

Реферати

**АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ И МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ УКРАИНЫ**

**Ковалёва Е.М.**

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи между летальностью и оснащением в отделениях интенсивной терапии новорожденных детских больниц Украины. Анализ проведен на основании расчета коэффициентов соотношения шансов (КСШ). Идентифицированы внутрибольничные факторы, которые ассоциируются с увеличением летальности, среди которых отсутствие аппаратов для СРАР-терапии (КСШ 6,43), общее количество дыхательных аппаратов меньше 1,0 ед. на 1 койку ИТ (КСШ 5,0), количество дыхательных аппаратов высокого класса меньше 1 единицы на 1 койку ИТ (КСШ 3,67), количество неонатальных полифункциональных мониторов меньше 1 единицы на 1 койку ИТ (КСШ 3,67) и количество инфузионных дозаторов меньше 1 единицы на 1 койку ИТ (КСШ 2,27) являются самыми важными.

**Ключевые слова:** отделение интенсивной терапии новорожденных, коэффициент соотношения шансов.

Статья надійшла 11.01.10

**ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MORTALITY RATE AND PROVISION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS OF THE CHILDREN'S HOSPITALS OF UKRAINE WITH EQUIPMENT**

**Kovalyova O.M.**

In the article, results of the study of the relationship between mortality rate and provision of the neonatal intensive care units of the children's hospitals of Ukraine with equipment are given. Calculation of Odds Ratios (OR) is used to assess such a relationship. A number of in-hospital factors associated with increase in mortality rate has been identified, of which the lack of CPAP-devices (OR 6,43), the total number of ventilators per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 5,0), the number of high-class ventilators per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 3,67), the number of neonatal multiparameter monitors per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 3,67), and the number of automated infusion pumps per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 2,27) are the most important.

**Key words:** neonatal intensive care unit, odds ratio.

УДК 616.55-001-08

**ГЕПАТОПРОТЕКЦИЯ КАК СТРУКТУРНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА**

**В. В. Кухаревиченко**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков**

Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование 64 пострадавших с травмой печени IV-V степени при политравме. Выявлено, что одним из ведущих синдромов, определяющих исход и прогноз травматической болезни, является эндогенная интоксикация. Доказана целесообразность применения глутаргина в комплексе интенсивной терапии сочетанной травмы печени.

**Ключевые слова:** травма печени, эндогенная интоксикация, глутаргин.

*Исследование выполнено согласно плану научно-исследовательской работы Харьковского национального медицинского университета «Полиорганная недостаточность травматического и сосудистого генеза» (№ государственной регистрации 0199U001773).*

Научный интерес к проблеме политравмы возник в последние 20-30 лет в связи со значительным ростом инвалидизации [1, 2] и летальности [3]. Удельный вес сочетанных повреждений составляет 60-70% [4, 5], среди которых закрытая абдоминальная травма встречается в 14-60,2% случаев. Повреждения паренхиматозных органов при ней отмечаются у 31,8% пострадавших [6, 7]. При этом особое место занимают травмы печени [8, 9]. Они характеризуются тяжестью, сочетанностью [10], тенденцией к учащению и значительным количеством осложнений [11, 12]. Летальность при травме поджелудочной железы составляет 52-75% [13, 14], 67% которой связано с развитием посттравматического гепатита [15], который наиболее часто возникает на фоне разрыва органа IV-V степени, составляющего 77,8% среди всех его повреждений [16].

Посттравматический гепатит развивается у 52-68% пострадавших [17, 18]. Средние сроки его развития в зависимости от характера травмы печени колеблются от 12 часов до 3

суток. Летальность при нем составляет 57-63%, что обусловлено частым развитием тяжелых форм и недостаточной обоснованностью лечебной концепции.

**Целью** работы было повышение эффективности лечения больных с травмой печени путем усовершенствования компонентов интенсивной терапии.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследовано 64 пострадавших в возрасте 18 – 50 лет, которые находились на лечении в отделении анестезиологии политравмы Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова с 2005 по 2009 годы. Интраоперационно у всех пациентов была диагностирована травма печени.

Пациенты по принципу применения в составе интенсивной терапии гепатопротекторов были разделены на две группы, №1 и №2. Пострадавшим группы №1 инфузионно-трансфузионная терапия проводилась по общепринятой в стационаре схеме с обязательным введением эссенциальных фосфолипидов и липамида. Пациенты группы №2 дополнительно получали глутаргин 40% раствор внутривенно капельно на 200 мл физиологического раствора 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в течение 14 суток. Всем пострадавшим был проведен полный комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований по стандартной схеме, дополненной определением концентрации молекул средней массы методом спектрофотометрии на аппарате СФ48 и уровня циркулирующих иммунных комплексов на основании их преципитации в полиэтиленгликоле ММ 600.

Полученные данные обрабатывались с помощью статистических программ «Microsoft Excel XP». Для оценки достоверности различий использовали t - критерий Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результатами исследований доказано, что включение в комплекс интенсивной терапии гепатопротектора, содержащего в своем составе глутаминовую кислоту и аргинин является патогенетически обоснованным и необходимым при лечении посттравматического гепатита у больных с травматическим повреждением печени при политравме.



