запропоноване як операція вибору при лікуванні пацієнтів як працездатного віку, так і хворих похилого та старечого віку. Антибіотикопрофілактика розчином для інфузій, який містить фторхінолон ле-

вофлоксацин (Лефлацин) протягом трьох діб після малоінвазивного оперативного втручання дозволяє уникнути післяопераційних інфекційних ускладнень і, таким чином, пришвидшити клінічне видужання та відновлення працездатності у даних хворих.

ВИКОРИСТАННЯ БІГАФЛОНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ОСТЕОМІЄЛІТАМИ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Пантьо В.І., Шимон В.М., Сливка Р.М., Пантьо В.А., Чундак С.С.

Ужгородський національний університет, Ужгород

Кількість хворих на остеомієліт невинно збільшується в усіх країнах світу, що в значній мірі пов'язано із такими глобальними поняттями, як урбанізація і науково-технічний прогрес. На сьогодні у осіб із відкритими переломами довгих трубчатих кісток нижніх кінцівок частота остеомієліту становить 10,3–20,4% і має тенденцію до збільшення, причому у 15–30% хворих процес переходить у хронічну стадію. В загальній структурі інвалідності від травм опорно-рухового апарату частка остеомієліту становить 13%.

Локальне гнійно-некротичне ураження кістки поступово викликає глибокі зміни в усіх органах та системах організму хворого, порушення імунного статусу, функціонування систем кровообігу, дихання та виділення, гормональної регуляції, водно-електролітного обміну та кислотно-лужної рівноваги. Порушення функції органів та систем, негативний вплив продуктів життєдіяльності мікроорганізмів гнійного осередку спричиняють виникнення хронічної ендогенної інтоксикації.

Особливе значення у подоланні гнійно-некротичного процесу має встановлення дійсного збудника кістково-гнійної інфекції з вчасним та ретельним визначенням його чутливості до антибактеріальних препаратів.

Якісний та кількісний склад мікрофлори має тенденцію до постійних змін. Останнім часом спостерігається перевага грамположитивних мікроорганізмів над грамнегативними, а також збільшення частки мікробів в монокультури, а не в складі асоціацій. Це стосується стафілококу (76,2%) особливо з його стійкістю до антибіотиків. Не слід ігнорувати наявність грамнегативних збудників гнійного процесу, таких як протей та синьо-

гнійна паличка. Все це вимагає постійного моніторингу зміни збудників кістково-гнійної інфекції та їх антибіотикорезистентності.

Раннє радикальне видалення остеомієлітичного осередку є основною умовою припинення гнійно-некротичного процесу. Повноцінна медикаментозна передопераційна корекція гомеостатичних зрушень та післяопераційна комплексна інфузійна, антибіотикотерапія з використанням фізіотерапевтичних та симптоматичних методів лікування з урахуванням особливостей перебігу остеомієлітичного процесу, підвищує результативність хірургічних втручань.

У 23 хворих із хронічними остеомієлітами довгих трубчатих кісток нижніх кінцівок ми використовували фторхінолон IV покоління Бігафлон по 100 мл готового розчину для інфузій, який містить 0,004 гатіфлоксацину у 1 мл розчину. Антибіотик вводили два рази на добу протягом 10 діб після оперативного втручання, направлено на ліквідацію вогнища інфекції у кістках — секвестрнекротомії.

Відмічали позитивну динаміку ранового процесу з швидкою санацією вогнища гнійного запалення, загоєння післяопераційної рани та коагульованих високоенергетичним лазером норицевих ходів відбувалося протягом 6–8 діб.

Таким чином, етіотропна терапія грамположитивної та грамнегативної мікрофлори, яка є збудником гнійно-некротичного процесу при розвитку хронічного остеомієліту, є однією із необхідних умов успішного лікування остеомієліту. Використання гатіфлоксацину для лікування хронічного остеомієліту дозволяє швидко ліквідувати вогнище інфекції, досягти загоєння післяопераційної рани та видужання даної категорії хворих.

РЕІНФУЗІЯ АУТОКРОВІ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Панченко Г.В., Петров В.В., Карпенко С.І., Йовенко І.О., Пімахов В.В.

*Дніпропетровська державна медична академія
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова*

Одним із альтернативних алогенній гемотрансфузії методів, що використовуються у практиці нашої клініки, є реінфузія аутокрові, зібраної з серозних порожнин, операційного поля, з дренажів у післяопераційний період, при планових та екстрених оперативних втру-

чаннях з приводу травм і захворювань, що супроводжувались крововтратами понад 800 мл: торако-абдомінальні травми, розриви крупних судин, порушення трубної вагітності, ортопедичні операції на крупних суглобах, кістках таза, стегна.

Реінфузія крові, маючи переваги перед алогенною кров'ю, має недоліки — гемоліз, висока фібринолітична та тромбoplastична активність, вміст мікроагрегатів різних за розміром частинок ушкоджених тканин. З метою підвищення безпеки реінфузії використовуємо систему збирання та фільтрації крові, яка складається з стандартного пластикатного контейнера з гемоконсервантом (Глюгіцир, ЦФДА) та системи з мікроагрегатним фільтром LiriGuard SB1KLE виробництва Pall Medical. При заповненні контейнера, реінфузію виконуємо через поіменовану систему після проведення макрооцінки на гемоліз. Об'єми реінфузії сягають від 500,0 до 1200,0 мл при крововтратах від 800,0 до 2000,0 мл при абдомінальних крововиливах. Алогенні гемотрансфузії при цьому виконувались при ознаках порушення кислородтранспортної функції та гемостазу. Реінфузії дренажної крові після виконуються у термін до 5 год після встановлення дренажів з активною аспірацією і в об'ємах від 200,0 до 800,0 мл. При цьому інтраопераційно при вираженій кровоточивості тканин проводиться фармакологічна підтримка гемостазу, а алогенні гемотрансфузії обмежувались 1–2 дозами свіжезамороженої плазми.

Суттєвим кроком до попередження небажаних наслідків та розширенням показань до використання реінфузії аутокрові стало впровадження в практику трансфузіологічної допомоги системи аутотрансфузії Autolog (Medtronic, США). Апаратом проводиться аспірація крові з операційного поля, її стабілізація по ходу збору та фільтрація (40 мкм). Подальша обробка зібраної крові полягає у відокремленні плазми та відмиванні еритроцитів фізіологічним розчином і накопиченні їх у трансферному мішку. Реінфузія відмитих еритроцитів виконується через окрему систему під час операції після завершення хірургічного гемостазу після проведення макрооцінки на гемоліз та гематокрит з метою розрахунку трансфузіологічної тактики для своєчасного і адекватного відновлення кислородтранспортної функції крові хворого. Досвід інтраопераційної реінфузії свідчить про те, що використання системи аутотрансфузії дозволяє, запобігти використанню алогенних еритроцитвміщуючих середовищ, обмежуючись трансфузіями свіжезамороженої плазми для забезпечення факторами згортання крові.

ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОГО ШОКУ З ВИКОРИСТАННЯМ РЕОСОРБІЛАКТУ

Петрюк Б.В., Сидорчук Р.І., Хомко О.Й., Петрюк Т.А., Білик І.І.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Мета. Дослідити ефективність та обґрунтувати доцільність застосування препарату Реосорбілакт у потерпілих із ознаками опікового шоку.

Завдання. 1. Оцінити вплив препарату Реосорбілакт на основні патогенетичні механізми опікового шоку. 2. Вивчити вплив реосорбілакту на клініко-лабораторні показники у опечених із явищами опікового шоку.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 18 потерпілих віком 17–65 років із термічними опіками полум'ям та окропом II–IIIА-Б ст. площею 20–62% поверхні тіла, що супроводжувалися розвитком опікового шоку II–III ст. Враховуючи те, що в патогенезі опікового шоку провідну роль має плазмовтрата, що призводить до швидкої та значної гемоконцентрації, зростання в'язкості крові, задачею інфузійно-трансфузійної терапії опікового шоку було забезпечення корекції гемодинамічних порушень і нормалізація мікроциркуляції. Поряд із сольовими кровозамінниками (0,9% р-н натрію хлориду, р-н Рінгера, Рінгера-Лока), колоїдними розчинами (реополіглюкін, реоглюман, одноступеневий плазма, альбумін) було використано реосорбілакт. З огляду на склад препарату, доцільність його застосування у випадку опікового шоку була зумовлена наступним:

- наявність натрію хлориду та сорбітолу забезпечує високу осмолярність;
- метаболізм сорбітолу, на відміну від глюкози, не залежить від інсуліну, дефіцит якого має місце в період опікового шоку;
- наявність осмодіуретичного ефекту;
- властивість корегувати метаболічний ацидоз;
- здатність покращувати м'язевий тонус через вміст іонів магнію.

Препарат вводився переважно через центральну вену зі швидкістю 20–30 або 40–50 крапель за хвилину у дозі 10–15 мл/кг маси тіла залежно від важкості термічного ураження. Загальний об'єм інфузійно-трансфузійних середовищ розраховували за формулою Паркланда: $4 \text{ мл} \times \text{площа опіку} (\%) \times \text{маса тіла} (\text{кг}) = \text{мл розчинів за перші 24 год}$. Групу порівняння склали 10 хворих із аналогічними за важкістю опіками. Оцінювали тривалість опікового шоку та клініко-лабораторні показники.

Результати та їх обговорення. Використання реосорбілакту дозволило пришвидшити ліквідацію таких ознак опікового шоку, як гіпотермія, гостра ниркова недостатність у вигляді олігурії чи анурії; нудота та блювота. За рахунок цього середня тривалість опікового шоку зменшилася на 6,5 год (16,1%). Показники коагулограми у переважної більшості хворих наближалися до норми вже через 2 доби від початку загального лікування, у групі порівняння нормалізувати гемодинамічні порушення вдалося не раніше 3–4 доби. Так, у потерпілих, які отримували реосорбілакт, через добу від початку лікування гематокрит становив $46 \pm 5,2\%$, у групі порівняння — $52 \pm 6,3\%$. Кращий ефект спостерігали при введенні препарату з розрахунку близько 15 мл/кг маси тіла зі швидкістю 40–50 крапель за хвилину.

Висновки. 1. Реосорбілакт є препаратом вибору у потерпілих із середньої важкості та тяжким опіковим шоком. Його використання дозволяє пришвидшити ліквідацію основних клінічних проявів опікового шоку, відновити гемодинаміку, покращити мікроциркуляцію.

2. Реосорбілакт доцільно вводити через центральну вену зі швидкістю 40–50 крапель за хвилину у дозі 15 мл/кг маси тіла.

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБАХ

Печінка А.М.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Великого значення у проведенні інфузійної терапії при інфекційній патології набуває не лише чітке визначення показань, а й правильний вибір лікарських засобів для її проведення, із врахуванням патогенетичних особливостей патології, можливих протипоказань. Недоврахування останнього може фатально впливати на кінцевий наслідок хвороби. Для більшості з інфекційних хвороб можна виділити такі показання (напрямки) інфузійного лікування:

- дезінтоксикаційна терапія при вираженому ендотоксикозі;
- інфузійна терапія, що спрямована на відновлення об'єму втраченої рідини та/або електролітів, кислотно-основної рівноваги;
- інфузійна терапія як спосіб доставлення певних лікувальних засобів в організм людини.

При більшості інфекційних хвороб, виникає кілька показань для проведення інфузійної терапії. Так, при вірусних гепатитах виникає потреба у проведенні не лише дезінтоксикаційної терапії, а й певній корекції гіповолемії і мікроциркуляції. Крім того, інфузійна терапія повинна спричинювати позитивну специфічну дію на печінку та її функціональний стан. Тому при цій патології надається перевага реосорбілакту у поєднанні з ізоосмолярними кристалоїдними розчинами — 5% глюкози, 0,9% натрію хлориду, Рингера, "Трисіль" тощо. Найкращим вважаємо поєднання розчинів Рингера, "Трисіль" з розчином 5% глюкози.

Складнішою є проблема інфузійної терапії при важких формах дифтерії. Виникає проблема проведення не лише дезінтоксикаційної парентеральної терапії, а й лікування на початковому етапі гіпертонічної дегідратації, порушень мікроциркуляції, тлі міокардіопатії, нефрозо-нефриту, бульбарної нейропатії. Одночасне

поєднання усіх негативних чинників при важкому перебігові дифтерії виникає завжди. Важливим чинником вибору інфузійних лікарських засобів є також тривалість захворювання: при важкому перебігові дифтерії необхідність інфузійної терапії може тривати від 2–3 тижнів до 2–3 місяців.

Тому перевага надається реосорбілакту у поєднанні з кристалоїдними розчинами, з переважанням розчинів 5% глюкози. Практично не застосовуються, окрім невідкладних станів, препарати високомолекулярного декстрану, низькомолекулярного декстрану та полівінілпіролідону — поліглюкін, реополіглюкін, гемодез, неогемодез. Причинами негативного відношення до цих інфузійних засобів є: постійне застосування поліглюкіну, реополіглюкіну, гемодезу, неогемодезу призводить до розвитку ятрогенного тезауризму, гострий нефрит, міокардіопатія. Ці протипоказання часто не враховувалися при проведенні інфузійного лікування. Аналіз 216 випадків смерті від дифтерії показав, що часто за тривалого перебігу хвороби, коли має місце і міокардіопатія, і нефрозо-нефрит, виникає потреба у тривалій інфузійній терапії. Лікування вище означеними препаратами призводило до прогресування насамперед нефрозо-нефриту з розвитком ниркової недостатності до стадії олігоанурії, лише по тому різко погіршувався перебіг до того часу відносно неважкої міокардіопатії з розвитком летального наслідку. Якщо вказані вище лікарські засоби постійно не застосовувалися, то причиною смерті переважно був важкий перебіг міокардіопатії зі складними порушеннями ритму та/або провідності, дифузне ураження міокарду з подальшим розвитком гострої серцевої недостатності і фатальним наслідком. Таке співвідношення причин смерті підтверджувалося патоморфологічно.

ІНДИВІДУАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ КАРДІОГЕННОГО ШОКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЯК ПЕРЕДУМОВА ДО КОРЕКЦІЇ ЛІКУВАННЯ

Приходько Н.П.¹, Черевко О.А.¹, Скалянський Є.В.², Каратаєв О.Г.²

¹Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", Полтава

²Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

Кардіогенний шок (КШ) — одне з найважчих ускладнень гострого інфаркту міокарда (ГІМ), що проявляється системною гіперфузією тканин внаслідок неспроможності серцевого м'язу забезпечувати адекватний для потреб організму викид. Частка смертності з приводу КШ продовжує зростати, тому з'ясування індивідуальних патогенетичних його механізмів потребує розробки та впровадження відповідних технологій діагностики та лікування.

Метою дослідження було визначити індивідуальні механізми КШ у хворих на ГІМ як передумова до корекції лікування.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 21 хворий на ГІМ, що ускладнився КШ, з них 18 (85,7%) з підйомом сегмента ST та глибоким зубцем Q або комп-

лексом QS та 3 (24,3%) без підйому сегменту ST та глибокого зубця Q.

Обстеження хворих включало загальноклінічні обстеження, визначення біохімічних маркерів ГІМ, стану коагуляційної та фібринолітичної властивостей крові. Всім хворим проводилось моніторування АТ, ЧСС, сатурації (ступеня насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем), частоти дихання та ЕКГ (за допомогою монітора UTAS UM 300), а також здійснювали катетеризацію сечового міхура з метою виявлення олігоурії (анурії). Дослідженим хворим призначали наступну інфузійну терапію: анальгезія (морфін внутрішньовенно болюсно), тромболітична терапія (85,7% хворих — актелізе, металізе), інотропна підтримка. У хворих з аритмогенною формою КШ (19%) для підсилення ефекту

інотропних препаратів в лікування додавали реосорбілакт.

Результати дослідження. При обстеженні 21 хворого на ГІМ, ускладнений КШ було виявлено, що з них у 4 виявили аритмогенну форму КШ, у 6 — істинну та 11 — рефлекторну. В ході нашого дослідження виявлено, що хворі з аритмогенною формою КШ, які отримували комбіновану інфузійну терапію кордарону, дофаміну та реосорбілакту мали позитивний ефект від поєданого застосування цих препаратів. При цьому спостерігали швидке відновлення синусового ритму, стабілізацію АТ, покращення рівня сатурації крові ($p=0,02$ за критерієм

знаків). Особливістю реосорбілакту є його збалансованість за електролітним складом, зокрема кальцієм, калієм та магнієм, з надлишковим вмістом натрію у вигляді двох солей — хлориду і лактату, що нормалізує метаболізм міокарду.

Висновки. Отримані дані дають нам доцільність визначити індивідуальні механізми КШ у хворих на ГІМ як передумови до корекції лікування. Інфузійна терапія інотропними препаратами в комбінації з реосорбілактом за даними нашого дослідження має позитивний ефект у пацієнтів з Q-інфарктом міокарда, ускладненого аритмогенною формою КШ (19%).

ПЛАЗМОЗАМІЩЕННЯ ПРИ ВИКОНАННІ ДИСКРЕТНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ХВОРИМ З МНОЖИННОЮ МІЄЛОМОЮ

Прокопчук С.Ю., Лотоцький Р.М., Кондрацький Б.О., Новак В.Л.

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

Множинна мієлома (ММ) характеризується накопиченням парапротейнів внаслідок секреції їх малігнізованим пулом плазматичних клітин, розвиваються типові клінічні прояви, лабораторні зміни. Тому застосування лікувального плазмаферезу (ПАФ) є патогенетично обґрунтованим, а часті ускладнення множинної мієломи (гіпервіскозний синдром, ниркова недостатність) є прямими показами для виконання лікувального плазмаферезу.

Метою дослідження було вивчити ефективність використання в якості плазмозаміщення при ПАФ комплексного інфузійного розчину Реосорбілакту.

ПАФ виконувався дискретним методом з периферичним венозним доступом, гепаринізацією 200–300 ОД/кг ваги тіла. Плазмоексфузія здійснювалася з постійним контролем артеріального тиску. Цетрифугування проводилося протягом 15 хв при 1100–1300g. Використовувалися гемакони об'єму 450/300 мл ("Ravimed", гемоконсервант CPDA-1). Плазмозаміщення здійснювалося полііонними кристалоїдними та комплексним розчином з вмістом електролітів та наявністю лактату (Реосорбілакт) у співвідношенні 2:1. При наявності нестабільної гемодинаміки та гіпоальбумінемії схема плазмозаміщення доповнювалася інфузійними препаратами гідроксietилкрохмалю, для профілактики цитратної інтоксикації обов'язково вводився 5–10 мл 10% розчину глюконату кальцію. Об'єм плазмо-

заміщення перевищував об'єм плазмоексфузії на 10–15%.

ПАФ проведено у 34 хворих ММ. У всіх пацієнтів спостерігалася значне підвищення рівня загального білка плазми до $148,4 \pm 14,2$ г/л, наявність М-градієнту становила $37,2 \pm 4,7\%$, спостерігалася диспротеїнемія, порушення агрегаційної функції тромбоцитів, що спричинювало епізоди кровотеч з ясен, носа, наявність петехіальної висипки при нормальній, або незначно зниженій кількості тромбоцитів. У 75% хворих ММ спостерігалися явища остеолітичного синдрому. У 8 хворих ПАФ проводився за життєвими показами при наявності прекоми або коми. Після виконання ПАФ у кількості 4–9 операцій спостерігалася позитивна клінічна динаміка у всіх хворих (зменшення проявів гіпервіскозного синдрому та ниркової недостатності), що підтверджено лабораторними дослідженнями (зменшення рівня загального білку плазми на 39,7%, нормалізація співвідношення білкових фракцій, зменшення відсотку М-градієнту на 62,3%, зменшення рівня креатиніну та сечовини). Гемодинаміка при проведенні ПАФ стабільна.

Таким чином, проведення дискретного лікувального плазмаферезу у хворих з ММ є ефективним для попередження та усунення ускладнень хвороби та безпечним. Використання запропонованої схеми плазмозаміщення при ПАФ є оптимальним та ефективним.