Рис. 1. Динамика показателя лейкоцитарного индекса интоксикации у больных групп №1, №2, (M±σ).



Рис. 2. Динамика концентрации циркулирующих иммунных комплексов в крови больных групп №1, №2 (M±σ).

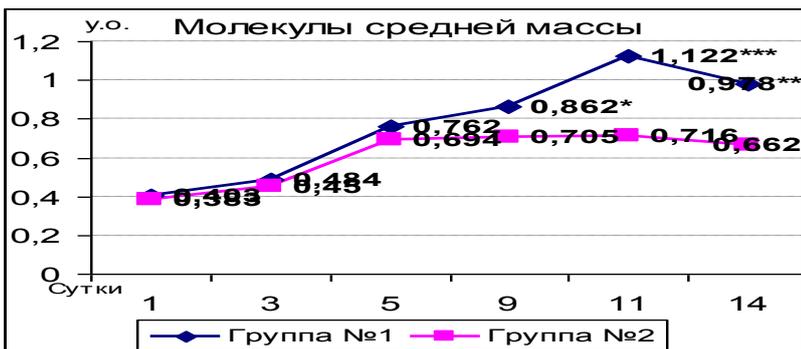


Рис. 3. Динамика концентрации в крови молекул средней массы у больных групп №1 и №2, (M±σ).

Это подтверждается результатами анализа концентрации маркеров эндогенной интоксикации у обследованных пациентов в течение острого и раннего периодов травматической болезни (см. рис. 1, 2, 3).

При проведении исследования было установлено, что синдром эндогенной интоксикации возникает у 97,2% пострадавших с обширной травмой печени при политравме, однако его тяжесть у больных групп №1 и №2 была различной. В течение всего острого периода травматической болезни уровень лейкоцитарного индекса интоксикации, превышая свои нормальные значения в 2,5 – 3,5 раза, достоверно не отличались в обеих группах.

Во время проведения сравнительного анализа у пострадавших группы №2 на 5, 7 и 14 сутки было выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) его снижение по сравнению с группой №1. Во время проведения статистического анализа количества молекул средней массы и уровня циркулирующих иммунных комплексов у пациентов группы №2 было выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение их содержания на 11 и 14 сутки по сравнению с группой №1. Таким образом, проблема воздействия на течение синдрома эндогенной интоксикации у пациентов с обширным повреждением печени при политравме не утратила своей актуальности. Основными проблемами, которые требуют дальнейшего изучения, являются уменьшение степени выраженности синдрома эндогенной интоксикации на фоне снижения детоксикационной функции печени в результате обширной травмы ее паренхимы.

### Выводы

1. Посттравматический гепатит, возникающий при травматическом повреждении печеночной паренхимы, сопровождается выраженным снижением детоксикационной функции печени, что утяжеляет течение синдрома эндогенной интоксикации.
2. Актуальной проблемой является выбор комплекса интенсивной терапии, снижающей тяжесть эндогенной интоксикации с учетом опасности полипрагмазии у пациентов с обширным травматическим повреждением печени при политравме.
3. Использование глутаргина является патогенетически обоснованным у больных с обширным травматическим повреждением печени при политравме в остром и раннем периоде травматической болезни.

### Литература

1. Реабілітація хворих після оперативного лікування захворювань та травм хребта: методичні рекомендації / П. М. Замятін, І. А. Григорова, М. П. Комаров та ін. – Х. : ХДМУ, 2004. – 12 с.
2. Хирургия доминирующих повреждений груди и живота при политравме / П. Н. Замятин, В. В. Бойко, Н. К. Голобородько, А. Е. Зайцев и др.. – Харьков, 2006. – 182 с.
3. Костиков Ю.П. Анализ летальности в отделении политравмы многопрофильной больницы / Ю.П.Костиков, А.Э.Феськов, Г.Р.Гильборг // Проблемы військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА / За ред. проф. В. Я. Білого. – К., 2002. – Вип. 11. – С. 170-174.
4. Закрытая абдоминальная травма в клинике политравмы / А.А.Хижняк, Ю.В.Волкова, А.Ю.Павленко и др. // Неотложная медицинская помощь : Сборник статей ХГКБСНП : / Под ред. А.Е.Зайцева, В.В.Никонова. – Х.: Основа, 2004. - Вып. 7– 480 с.
5. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных при политравме / Б.Р.Гельфанд, А.И.Ярошецкий, Д.Н.Проценко // Вестник интенсивной терапии. – 2004. - № 1. – С. 58-65.
6. Антонюк М.Г. Епідеміологія закритої торакоабдомінальної травми / Антонюк М.Г. // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаяєва. – 2002. – Т. 3, № 4. – С. 23-27.
7. Замятін П.М. Хірургічна тактика у постраждалих з політравмою при домінуючому ушкодженні паренхіматозних органів черевної порожнини / П.М.Замятін // Шпитальна хірургія.– 2004. - № 4. – С. 164-166.
8. Криворучко І.А. Использование тактики «Damage control» при хирургическом лечении травм поджелудочной железы в условиях сочетанных повреждений органов брюшной полости / И.А.Криворучко, Н.К.Голобородько, С.Н.Тесленко // Харківська хірургічна школа. – 2005. - № 2.1(17). – С. 70-72.
9. Splanchnic ischemia and bacterial translocation in the abdominal compartment syndrome / L. N. Diebel, S. A. Dulchavsky, W. J. Brown // J. Trauma. – 2002. – Vol. 43, № 5. – P. 852-855.
10. Increased intestinal permeability is associated with the development of multiple organ dysfunction syndrome in critically ill ICU patients / Doig C.J., Sutherland L.R., Sandham J.D. et al. // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. - 1998. - Vol. 158, № 2. - P. 444-451.
11. Урман М.Г. Травма живота / М.Г.Урман. – Пермь : ИПК «Звезда», 2003. – 259 с.
12. Meyers J.S., Ehrenpreis E.D., Craig R.M. Small intestinal bacterial overgrowth syndrome // Current treatment options in gastroenterology. - 2001. - Vol.4, №1. - P. 7-14.