ВИКОРИСТАННЯ ПЕРФТОРАНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ІНФУЗІЙНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Ротар О.В., Коновчук В.М., Ротар В.І., Акентьев С.О., Ротар Д.В.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Втрата рідини і електролітів у ранні терміни гострого панкреатиту (ГП) порушує системну і периферичну гемодинаміку, у першу чергу спланхнічний кровоплин. Виникаюча ішемія призводить до подальшого прогресування некрозу тканин підшлункової залози (ПЗ), порушення бар'єрної функції слизового шару товстої і тон-

кої кишки (ТТК) з розвитком бактеріальної транслокації (БТ). Для корекції тканинної гіпоксії і стабілізації мембран ентероцитів у комплексній інфузійній терапії ГП використали плазмозамінник з функцією транспорту кисню (O₂) — перфторан (Пф). В експерименті на білих щурах під загальною анестезією каліпсолом моде-

лювали ГП шляхом внутрішньоочеревинного введення L-аргініну з розрахунку 2,5 г/кг для набрякової 5 г/кг — для деструктивної форми. Через 6 год після індукції ГП і маніфестації клінічних ознак захворювання вводили внутрішньовенно збалансовані сольові розчини і колоїди (у співвідношенні 3:1) під контролем показників артеріального тиску, діурезу і гематокриту. Після стабілізації гемодинаміки 40 експериментальним тваринам (дослідна група) внутрішньовенно вводили 10% емульсію Пф із розрахунку 5 мл/кг і одночасно дофамін 1-3 мкг/кг/хв, який вибірково розширює мезентеріальні судини і збільшує доставку O_2 до тканин ТТК (Патент України 42502 від 15.10.2001 р.). Тваринам контрольної групи здійснювалась інфузія тільки сольових розчинів і колоїдів. Індукцію ГП і виведення шурів з експерименту проводили у відповідності до Ванкуверської декларації про проведення дослідів на тваринах і положення про етиці МОЗ України №281 від 01.11.2000 р.

Одноразова інфузія Пф покращувала транспорт O_2 із крові до тканин і аеробний метаболізм у ТТК. Артеріовенозна різниця за O_2 ($Ca-vO_2$), величина якої характеризує адекватність використання O_2 тканинами ТТК,

підвищувалась на 17,5% ($p < 0,05$) і перевищувала показники у тварин контрольної групи. Зменшувалася концентрація молочної кислоти (МК) у тканинах ТТК, відповідно, на 27,6% ($p < 0,02$) і дефіцит буферних основ у ворітній вені на 7,4% ($p > 0,05$). Субмікронні частинки емульсії Пф, які введені в кров, завдяки малим розмірам і здатності розчиняти O_2 , полегшують деоксигенацію гемоглобіну і збільшують масоперенос O_2 до тканин, без попереднього підвищення pO_2 і кисневої ємності артеріальної крові.

Міграція кишкової мікрофлори та інфікування ПЗ при набрячній формі ГП відбувалася у 27,6% тварин контрольної групи з 12 до 72 год захворювання. При деструктивній формі через 12 год після індукції ГП бактерії висівалися з тканин ПЗ у 58%, через 24 год — у 71%, а починаючи з 48 год — у 100% експериментальних тварин. Введення Пф суттєво не впливало на БТ: частота інфікування ПЗ зменшилася на 5–8% ($p > 0,05$) тільки у тварин з набрячною формою ГП. Поряд із цим, після інфузії Пф спостерігалася посилена елімінація мікроорганізмів із тканин ПЗ і зменшувалася частота нагноєння некрозів ПЗ.

ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Сабиров Д.М., Батыров У.Б., Саидов А.С.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Введение. Критическое состояние подразумевает комплекс прогрессирующих нарушений нескольких функций организма, несмотря на усиление интенсивного их восстановления. Важным моментом в патогенезе такого состояния является цепная последовательность срывов компенсаторных изменений с трансформацией в сложный, многоузловой и крепкий порочный круг, при котором все стремления, направленные на его разрыв, становятся малоэффективными.

В этой ситуации логичным будет сосредоточить усилия, направленные не только на разрыв патологической цепи, но и на прекращение её укрепления.

Применительно к пациентам с абдоминальной патологией, где наряду с борьбой против инфекции, интоксикации и восстановления водно-электролитных нарушений важное место имеет и усилия, направленные против агрессивного воздействия высокого внутрибрюшного давления.

Материал и методы. Нами было обследовано 147 пациентов с наличием внутрибрюшной гипертензии различной степени (ВБД более 12 мм. рт. ст.), находившихся в послеоперационном периоде в отделении хирургической реанимации. Из них у 105 пациентов, находившихся на ИВЛ, изучены параметры биомеханики легких и особенности проводимой вентиляционной поддержки. По методике проведенной респираторной терапии эти больные распределены на две группы: первая группа ($n=48$) пациенты, вентилируемые методом традиционной ИВЛ (IPPV) и вторая группа ($n=57$) больных, находящихся в режиме положительного двухфазного давления (VIPAP).

Вторая часть исследования заключалась в выявлении у 42 больных с ВБГ эффективности проводимой

инфузионной терапии. В данной части исследования все пациенты по виду проводимой инфузионной терапии были распределены на две сопоставимые группы: в 1-й группе (контрольная, $n=19$) в качестве коллоидного компонента использовали препараты на основе декстрана; во 2-й группе (основная, $n=23$) в программе инфузионной терапии в качестве коллоидного компонента использовали также декстраны с дополнительным включением Сорбилакта по 3,5 мл/кг 2 раза в сутки. Все исследования в данной группе проводили в 3-этапа: до начала инфузии Сорбилакта (1-этап); через 2 часа после инфузии (2-этап); через 6 часов (3-этап).

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ биомеханики легких выявил, что у больных с 1-й и 2-й ст ВБГ проведение вентиляции в обоих исследуемых режимах показатель $P_{\text{пик}}$ существенных различий не имел. У больных 3-4 ст. ВБГ в режиме IPPV показатели $P_{\text{пик}}$ были достоверно выше, чем в режиме VIPAP аналогичных групп на 27,8% и на 25,1% соответственно. Следует также отметить, что среднее значение $P_{\text{пик}}$ в режиме IPPV при ВБГ 3 и 4 ст. составил $34,6 \pm 2,2$ и $40,3 \pm 2,5$ м/бар соответственно, что превышает безопасную планку (30 м/бар) концепции проведения ИВЛ. Как известно, по динамике величины среднего давления в дыхательных путях можно косвенно судить о степени влияния тех или иных экстрапульмональных факторов на легочно-капиллярный кровоток. Наше исследование показало, что в группах, где использовалась режим VIPAP, регистрируется наименьшие значения $P_{\text{сред}}$ и менее значимые её изменения при всех степенях ВБГ. Такое обстоятельство, очевидно, связано со снижением пикового давления, сохранением и синхронизацией самостоятельного дыхания. При проведении же традици-

онной ИВЛ наибольший уровень $R_{\text{сред}}$ наблюдается у больных 3 и 4 ст.

Как известно, величина лёгких зависит от воздухо-наполнения лёгких и обратно пропорциональна $R_{\text{сред}}$. При проведении вентиляции в режиме IPPV растяжимость легких составила значительно ниже нормы. А у пациентов в режиме ВІРАР растяжимость существенно увеличилась при 2 ст ВБГ на 25,6%, при 3 ст ВБГ — на 34,7% и у пациентов с 4 ст ВБГ — на 37,6%. Увеличение комплайнса привело и к снижению сопротивления в дыхательных путях. Так, достоверное снижение R в режиме ВІРАР составила у больных 3 ст ВБГ 22,2% и у больных 4 ст — ВБГ 20,4%.

Во второй части исследования, где изучалась эффективность инфузионной терапии, у больных с ВБГ было выявлено, что исходно при относительно одинаковых показателях гемодинамики в выделенных группах, уже через 2 часа отмечалась существенная разница. Это в большей степени проявлялось в улучшении объемных показателей сердца в группе, где использовался Сорбилакт. Так, существенное повышение КДО вследствие увеличения конечно-систолического размера сердца отмечается у пациентов 2-й группы на 3-этапе исследования в сравнении с исходным. Существенным было и то, что у больных 1 группы показатель КДО был более низким не только на 3-этапе, но и на 2-этапе ($145,6 \pm 4,80$ мл) исследования при сопоставлении их с 2 группой. Также отмечалось увеличение КСО в основной группе, относительно контрольной. Повышение КДО и КСО привело и к росту ударного объёма. Так, у больных 2 группы УО достоверно увеличился на 13,9% по отношению к контрольной группе на 3 этапе. Также отмечалось увеличение фракции выброса в основной группе на этапах исследования. Относительно низкие значения ОПСС на этапах исследования было выявлено в 2 группе больных, чем в контрольной. Центральное венозное давление оказалось достоверно низким у больных 1 группы по отношению ко 2 группе на 2 и 3 этапах исследования.

Такая картина, по всей вероятности, была обусловлена фармакодинамическими свойствами Сорбилакта. Так как, имея высокую гиперосмолярность, Сорбилакт вызывает поступление жидкости из межклеточного пространства в сосудистое русло, что способствует увеличению ОЦК, улучшению микроциркуляции и перфузии тканей, которая и привела к улучшению объемных показателей сердца в наших исследованиях. Включение инфузии Сорбилакта во 2 группе больных существенно повлияло и на метаболический компонент КОС. Если в 1 группе больных компенсированный метаболический ацидоз сохранялся на всех этапах исследования, то в основной группе на 3-этапе показатели pH, BE и SB достоверно отличались от исходных их значений. Более того, в основной группе картина КОС менялась в сторону метаболической стабильности по сравнению с контрольной.

Анализ динамики ВБД показал, что данный показатель на этапах исследования имел тенденцию к снижению в основной группе больных в отличие от контрольной. Более того, отмечается улучшение и почасового диуреза у больных, где в комплекс инфузионной терапии был включен Сорбилакт. Полученные результаты показывают комплексное воздействие Сорбилакта на гомеостаз организма с улучшением его при критических состояниях. Снижение ВБД и улучшение почасового диуреза у больных еще раз показывает, что Сорбилакт эффективно усиливает кровоток в кишечнике, быстро повышает коллоидно-осмотическое давление плазмы, нормализует реологические свойства крови, восстанавливает нарушенную микроциркуляцию и улучшает диурез.

Заключение. Таким образом, при наличии у пациента высоких степеней ВБД при проведении респираторной терапии предпочтение следует отдавать режиму ВІРАР в соответствующим выбором параметров P_{ins} и P_{tps}. В комплексной терапии с целью улучшения объемных показателей сердца, стабилизации КОС и снижения ВБД целесообразно использовать препарат Сорбилакт.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Семидоцкая Ж.Д., Ерёмченко Г.В., Чернякова И.А., Бездетко Т.В., Шилова Е.В.

*Харьковский национальный медицинский университет
Областная клиническая больница, Харьков*

Цель исследования: оценить эффективность коррекции метаболического ацидоза 4,2% раствором Сода-Буфер у больных бронхиальной астмой средней степени неконтролируемой (БА).

Материалы и метод. Обследовано 28 больных в возрасте 26–47 лет, средний возраст составил $34,5 \pm 4,6$ года. Больным наряду с клиническими обследованиями были проведены исследование кислотно-основного состояния (КОС), исследование функции внешнего дыхания (ФВД) исходно и через 12 дней после лечения. Больные были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания и тяжести процесса. 1 группа (16 больных) получала только базисную терапию ингаляционными кортикостероидами (ИГКС). 2 группа (12 больных) — ИГКС и раствор Сода-Буфер.

Результаты. Эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов (частота приступов дневных и ночных), использованию β_2 -агонистов, динамики показателя пиковой скорости выдоха и ее вариабельности. Через 12 дней FEV₁ во 2 группе улучшилась на $15,3 \pm 2,6\%$, тогда как в 1 группе — на 4,2%. Отмечено достоверное снижение по сравнению с показателями до лечения дефицита буферных оснований (BE) во 2 группе соответственно с $-4,8 \pm 0,09$ до $+0,16 \pm 0,02$ ммоль/л ($p > 0,05$) и увеличение экскреции титруемых кислот с $36,3 \pm 0,3$ до $39,41 \pm 1,4$ ммоль/сут ($p > 0,05$) в этой же группе.

Выводы. Использование препарата Сода-Буфер в комплексном лечении больных БА, у которых имеет место метаболический ацидоз, позволяет существенно улучшить показатели ФВД и КОС. При этом отмечается выраженная положительная динамика клинических показателей.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ: ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ

Сперанский И.И., Анищенко Л.Г., Носенко В.М., Приходько О.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины, Донецк

Актуальность проблемы оказания неотложной помощи и интенсивного лечения тяжелообожжённым имеет ряд не до конца решенных теоретических, организационных, тактических и лечебных задач и в первую очередь это относится к объёму и составу инфузионно-трансфузионной терапии. Противоречивость в оценке различных патогенетических механизмов течения термической травмы, не всегда эффективные результаты лечения заставляют расширять методы диагностики и лечения при данной патологии. Основными проявлениями ожоговой болезни являются расстройства общего кровообращения и микроциркуляции, гипоксия и эндогенная интоксикация, инфекция. Всё это происходит на фоне повышенной сосудистой проницаемости и секвестрации плазмы в интерстициальное пространство и приводит к относительной и абсолютной гиповолемии, централизации кровообращения. Поэтому при проведении инфузионно-трансфузионной терапии необходимо использовать в первую очередь препараты патогенетической направленности и прежде всего растворы, которые содержат многоатомный спирт сорби-тол — Реосорбилакт и Сорбилакт, которые предназначены для коррекции энергетического, водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса, улучшения реологических свойств крови и детоксикационной терапии, обладают выраженным противоотёчным эффектом.

Было обследовано 86 тяжелообожжённых, которые находились в ожоговом центре ИНВХ им. В.К. Гусака АМН Украины в 2006–2008 гг. Всем больным проводили общепринятую протившоковую терапию, а у 56 из них использовали гемодез, реосорбилакт или сорбилакт с первых суток с момента травмы. В обследование входило: контроль общего состояния, кожной температуры, пульса, артериального и центрального венозного давления, общеклинических лабораторных данных.

Кроме того, исследовали уровень средних молекул (МСМ), рассчитывали индексы интоксикации на основании лейкограммы.

Было установлено, что у больных, которые кроме общепринятой терапии получали гемодез, реосорбилакт или сорбилакт ожоговый шок протекал более гладко, они раньше выходили из шока, были менее выражены периферические отёки. При изучении МСМ отмечено, что скорость нарастания их у больных получавших реосорбилакт или сорбилакт с гемодезом была меньше и уже к 4–5 суткам отмечалось медленное снижение уровня МСМ при адекватной инфузионной терапии. У больных контрольной группы уровень МСМ оставался высоким на протяжении 7–10 дней, снижению его было более продолжительным. При изучении интегральных индексов интоксикации у больных основной группы отмечалась их стабилизация или снижение на 3–5 сутки, что указывало на адекватность проводимой терапии и стабильность общего состояния пострадавшего. В контрольной группе отмечалось нарастание интоксикации, что проявлялось явлениями энцефалопатии, а у лиц, злоупотреблявших алкоголем и/или поступивших в состоянии алкогольного опьянения, на 3–5 сутки развивался алкогольный делирий, который с трудом купировался без применения гемодеза и реосорбилакта.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что инфузионная терапия тяжелообожжённых является важной составляющей эффективного лечения данной группы пострадавших. Включение в стандарт лечения острого периода ожоговой болезни препаратов реосорбилакта и сорбилакта в комплексе с гемодезом или неогемодезом способствуют благоприятному течению ожогового шока, менее выраженному отёчному синдрому, предупреждают развитие интоксикационной энцефалопатии.

ЗАСТОСУВАННЯ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ — РЕОСОРБІЛАКТУ ТА СОРБІЛАКТУ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ІНТОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТАХ

Степанчук М.М., Салькова О.В., Бурдейний О.А., Дяченко В.В., Бондаренко І.І.

Дорожня клінічна лікарня №2, ст. Київ

З кожним роком у відділеннях інтенсивної терапії зростає кількість хворих з хронічними гепатитами (вірусними, токсичними в тому числі алкогольними), як з початковими так і термінальними проявами гепатоцелюлярної недостатності. Як правило, такі стани проявляються синдромами ендогенної інтоксикації та печінкової енцефалопатії. Наявність і ступінь вираженості синдрому ендогенної інтоксикації ґрунтується на детальному аналізі скарг(загальна слабкість, підвищена втомлюваність, пітливість, анорексія, нудота, блювота, головний біль, головокружіння, "мушки" перед очима, порушення сну). Для ендогенної інтоксикації характерна стадійність. Локальне накопичення токсичних продуктів в первинній

патологічній ділянці, супроводжується гіперергічною запальною реакцією, відноситься до першої фази ендотоксикозу. Для другої фази характерна токсемія. Третя фаза термінальна, характеризується проявами синдрому поліорганної недостатності в результаті пошкодження еферентних органів та систем.

Основними принципами проведення детоксикації є: 1) посилення перфузії в тканинах з метою створення умов для дифузії токсичних речовин із уражених клітин, органів в загальний кровоток; 2) гемоділюція, що супроводжується зниженням концентрації токсинів в плазмі крові; 3) форсування діурезу в результаті чого токсини та метаболіти виводяться із організму.

Для таких цілей в найбільшій мірі підходять вітчизняні інфузійні препарати Реосорбілакта Сорбілакт.

Метою нашого дослідження являлось вивчення впливу Реосорбілакту та Сорбілакту на зменшення проявів ендогенної інтоксикації та печінкової енцефалопатії у хворих хронічними вірусними і токсичними гепатитами.

Проведено аналіз детоксикаційної терапії Реосорбілактом і Сорбілактом у 34 хворих з термінальною стадією хронічного гепатиту (11 пацієнтів перенесли вірусний гепатит типу В, а у 23 — діагностували хронічний алкогольний гепатит) в стані ендогенної інтоксикації, ступінь якої визначався за індексом Т.С. Малахової (1995). У всіх них при поступленні в відділення інтенсивної терапії відмічалися прояви печінкової енцефалопатії до 8–13 балів за шкалою Глазго. У 19 хворих в комплекс детоксикаційної терапії було включено Реосорбілакт, а у 15 застосовували Сорбілакт. Препарати вводили в дозі 3 мл/кг з введенням щодня або через день

3–5 раз. Сорбілакт вводили особам з неврологічними порушеннями до 8–10 балів за шкалою Глазго.

Аналіз детоксикаційної терапії при проведенні її вище названими препаратами вже після перших інфузій покращується стан хворих — кількість скарг зменшується, покращуються показники індексу ендогенної інтоксикації за Т.С. Малаховою в середньому з $67,3 \pm 0,6$ до $43,2 \pm 0,4$, неврологічний статус за шкалою Глазго поліпшувався на 3–4 бали. При переведенні з відділення інтенсивної терапії на 7–10 день лікування, залишалась мінімальна кількість скарг, індекс ендогенної інтоксикації за Т.С. Малаховою перебував в межах $20,1 \pm 0,2$, неврологічний стан хворих за шкалою Глазго оцінювався 14–15 балів, за винятком 2 пацієнтів, у котрих він становив 13 балів.

Таким чином, підсумовуючи проведені дослідження, що препарати вітчизняного виробництва необхідно широко застосовувати при проведенні детоксикаційної терапії у важких хворих.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СОРБІЛАКТУ ТА РЕОСОРБІЛАКТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНОГО ІЗ ХРОНІЧНИМИ ДИФУЗНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ

Ступницька Г.Я., Калошин Р.О., Цинтар Т.П., Денисенко Т.П.

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці
Обласна клінічна лікарня, Чернівці*

На сьогодні доведена клінічна ефективність використання сорбілакту та реосорбілакту для корекції порушень функціонування органів та систем, зокрема органів дихання та печінки. Продемонстровано, що сорбілакт створює умови для виконання печінкою функції виведення токсичних речовин з організму. В присутності препарату стимулюється репарація гепатоцитів. Введення терапевтичних доз розчину сорбілакту сприяє зменшенню набрякості тканини, покращенню мікроциркуляції, зниженню рівня гематокриту, збільшенню об'єму циркулюючої крові за рахунок осмотичного ефекту, стимулює окислення жирних кислот некетогенним шляхом метаболізму і покращенню засвоєння кетонових тіл у циклі Кребсу, що визначає особливість сорбітолу як енергетичного субстрату, викликає дезінтоксикаційний, адреноміметичний, холекінетичний і сечогінний ефект.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності застосування у комплексній терапії хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), поєданого із хронічними дифузними ураженнями печінки (ХДУП) (хронічне легеневе серце, хронічні гепатити) внутрішньовенного ведення сорбілакту або реосорбілакту.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 25 хворих на ХОЗЛ III, IV стадії, поєданого із ХДУП, у лікуванні яких використовували парантеральне введення сорбілакту та реосорбілакту 1 раз на добу через день впродовж 10–14 днів. Контрольну групу склали хворі на ХОЗЛ, у яких застосовувалась базисна терапія.