13. Molle V., Hochepeid T. The major acute – phase protein, serum amyloid P component, in mice is not involved in endogenous resistance against induced lethal hepatitis, shock and skin tumor necrosis factor – necrosis. // Surg. Endosc. – 2000. - №7. – P.617-621.
14. Травматическая болезнь и ее осложнения / С.А.Селезнев, С.Ф.Багненко, Ю.Б.Шапот, А.А.Курыгин. – СПб. : Политехника, 2004. – 414 с.
15. Закрытая абдоминальная травма в клинике политравмы / А.А.Хижняк, Ю.В.Волкова, А.Ю.Павленко и др. // Неотложная медицинская помощь: Сборник статей ХГКБСНП: / Под ред. А.Е.Зайцева, В.В.Никонова. – Х.: Основа, 2004. - Вып. 7– 480 с.
16. Fukushima R. Bacterial translocation in multiple organ failure // Nippon Geka Gakkai Zasshi. - 1998. - Vol.99, №8. - P. 497-503.
17. Grotz M., Regel G., Bastian L. et al. Der Darm als zentrales Organ in der Entfaltung des Multiorganversagens (MOV) nach schwerem Trauma: Pathophysiologie und therapeutische Ansätze // Zentr.-Bl. Chir. - 1998. - № 3. - P. 205-217.
18. Юзвак Н.П., Владыка А.С., Юзвак А.Н. Термостабильные белки сыворотки крови при синдромах системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2000. - №1. - С. 107-108.

Реферати

**ГЕПАТОПРОТЕКЦІЯ ЯК СТРУКТУРНИЙ ЕЛЕМЕНТ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ГЕПАТИТУ**

**Кучерявченко В.В.**

Проведене комплексне клініко-лабораторне і інструментальне обстеження 64 постраждалих з травмою печінки IV-V ступеня при політравмі. Визначено, що одним з провідних синдромів, що визначають результат лікування і прогноз травматичної хвороби, є ендогенна інтоксикація. Доказана обумовленість застосування глутаргіну у комплексі інтенсивної терапії поєднаної травми печінки.

**Ключові слова:** травма печінки, ендогенна інтоксикація, глутаргін.

**HEPATO PROTECTION IN THE COMPLEX OF INTENSIVE CARE OF POSTTRAUMATIC HEPATITIS**

**Kucheryavchenko V.V.**

In the investigation we performed complex clinical and laboratory examination in patients with hepatic injury on the base of different therapy strategies. We found that the time and severity of immune system reactions in traumatic disease depend on the efficacy of antitoxic therapy and complications. We showed that pathogenic treatment of such patients should include antitoxic drugs.

**Key words:** hepatic injury, intoxication, glutargin.

УДК 612.015

**ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА МАЗКОВ СОДЕРЖИМОГО РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-ОРГАНОВ**

**Б.А. Насибуллин, И.К. Тагунова**  
Український НДІ медичної реабілітації та курортології, г. Одеса

Исследован состав клеток мазков, которые получены при центрифугировании содержимого ротовой полости от 67 лиц, среди которых 17 - были здоровыми; 14 - имели хронический тонзиллит; 19 - хронический гайморит; 17 - аллергический ринит. Установлены изменения состава клеток в виде уменьшения количества нейтрофилов и эпителиоцитов, повышение содержания лимфоцитов "голых" ядер и эритроцитов. Изменения имели одинаковую направленность при всех исследованных нозологиях, но отличались количественно. Авторы считают, что изменения в составе клеток содержимого ротовой полости у больных с лор-патологией зависят от развития системного воспаления и состояния местной системы защиты.

**Ключевые слова:** лор-патология; клеточный состав содержимого ротовой полости; система местной защиты.

Одним из важнейших анатомических образований, обеспечивающих непосредственный контакт внутренней среды организма и окружающей среды, является слизистая оболочка носа и ротоглотки. Для предотвращения неблагоприятных последствий такого взаимодействия, или развития инфекционных заболеваний существуют системы общей и местной защиты в организме. Компонентами системы местной защиты являются