При використанні зазначених вище препаратів клінічна позитивна динаміка характеризувалася: підвищенням працездатності, зникненням загальної слабкості, сонливості, нормалізацією і підвищенням апетиту. При контрольному ультразвуковому дослідженні спостерігалось зменшення проявів застою в печінці, а також з поступовим покращенням загального стану спостерігалась позитивна динаміка біохімічних показників: поступово знизився рівень білірубину, активність АлАТ та АсАТ, значно знизилась показники тимолової проби, рівні лужної фосфатази в порівнянні із контрольною групою, в якій при повторному обстеженні більш повільно відмічалась клініко-біохімічні зміни.

Отже, оптимізація вуглеводного обміну, покращення регенерації гепатоцитів і детоксикації покращить результати у лікуванні хворих на ХОЗЛ, поєдане із хронічними дифузними ураженнями печінки.

КСИЛАТ КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Усенко Л.В., Панченко Г.В., Царев А.В., Черненко В.Г.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Современную медицину нельзя представить без инфузионно-трансфузионной терапии, потребность в которой высока на всех этапах оказания медицинской помощи: в многопрофильных стационарах — у 30–40% пациентов, у пострадавших в авариях и катастрофах — до 80%, у лиц находящихся в отделениях анестезиологии и ИТ эта цифра достигает 100%.

Прежде всего, это касается инфузионных препаратов, способных адекватно обеспечить решение первоочередных жизнеспасующих задач: компенсация ОЦК/ОЦЖ; обеспечение адекватного или супранормального газообмена; коррекция метаболических нарушений, устранение органной дисфункции и профилактика СПОН. Такая полифункциональность выявлена у некоторых растворов многоатомных спиртов, одним из которых является Ксилат.

Цель исследования — определение эффективности, переносимости и безопасности применения Ксилата в комплексе интенсивной терапии ряда критических состояний: при проведении малообъемной реанимации, для коррекции метаболических нарушений при сахарном диабете, с противоположной целью и как компонента парентерального питания.

Материалы и методы исследования. На основании разработанного нами протокола, в соответствии с целью исследования, а также учетом динамики клинических и лабораторных показателей Ксилат был применен у 124 больных обоего пола, в возрасте от 20 до 60 лет. Доза (200–1400 мл), кратность (1–2 раза в сутки), продолжительность курса (1–7 дней) зависели от клинической ситуации. В контрольной группе (n=18) референтным препаратом был раствор Рингера.

Результаты исследования и их обсуждение. Регистрация всех исследуемых параметров проводилась на

следующих этапах: до начала инфузии; во время инфузии; после инфузии; в 1-, 3- и 7-е сутки.

Анализом показателей центральной гемодинамики в основных группах по сравнению с контрольной, особенно при проведении малообъемной реанимации, установлено, что на 2-м и 3-м этапах происходило достоверное повышение ЦВД, АД сист., АД диаст. и САД, указывающих на гемодинамический эффект Ксилата. Изучением уровня гликемии было обнаружено достоверное снижение глюкозы крови на 2-, 3- и 4-м этапах, особенно выраженное в группе пациентов с сахарным диабетом, позволившее у них уменьшить дозы вводимого инсулина. В основных группах произошла также нормализация уровня лактата, свидетельствующая об улучшении перфузии тканей и оптимизации кислородного статуса организма, сохранившиеся на протяжении 3-х суток после введения Ксилата. Использование Ксилата в качестве препарата для парентерального питания, с одной стороны, позволило частично покрыть потребность в углеводах, с другой — улучшить функциональное состояние печени, выразившееся в снижении уровня аминотрансфераз, в то время как в контрольной группе их уровень оставался высоким. Положительное влияние Ксилата на КЩС связано с метаболической трансформацией натрия ацетата, входящего в состав препарата и обусловившего увеличение щелочного резерва крови.

Выводы. Использование Ксилата в комплексе ИТ показано с целью: малообъемной реанимации, восстановления ОЦЖ при острой кровопотере, гиповолемии и шоках различной этиологии, уменьшения явлений интерстициального отека, проведения парентерального питания, коррекции КЩС, в частности, при сахарном диабете.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ ГАТИФЛОКСАЦИНОМ РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ

Фисталь Э.Я., Сперанский И.И., Анищенко Л.Г., Арефьев В.В., Приходько О.А., Борисова О.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, АМН Украины, Донецк

В последнее время отмечается увеличение удельного веса термоингаляционного поражения у обожженных, особенно при массовых и групповых травмах. На первое место у таких больных выходит профилактика инфекционных осложнений со стороны органов дыхания, прежде всего пневмоний. Большое значение в профилактике легочных осложнений имеют антибиотики. Однако проблема выбора антибиотика будет существовать до тех пор, пока появляются новые антибактериальные препараты и продолжает меняться чувствительность бактерий к ним.

Ступенчатая антибиотикотерапия способствует сокращению срока пребывания больного в стационаре и значительному снижению стоимости лечения. Выбор

гатифлоксацина для профилактики и лечения легочных осложнений у больных с термической травмой в сочетании термоингаляционным поражением обусловлен тем, что он относится к "респираторным" фторхинолонам (ФХ) и обладает широким спектром антимикробной активности, охватывающим основных возбудителей грамположительной и грамотрицательной микрофлоры, аэробов и анаэробов, умеренной и весьма доступной ценой препарата.

Целью данного исследования была оценка эффективности оригинального гатифлоксацина и его генериков в профилактике и лечении легочных осложнений у обожженных, частота и характер побочных реакций у больных, получающих гатифлоксацин разных производителей.

Изучено 124 историю болезни обожженных, которые лечились Донецком ожоговом центре Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в 2005–2008 гг.

Больные разделены на две группы. В первую группу вошли 62 обожженных, которые получали ГФ вначале путём внутривенных инфузий на протяжении 4–7 суток, далее перорально до стабилизации состояния больного или смены антибиотика. Вторая группа 62 пострадавших ступенчато получали внутривенно цефтриаксон или цефалоспорины IV поколения с последующим переходом на пероральные амоксицилин или линнат. Эффективность антибактериальной терапии оценивали по срокам нормализации или стабилизации базальной температуры, улучшению общего самочувствия больного, снижению уровня эндогенной интоксикации по данным интегральных индексов

Частота инфекционных осложнений у поступивших в первые сутки с момента травмы колебалась от 7,4 до 18,1%, а у госпитализированных позже 36 часов — от 17,8 до 37,4%. У обожженных, которым препараты гатифлоксацина разных производителей назначали в первые 3 суток, инфекционные осложнения были в 8,9% случаев, при назначении его после лечения другим антибиотиком — в 11,4%, в контрольной группе — в 19,4%.

При изучении интегральных индексов интоксикации у исследуемых 1 группы отмечено снижение их на 30–55% от исходного начиная с вторых-третьих суток применения ГФ, а с четвертых-седьмых суток, при переходе на пероральное лечение эти показатели стабилизировались и были стабильными на протяжении всего лечения гатифлоксацином. У больных 2 группы интегральные индексы интоксикации оставались повышенными в 1,5–2 раза на протяжении 7–10 дней и стабилизировались только к концу второй недели.

Полученные нами результаты говорят о том, что наиболее ранние сроки улучшения субъективных показателей (общее самочувствие, уменьшение кашля и т.д.) показывают препараты ГФ, которые корректируются во времени с нормализацией объективных данных (реакция базальной температуры и интегральных индексов эндогенной интоксикации на применение данных препаратов).

Результаты проведенных клинических исследований и фармако-экономический анализ свидетельствуют о рациональности раннего назначения гатифлоксацина у обожженных, что способствует уменьшению риска развития инфекционных осложнений со стороны раны и дыхательных путей, уменьшает их количество и сроки стационарного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕОСОРБИЛАКТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Цыба И.Н., Ефременко В.А., Щукина Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк Кафедра внутренних болезней и общей практики — семейной медицины ФИПО

Цель: изучить эффективность и безопасность применения отечественного препарата Реосорбилакта у больных с обострением хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы: 15 пациентам с ХОЗЛ II–III ст заболевания при обострении назначали Реосорбилакт (5 инфузий по 200 мл) на фоне базисной терапии. Средний возраст больных — 56,9 лет. Длительность заболевания более 10 лет. Контрольная группа 10 человек, которые получали базисную терапию.

Результаты: К 3–4 дню применения Реосорбилакта у 90% больных значительно уменьшилась одышка, кашель, уменьшилось количество и вязкость отделяемой

мокроты. После проведенного лечения отмечено увеличение ЖЕЛ и ФЖЕЛ в пределах 7–10% по сравнению с контрольной группой. Побочных действий не наблюдалось, переносимость препарата удовлетворительная.

Заключение: Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что реосорбилакт оказывает положительное влияние на реологические свойства крови и с целью коррекции состояния микроциркуляции может быть рекомендован для клинического применения. Появление отечественных аналогов более доступных по цене и аналогичных по качеству позволило улучшить лечение тяжелых инфекций.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНОГО ПРЕПАРАТУ КСИЛАТ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Чугай С.В., Марков С.О., Стукало Г.В.

Чернігівська міська лікарня №1 Чернігівської міської ради

З появою вітчизняного препарату Ксилат, розширився арсенал засобів що використовуються для лікування хворих на цукровий діабет. Основний компонент препарату — ксиліт (ксилітол) є багатоатомним спиртом та нормальним проміжним продуктом вуглеводного обміну у людей. Ксиліт є джерелом енергії, добре переноситься

та практично нетоксичний для організму. Ксиліт викликає значні зміни в жировому обміні, знижуючи вміст вільних жирних кислот без зміни концентрації глюкози крові. Антикетогенний ефект ксиліту більш виражений, ніж у інших поліспиртів. Таким чином ксиліт, введений в організм, має виражену ліпотропну та антикетогенну

дію, що дозволило включити його в склад інфузійної терапії при ускладненому перебігу цукрового діабету.

Мета дослідження — порівняння тривалості кетоацидозу у хворих на цукровий діабет при проведенні традиційної інфузійної терапії та інфузійної терапії з включенням Ксилату.

Матеріали і методи. Дослідження, проведено на основі ретроспективного аналізу медичних карт стаціонарних хворих на цукровий діабет, що знаходилися на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії загальної профілю Чернігівської міської лікарні №1 з 2006 р.

До дослідження було залучено 30 хворих віком від 17 до 79 років. Обстеження пацієнтів включало фізикальне дослідження, загальні клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі, коагулограму, ЕКГ, рентгенографію органів грудної порожнини, консультацію спеціалістами при потребі. Контроль лабораторних показників здійснювався щоденно, періодичність контролю рівня глікемії визначалася динамікою її зниження, рівень ацетонурії — 4 рази на добу.

Середній вік пацієнтів становив 37 років. Чоловіків було 14 (46,7%), жінок — 16 (54,3%). Серед хворих 6 пацієнтів з вперше виявленим цукровим діабетом (переважно молодого віку), у 24 пацієнтів декомпенсація цукрового діабету пов'язана з порушенням режиму інсулінотерапії (нерегулярне введення, самовільне зниження дози інсуліну), дієти (надмірне вживання легкозасвоєваних вуглеводів, зловживання алкоголем), приєднання інфекційних захворювань (ГРВІ, пневмонії, тощо). У всіх хворих перебіг захворювання ускладнився кетоацидозом., що супроводжувався різним ступенем порушенням свідомості від 8 до 14 балів за шкалою ком Глазго. Рівень глікемії (глюкозо-оксидатним методом) становив від 5,4 до 43,6 ммоль/л, вираженість ацетонурії (методом Ланге) — від (++++) у 66,63% хворих до (+) у 6,67%.

Всі хворі отримували інфузійну терапію з метою регідратації, покращення реологічних властивостей крові, дезинтоксикації, корекції порушень водно-електролітного балансу, кислотно-лужної рівноваги.

Інсулінотерапія починалася з внутрішньовенного введення інсуліну короткої дії та продовжувалася підшкірним введенням простого інсуліну методом малих доз з розрахунку 0,1 ОД/кг/год щогодини, з корекцією дози залежно від динаміки зниження рівня глікемії.

Комплексне лікування включало також антибактеріальну терапію, антиагреганти, віт, тощо. В програму інфузійної терапії був включений Ксилат в дозі 400 мл/доба у 17 хворих.

Результати та обговорення. Покращення стану визначали по відновленню рівня свідомості, зниженню рівня глікемії, клінічних та лабораторних проявів кетоацидозу. Свідомість у всіх хворих відновилося протягом доби від початку лікування, нормалізація рівня глікемії спостерігалася через 24-36 год. У хворих, що отримували Ксилат клініко-лабораторні прояви кетоацидозу регресували після першої доби лікування у 3 хворих (10%), після другої доби — у 9 хворих (30%), після третьої доби — у 4 хворих (13,33%), на четверту добу — у 1 хворого (3,3%). Середня тривалість кетоацидозу склала 2,17 доби.

У хворих, що отримували традиційну інфузійну терапію, нормалізація досягнута на другу добу у 3 хворих (10%), на третю добу — у 6 хворих (20%), на четверту добу — у 3 хворих (10%), на шосту добу — у 1 хворого (3,3%). Середня тривалість кетоацидозу склала 3,2 доби.

Результати проведеного аналізу свідчать, що застосування вітчизняного препарату Ксилат у хворих на цукровий діабет сприяє більш швидкій позитивній динаміці зникненню кетоацидозу.

Висновки. Новий оригінальний препарат Ксилат є ефективним засобом корекції

кетоацидозу при ускладненому перебігу цукрового діабету. Використання препарату Ксилат у хворих на цукровий діабет, ускладнений кетоацидозом, сприяє більш швидкій нормалізації рівня кетонівих тіл в сечі. При використанні Ксилату не спостерігалось ускладнень або побічних дій, які вимагали припинення введення препарату або медикаментозної корекції.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Ширинян Т.С.

Коммунальное учреждение "Черкасский областной онкологический диспансер", Черкассы

Цель работы. Изучение гиперкальциемии и почечной недостаточности у больных множественной миеломой (ММ). Анализ эффективности регидратации и бисфосфонатов в терапии гиперкальциемии.

Методы и материалы исследования. Проанализирована медицинская документация 47 первичных больных ММ, лечившихся в КУ "Черкасский областной онкологический диспансер".

В соответствии с системой стадирования по Durie и Salmon, IA стадия заболевания в момент диагностики была установлена у 3 (6,4%) больных, ПА — у 14 (29,8%), ПВ — у 2 (4,3%), ПИА — у 19 (40,4%), ППВ — у 9 (19,1%).

У всех больных определяли сывороточные концентрации креатинина, мочевины, скорость клубочковой фильтрации по 24-часовому клиренсу эндогенного креатинина методом Реберга, реабсорбционную способ-

ность почек, минутный диурез. Содержание кальция и фосфора в крови исследовали исходно и после каждой внутривенной инфузии клодроната. Бонефос назначался на фоне стандартизованных схем химиотерапии — M₂-протокол, VAD.

M₂-протокол: винкристин 1,4 мг/м² внутривенно 1 день, CCNU (белустин) 80–120 мг внутрь 1 день, мелфалан (алкеран) 8 мг внутрь 1–7 дни, циклофосфан 400 мг/м² внутривенно 1 день, преднизолон 40 мг/м² внутрь 1–7 дни.

VAD: винкристин 0,4 мг/сутки круглосуточно 1–4 день, доксорубин (адриабластин) 9 мг/м²/сутки круглосуточно 1–4 день, дексаметазон 40 мг сутки 1–4, 9–12, 17–20 дни.

Проводимая нами терапия гиперкальциемии включала восстановление объема циркулирующей крови

(регидратацию) и фармакологическую коррекцию гиперкальциемии путем повышения экскреции кальция и блокирования костной резорбции.

Результаты и их обсуждение. Группу больных составляли 47 пациентов с ММ, возраст которых колебался от 27 до 80 лет, с медианой 61 год. У 12 больных (25,5%) было выявлено повышение сывороточных концентраций кальция (Ca) выше 3,0 мМоль/л и у 5 (10,6%) повышение фосфора (P) выше 1,8 мМоль/л. Хронической почечной недостаточностью страдали 11 (23,4%) пациентов. В 97% случаев развитие почечной недостаточности зависело от двух факторов — наличие протеинурии Бенс-Джонса и гиперкальциемии.

Всем больным с гиперкальциемией проводилась регидратация 3–6 литрами изотонического раствора в сутки или 300–400 мл в час каждые 3–4 часа. На фоне проводимой регидратации при удовлетворительных ге-

модинамических показателях вводился фуросемид по 20–40 мг внутривенно каждые 2–4 часа с поддержанием диуреза 150–200 мл/ч. Бонефос вводился внутривенно капельно в дозе 1500 мг в сутки или 300 мг в течение 4 часов с 1-го по 5-ый день после первых этапов регидратации. При нарушении функции почек проводилась коррекция дозы бонефоса в соответствии со степенью почечной недостаточности и данными клиренса креатинина (мл/мин). Применяемой нами терапией удалось добиться снижения уровня Ca через 1–2 дня, нормализация уровня кальция у 100% больных была достигнута к 4–5 дню. Пациенты получали противоопухолевую терапию по схемам M₂-протокол, VAD.

Выводы. У больных с гиперкальциемией и почечной недостаточностью в условиях применения инфузионной терапии возможно проведение специального лечения.

ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Шлапак І.П., Галушко О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

Серед ендокринних захворювань цукровий діабет (ЦД) є найбільш поширеним. В більшості країн світу хворі на ЦД складають 1–2% населення, при чому спостерігається стійка тенденція до збільшення цього показника. Хворі на ЦД все частіше відвідують лікаря, їх частіше госпіталізують, їм частіше проводиться інтенсивна інфузійна терапія.

Серед причин, що призводять до госпіталізації хворих на ЦД, особливе місце посідають гостра декомпенсація обміну речовин та ускладнений перебіг синдрому діабетичної стопи. Незважаючи на покращення організації діабетологічної допомоги в більшості країн, середня смертність при діабетичному кетоацидозі в Європі та США залишається високою і складає від 5 до 14%.

Якщо у хворих старших вікових груп причинами фатальних наслідків при гострій декомпенсації ЦД часто є тяжкі супутні захворювання, то у молодих пацієнтів летальні випадки зумовлені лише метаболічними порушеннями, і, відповідно, при адекватній і своєчасній інтенсивній терапії можуть бути попереджені. Сучасне лікування ускладнень ЦД повинно базуватися на наступних правилах:

1. Інтенсивна терапія декомпенсації ЦД має розпочинатись одразу після встановлення діагнозу. Вже під час транспортування хворого в стаціонар потрібно починати внутрішньовенну інфузію 0,9% натрію хлориду зі швидкістю 1 л/год.

2. Програма подальшої інтенсивної терапії має будуватись на аналізі стану хворого. При гіповолемії доцільно використовувати інфузію препаратів ГЕК (гекодез) та багатоатомних спиртів (реосорбілакт).

3. З метою корекції електролітних порушень варто застосовувати збалансовані розчини електролітів (розчин Рінгера та розчин Рінгер-лактатний).

4. При терапії кетоацидозу добре зарекомендував себе новий вітчизняний препарат ксиліту — ксилат. Рутинне застосування бікарбонату натрію (соди) при діабетичному кетоацидозі категорично не рекомендується. Це пояснюється тим, що введення лужних розчинів посилює властиву ЦД гіпокаліємію, порушує дисоціацію оксигемоглобіну, посилює внутрішньоклітинний ацидоз та ацидоз спинномозкової рідини, що може спровокувати розвиток набряку мозку. Розчини соди слід вводити лише у випадку, коли ацидоз досягає небезпечних для життя показників — при рН крові менше 7,0 та/або рівні стандартного бікарбонату менше 5 ммоль/л. Для цього варто застосовувати новий сучасний буферований розчин соди — "Соду-буфер".

5. При виборі антибактеріального засобу для терапії гнійно-некротичних ускладнень синдрому діабетичної стопи слід враховувати, що у вогнищі запалення концентрація всіх антибактеріальних препаратів, крім фторхінолонів, нижча за терапевтичну. Тому в програмі терапії цих хворих варто застосовувати сучасні інфузійні фторхінолони (лефлацин, офлоксацин, бігафлон).

6. З метою зниження вартості лікування в інтенсивній терапії гострої декомпенсації обміну речовин при цукровому діабеті доцільно використовувати вітчизняні препарати.

Таким чином, інтенсивна терапія гострої декомпенсації обміну речовин при цукровому діабеті повинна бути патогенетично обґрунтованою, своєчасною та адекватною. Застосування комплексу інфузійних засобів (розчину Рінгера, Реосорбілакту, Ксилату, Геккодезу та інш.) у цієї категорії хворих сприяє покращенню перебігу уражень, стабілізації лабораторно-біохімічних показників та усуненню порушень кислотно-лужного стану й водно-електролітного балансу, що дозволяє попередити розвиток ускладнень та знизити частоту летальних наслідків.

ОДЕРЖАННЯ ФАКТОРА VIII ЗГОРТАННЯ КРОВІ — ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Шурко Н.О., Даниш Т.В.

Державна установа "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України", Львів

Препарати фактора VIII різної чистоти одержують при застосуванні різноманітних методів: ізоелектричного осадження, висоловвання, осадження органічними розчинниками та кріопреципітації. Фактор VIII є лабільним білком, що має високу спорідненість до фактора фон-Віллебранда і фібриногену. Нековалентний зв'язок з фактором фон-Віллебранда захищає фактор VIII від швидкої деградації. Антигемофільний глобулін осаджується сульфатом амонію, при 25%-ному насиченні етанолом, ефіром і гліцерином. Преципітат, одержаний при відтаюванні плазми, містить 40-70% фактора VIII. Ці класичні методи переосадження все ще використовуються для одержання концентрату даного білка з лікувальною метою.

Останнім часом перелічені методи комбінують з хроматографічними методами (гель-фільтрацією, іонообмінною та афінною хроматографією), а також поєднують з етапами вірусної інактивації (сольвент-детергентним, термообробкою, нанофільтрацією). Суттєве значення для афінної хроматографії має природа полімерного носія та вибір специфічного ліганду. За даними літератури, афінну хроматографію для очищення фактора VIII проводять, в основному, на декстрансульфат-сефарозі, гістидил-сефарозі, декстрансульфат-агарозі, аміногексил-агарозі та ін.

Лікування гемофілії А полягає у введенні недостатнього фактора VIII у вигляді комерційних концентратів, свіжозамороженої плазми чи кріопреципітату, який до теперішнього часу є практично єдиним вітчизняним терапевтичним препаратом і виготовляється на станціях переливання крові. В останній час в клініці почали використовувати концентрати факторів зсідання крові, які виготовляються за кордоном: Koate-DVI (Talecris bioterapeuticus); Immunate, Feiba Tim 4 Immuno, Haemophil M (Baxter); Octanate, Vilate (Octaphar-

ma); Fanhdi (Grifols); Haemoctin SDH (Biotest Pharma GmbH); Factane (LFB Etnical comitet); Humate-P (CSL Behring). При цьому, як джерело одержання фактору використовують, в основному, кріопреципітат, де його вміст є порівняно високий. Проте, застосовують також методи одержання фактору із плазми крові, зокрема, з фракції плазми II+III за Коном. У ній виявлено наявність таких факторів зсідання крові, як фактор II, фактор VII, фактори VIII, IX, X та XI, протеїн С, протеїн S, фактор фон-Віллебранда.

В результаті проведених нами досліджень виявлено наявність фактора VIII у фракціях I та II+III за Коном (питома активність фактора 0,002 та 0,0004 МО/мг білка відповідно). У I фракції питома активність цього білка приблизно в 5 разів вища, ніж у II+III фракції. Очевидно, що при технологічному виготовленні осаду фракції I за Коном (8% етанолу, рН 7,2, — 3 °С) основна частина фактора переходить у нерозчинну форму. В даному випадку відбувається ізоелектричне осадження цього білка (для нативного фактора VIII людини рІ становить 7,04) при низькій температурі.

Отже, нами продемонстровано, що антигемофільний фактор VIII є присутній у фракціях плазми крові I та II+III за Коном, які є фактично утильним матеріалом і можуть стати, на відміну від кріопреципітату, альтернативним джерелом цього фактору. В процесі попереднього фракціонування та афінної хроматографії з фракції II+III за Коном вдалося одержати очищений концентрат VIII фактора, досягнувши при цьому багатократної очистки по питомій активності у порівнянні з вихідним матеріалом. Одержаний препарат за специфічною активністю (19,65 МО/мг білка) близький до відомих комерційних препаратів: Humate-P, Profilate (1–10 МО/мг білка); Immunate (70±30 МО/мг білка); Fanhdi (2,5–10 МО/мг білка).

ЗНАЧЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Щепотин И.Б., Киркилевский С.И.

Государственное учреждение "Национальный институт рака", Киев

Протекание опухолевой болезни от начальной до терминальной фазы, воздействия высоко агрессивных терапевтических факторов сопровождаются развитием в организме онкологического больного многочисленных патологических синдромов и симптомокомплексов. К ним относятся: эндотоксикоз (фактор некроза опухолей, интерлейкины ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-15 и т.д.), экзогенная интоксикация (цитостатики, инфекционные осложнения), сепсис (перфорации, свищи, ателектазы), энтеральная недостаточность (энтерогенная, гастрогенная, гепатогенная, пострезекционная, медикаментозная, лучевая и т.д.), нарушения нутритивного статуса, геморрагический синдром, реологические и коагуляционные расстройства, лучевые реакции, печеночная недостаточность, почечная не-

достаточность, полиорганная недостаточность и многие другие.

Большинство из этих состояний требуют интенсивной коррекции. Ключевую роль в этом играет инфузионная терапия.

Суть инфузионной терапии заключается в коррекции нарушений гомеостаза путем введения органических и неорганических инфузионных средств с целью восполнения объема циркулирующей крови и ликвидации гиповолемии, восстановления водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия, улучшения микроциркуляции крови, устранения нарушений реологических и коагуляционных свойств крови, ликвидации расстройств обмена веществ, обеспечения эффективного транспорта кислорода, дезинтоксикации.

В связи с этим, в практике клинической онкологии инфузионная терапия является важнейшим элементом терапии, часто приобретающая первостепенное значение.

В структуре современных лечебных технологий, принятых в онкологии, инфузионная терапия активно используется в качестве терапии сопровождения при проведении полихимиотерапии, радиотерапии или радиохимиотерапии; как основной метод предоперационной подготовки; как ведущее средство жизнеобеспечения организма в ходе оперативного вмешательства и раннего послеоперационного периода; при лечении послеоперационных осложнений; в схемах реабилитации после проведения агрессивных видов терапии; для поддержания жизненных функций в практике хосписа.

К наиболее часто используемым в онкологической клинике классам инфузионных препаратов относятся: корригирующие водно-электролитный обмен (простые растворы кристаллоидов, сбалансированные электролитные растворы, комплексные препараты многоатомных спиртов); противовоспалительные, или, восполняющие объем циркулирующей крови (комплексные препараты многоатомных спиртов, гидроксипрохлориды, бел-

ковые препараты); корригирующие кислотно-щелочное состояние (препараты натрия лактата, бикарбонаты, буферные и буферированные растворы); восстанавливающие реологические свойства крови (комплексные препараты многоатомных спиртов); обеспечивающие парентеральное питание (растворы углеводов, кристаллических аминокислот, жировые эмульсии); дезинтоксикационные растворы (комплексные препараты многоатомных спиртов); инфузионные растворы специального действия (инфузионные антибиотики, противогрибковые препараты, ингибиторы протеаз).

Ожидается, что дальнейшее улучшение качества лечения больных злокачественными новообразованиями может быть связано с созданием новых инфузионных препаратов, в том числе, многокомпонентных растворов, позволяющих комплексно решать несколько терапевтических задач, которым не будут свойственны многие недостатки существующих инфузионных сред (пирогенность, аллергенность, нарушения кислотно-основного и водно-электролитного равновесия, болезни накопления, поражения эндотелия сосудов, риск гемоинфекций и т.д.).

ВПЛИВ ПЕНТОКСИФІЛІНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ ІЗ 6-ХВИЛИННОЮ ХОДЬБОЮ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО І ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Ячник В.А.

Державна установа "Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

Гемореологічні порушення при ХОЗЛ зумовлюють необхідність призначення засобів їх корекції. До препаратів, які здійснюють таку дію, слід віднести пентоксифілін, який за рахунок покращання мікроциркуляції і реологічних властивостей крові приводить до вазодилатації, зниження загального периферичного опору, збільшення систолічного та хвилинного об'ємів серця без значного збільшення частоти серцевих скорочень.

Мета дослідження — вивчення впливу розчину пентоксифіліну 100 мг (препарат Латрен, виробництва компанії "Юрія-Фарм") на показники 6-хвилинного тесту із ходьбою у порівнянні із препаратом порівняння (Трентал — пентоксифілін 100 мг, компанія "Aventis Pharma").

Обстежено 12 хворих на ХОЗЛ II і III ступеня тяжкості, із яких 6 осіб отримували препарат Латрен (1-ша група) та 6 — Трентал (2-га група). Серед обстежених обох груп середньотяжкий і тяжкий перебіг спостерігалися, відповідно, у 3 та 3 хворих, середній вік хворих становив 59,1±3,4 та 60,6±2,9 року, показник ОФВ₁ (у % до належних величин) у 1-й групі — 42,2±15,9% та у 2-й — 41,8±9,0%.

Пацієнти 1-ї групи отримували внутрішньовенно крапельно Латрен; пацієнти 2-ї групи — Трентал (від-

повідно пентоксифіліну 100 мг) на фізіологічному розчині у дозі 200 мл протягом (7±1) днів. Обстеження проводили двічі: через 3–5 діб після вступу до стаціонару (після підтвердження стабільності стану за даними дослідження ФЗД) та через (7±1) днів проведення терапії. Базисна терапія відповідала вимогам Наказу № 128.

ЧСС у вихідному стані під час 1-го обстеження не відрізнялась. Показник сатурації крові у хворих обох груп змінювався однаково: він зменшувався у 1-й групі з 86,1±7,7 до 82,7±6,1%, а у 2-й — з 93,5±5,7 до 90,1±9,5%, результати тесту становили 383,0±92,8) та 401,8±55,7 м.

Реакція ЧСС на навантаження під час 2-го обстеження була однаковою. Сатурація крові у хворих 1-ї групи зменшилась з 89,6±5,1 до 85,6±9,4%, в той час як у 2-й групі вона не змінилась під час проведення тесту із ходьбою: 93,5±5,0 та 93,3±5,9%, відповідно відстань становила 401,8±55,7 та 427,5±67,6 м, а збільшення пройденого шляху, відповідно, 18,8±12,3 та 26,2±19,6 м.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про майже однаковий вплив досліджуваних препаратів Латрен та Трентал на стан серцево-судинної системи під час тесту із 6-ти хвилинною ходьбою.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СОРБІТОЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Кужко М.М., Процик Л.М., Гульчук Н.М., Подгаєвський С.Г., Кужко З.Ф., Бережна І.В.

Державна установа "Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

Актуальність теми. У теперішній час, при наявності епідемії туберкульозу в Україні, спостерігається невинне зростання захворюваності та поширеності хронічних захворювань органів дихання, насамперед, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Наявність такої супутньої патології призводить до більш важкого перебігу туберкульозного запалення, тривалому загоєнню порожнин деструкції та припиненню мікобактеріовиділення, вираженим та тривалим інтоксикаційним синдромом. Тому важливо, особливо на ранніх етапах протитуберкульозної терапії, застосування дезінтоксикаційної терапії.

Матеріали і методи. Обстежено 57 хворих на туберкульоз легень із супутнім ХОЗЛ віком від 45 до 60 років. Основну групу склали 30 хворих, із них — 16 на фіброзно-кавернозний і 14 — на дисемінований туберкульоз легень із супутнім ХОЗЛ, яким в поряд із протитуберкульозною терапією використовували реосорбілакт. Реосорбілакт призначали у дозі 200 мл внутрішньовенно крапельно через день на протязі 20 діб. В контрольну групу (27 пацієнтів) також увійшли пацієнти на фіброзно-кавернозний і дисемінований туберкульоз (12 і 15 хворих, відповідно) із супутнім ХОЗЛ, які не отримували реосорбілакт. ХОЗЛ в усіх пацієнтів був II–III ступеня у фазі загострення. Хворі у групах за статтю, клінічною формою туберкульозу легень, наявністю резистентності МБТ, стадією ХОЗЛ, вираженістю інтоксикаційного синдрому були ідентичні. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати дослідження. Після 30 діб протитуберкульозної терапії із застосуванням реосорбілакту у хворих основної групи у порівнянні з контрольною, була виявлена достовірна позитивна динаміка клінічної симптоматики — нормалізація температури тіла, зменшення втомлюваності, інтенсивності кашлю, його час-

тота, кількості харкотиння. Дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) виявили збільшення ОФВ₁ і ЖЄЛ у порівнянні із базовими показниками — на 24,3 і 20,8% в основній, і на 6,5 і 9,4% ($p < 0,05$) у контрольній групі відповідно. Через 2 міс лікування продовжувалася позитивна динаміка як клінічних, так і функціональних показників, але достовірна динаміка між групами хворих вже не виявлялася.

Дослідження реологічних властивостей крові при застосуванні реосорбілакту призвели до зменшення в'язкості цільної крові при всіх швидкостях зрушення та достовірне зниження в'язкості плазми: $1,34 \pm 0,02$ до інфузії та $1,26 \pm 0,03$ після інфузії у порівнянні із контрольною групою — $1,28 \pm 0,02$ ($p < 0,05$). Препарат також зменшує агрегаційну здатність тромбоцитів, у зв'язку із чим може бути використаний не тільки з метою поліпшення реологічних властивостей крові, але й у профілактиці мікротромбоутворення та при "сладж-феномені", який спостерігається при туберкульозі легень у 16–18% випадків.

Застосування реосорбілакту призвело до зменшення ступеню гіпоксемії у хворих на туберкульоз легень із супутнім ХОЗЛ III ступеню, де приріст показника pO_2 склав $6,3 \pm 1,6$ у порівнянні із контрольною групою — $2,7 \pm 1,2$ ($p < 0,05$).

Висновок. Призначення реосорбілакту в комплексній терапії хворих на туберкульоз легень із супутнім ХОЗЛ II–III ступеня підвищує ефективність лікування, що підтверджується не тільки позитивною динамікою клінічних проявів захворювання (зменшення явищ інтоксикації, інтенсивності кашлю та його частоти, задишки), але й покращенням показників ФЗД, реологічних властивостей крові, ступеня гіпоксемії.

Враховуючи вище зазначене, застосування реосорбілакту можна рекомендувати у лікуванні туберкульозу легень у поєднанні із ХОЗЛ II–III ступеня.

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АПАРАТНОГО МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФОРЕЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ IIБ–III СТ

Кужко М.М.¹, Амалян В.А.², Шпаркий І.Я.², Алдакімов Д.Г.¹, Процик Л.М.¹, Кужко З.Ф.¹

¹Державна установа "Інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України", Київ

²Клінічна лікарня нафтопереробної промисловості України, Київ

Актуальність теми. Збільшення кількості хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), яка призводить до розвитку серцевої та легеневої недостатності, а також розвитку "кардіогенної печінки" в теперішній час є дуже важливою медико-соціальною проблемою. Велика смертність та інвалідність серед цих пацієнтів спонукає на пошук нових методів патогенетичного лікування цієї важкої патології. Тому метою дослідження було обґрунтування застосування інфузійної терапії при проведенні плазмафорезу у цієї категорії хворих.

Матеріал та методи. У дослідження увійшли 36 пацієнтів з ІХС із серцевою недостатністю II–III ст з супутньою патологією печінки (персистуючий гепатит, "кардіогенна печінка"). Всі хворі були розподілені на основну (24 пацієнта) та контрольну (12 пацієнтів) групи. Персистуючий гепатит було встановлено згідно консультації гастроентеролога на основі клініко-лабораторних досліджень (диспротеїнемія, збільшення білірубину, аланінамінотрансферази, тимолової проби). Пацієнти обох груп отримували однакову базисну те-

рапію, яка включала серцеві препарати, діуретики, препарати калію, гепатопротектори; відмінність між групами полягала у проведенні курсу апаратно-мембранного плазмаферезу (АМПФ) хворим основної групи. Операції АМПФ проводилися за двоголковим (безперервним) варіантом із використанням пристроїв УАМ-01 ПФМ-СПб. Даний спосіб проведення АМПФ є більш безпечним у порівнянні з одноголковим (переривчастим), особливо у хворих із серцево-судинною недостатністю. Проводили курс із 3–8 процедур, під час проведення вилучали 700–1200 мл плазми. В залежності від стану хворого та рівня гематологічних показників вилучену плазму заміщували комбінацією розчинів електролітів, 5% розчином глюкози та колоїдних (Реосорбілакт) розчинів у різних співвідношеннях. Дослідження функції печінки показало, що у більшості хворих були виявлені патологічні зміни, а саме збільшення рівня білірубину більше 31,0 мкмоль/л, АСТ — 3,4 ммоль/л, АЛТ — 2,5 ммоль/л.

Інфузійна терапія у поєднанні із плазмаферезом у хворих із серцевою недостатністю ІІБ–ІІІ ст мала мету вплинути на гемодиліційну дію та зменшення в'язкості плазми, а також для зменшення агрегаційної здатності тромбоцитів, у зв'язку із чим не тільки поліпшувалася реологічна властивість крові, але і проводилася профілактика мікротромбоутворення.

В оцінці ефективності інфузійної терапії використовували наступні критерії:

- 1) динаміка ступеня вираженості периферичних набряків,
- 2) зміна ступеня задишки у стані спокою та при фізичному навантаженні,
- 3) ступінь вираженості ціанозу,
- 4) динаміка обсягу добового діурезу,
- 5) зміна рівня гематокриту,

б) динаміку газового й кислотно-основного стану крові.

Результати дослідження. Використання різних підходів щодо застосування інфузійної терапії в комплексному лікуванні хворих на ІХС із серцевою недостатністю ІІБ–ІІІ ст виявлена достовірна позитивна у пацієнтів основної групи у прояві клінічних симптомів, а саме зменшення або припинення задишки, зменшення периферичних набряків, усунення діуретико-резистентності, зменшення або зникнення ціанозу, позитивна динаміка добового діурезу.

Інфузійна терапія також призвела до достовірної нормалізації гематокриту та ступеня спонтанної та швидкісної АДФ-індукованої агрегації тромбоцитів у пацієнтів основної групи у порівнянні із контрольною групою. Інфузійна терапія реосорбілактом у поєднанні із АМПФ призвела до зменшення ступеня артеріальної гіпоксемії, про що свідчить достовірне збільшення показника напруги кисню; це явище із найбільшою ймовірністю зумовлене реакоригуючим ефектом АМПФ, поліпшенням мікроциркуляції і газообміну у легенях. Крім того, необхідно відзначити достовірну нормалізацію порушень показників функціонального стану печінки основної групи у порівнянні із контрольною.

Висновок. У результаті проведених досліджень можна вважати, що у роботі отримані нові дані про позитивну фармакокінетику інфузійних препаратів при застосуванні плазмаферезу в комплексному лікуванні хворих на ІХС із серцевою недостатністю ІІБ–ІІІ ст. Характер фармакологічних властивостей реосорбілакту (реологічний ефект внаслідок гемодилуційної й антиагрегатної дії, зменшення в'язкості крові) дає підстави рекомендувати АМПФ та інфузійну терапію реосорбілактом у хворих на легенево-серцеву недостатність ІІ–ІІІ ст й поліцитемією зі збільшенням ступеня гіпокапнії й дихального алкалозу.