

ліпідного обміну достовірно підвищення в крові холестерину і атерогенної фракції ліпопротеїдів та зниження ЛПВЩ, коефіцієнт атерогенності становить $4,68 \pm 1,63$. Застосування аторвастатину призводить зниження коефіцієнту атерогенності на 45% та до зменшення індексу маси тіла 10,94% після 3 місяців лікування. При цьому встановлений сильний позитивний кореляційний зв'язок між тригліцеридами і ІМТ до та після лікування. При комплексному лікуванні відмічається статистично значуще зменшення об'єму матки на 40,27% у підгрупі 1a при 35,6% у підгрупі 1b.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Перспективними є подальші дослідження гормонального і ліпідного обміну, об'єму матки у більш віддалені терміни після лікування, що в свою чергу дозволить вчасно діагностувати і запобігати рецидивам захворювання.

Література

1. Жегулович В.Г. Органозберігаюча тактика лікування фіброміоми матки / В.Г. Жегулович, В.О. Товстановська, В.М. Воробей-Вихівська // Здоровье женщины. – 2010. - №1. - С. 26-28.
2. Железов Д.М. Оптимізація лікувальної тактики при поєднаних гіперпластичних процесах ендометрію – і біометрія в пременопаузі / Д.М. Железов // Педіатрія, акушерство та гінекологія - 2009. - №4. – С. 102-105.
3. Подзолкова Н.М. Метаболический синдром у женщин: две грани единой проблемы / Н.М. Подзолкова, В.И. Подзолков, О.Л. Глазкова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2003. - № 6. – С. 28-33.
4. Татарчук Т.Ф. Дифференциальные подходы к органосохраняющей терапии лейомиомы матки в различные возрастные периоды / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. - №4. – С. 24-29.
5. Функция эндотелия у больных с фибромиомой матки / В.А. Питько, И.А. Гузь, А.Д. Демиденко, Т.Л. Весич и др. // Экспериментальная і клінічна медицина – 2009. - №2. – С. 132-134.
6. Ming-Huei Cheng. Uterine myoma: a condition amendable to medical therapy? / Ming-Huei Cheng, Peng-Hui Wang. // Expert Opinion on Emerging Drugs. - 2008. – V. 13 (Is. 1).- P. 119-133.
7. Obstetric hysterectomy in a patient with uterine myoma of uterus duplex--case report / Kuś E, Swierczewski A, Orłowska K, Brzozowska [et all.] // Ginekol. Pol. - 2009. – V. 80 (2). – P. 124-128.

Сферата

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
ФИБРОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Жураковский В.М.

Фибромиома матки у женщин с ожирением чаще встречается в перименопаузальный период, сопровождается заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Применение аторвастатина на протяжении 3 месяцев приводит к снижению коэффициента атерогенности на 45% и к уменьшению индекса массы тела на 10,94% после. При этом установлена сильная положительная корреляция между триглицеридами и индексом массы тела до и после лечения. Отмечается статистически значимое уменьшение объема матки через 3 месяца после применения комплексного лечения на 40,27% в подгруппе 1a, в подгруппе 1b только на 35,6%. Кроме того, в подгруппе 1a наблюдается меньшая частота синдрома "высыпки", чем в подгруппе 1b, соответственно 5% и 10% случаев.

Ключевые слова: фибромиома, гиперпластические процессы матки, гормоны, липидный обмен, статины

Стаття надійшла 8.02.2011 р.

**CURRENT PRINCIPLES OF TREATMENT
UTERINE FIBROIDS IN WOMEN WITH
EXTRAGENITAL PATHOLOGY**

Zhurakivskiy V.M.

Uterine fibroids in women with obesity is more common in perimenopausalnyy period, followed by diseases of the circulatory system. Atorvastatin causes reduction factor atherogenesis by 45% and to reduce body mass index 10.94% after 3 months of treatment. It established a strong positive correlation between triglycerides and BMI before and after treatment. It has found a statistically significant reduction of cancer 3 months after a comprehensive treatment to 40.27% in subgroup 1a, 1b subgroup in only 35.6%. In addition, subgroup first observed less frequently sider "flash" than in subgroup 1b, respectively 5% and 10% of cases.

Key words: fibroids, uterine hyperplasia, hormones, lipid metabolism, statins.

УДК 616.381 – 022 0 083.98 – 085.384 – 089.168

С.В. Бурилов

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ТРАНСПОРТ КИСНЮ У ХВОРИХ З АБДОМІНАЛЬНИМ СЕПСИСОМ ПРИ СЕРЕДНІЙ ОЦІНЦІ ЗА ШКАЛОЮ АРАСНЕ-II

У 88 пацієнтів з ознаками наявності абдомінального сепсису, які мали середню стартову оцінку тяжкості стану за шкалою АРАСНЕ-II, до та після операції вивчені зміни транспорту та споживання кисню в залежності від складу інфузійної терапії за допомогою різних груп сучасних плазмозамінників. Виявлено, що застосування колоїдних розчинів мало перевагу перед використанням виключно кристалоїдів. Перевагу мали

похідні гідроксиетилкрохмалю, введення яких забезпечувало найбільшу кількість випадків достовірного покращення показників кисневого обміну.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, кристалоїди, гелофузин, рефортан, венюфундин.

Робота є фрагментом планової НДР за темою “Інтенсивна терапія ендотоксичного шоку у хворих з супутньою патологією серцево-судинної системи”, № держреєстрації 0107U001388.

Одною з провідних задач інтенсивної терапії у хворих на сепсис є забезпечення в них достатньої доставки та споживання кисню. Мета досягається шляхом застосування гемодинамічної та респіраторної підтримки. Згідно положенням Early Goal-Directed Therapy in Severe Sepsis and Septic Shock (ранньої цілеспрямованої терапії при сепсисі та септичному шоку), що пропонується Кампанією за виживаність при сепсисі (Surviving Sepsis Campaign) в перші 6 годин від початку лікування хворого потрібно за допомогою рідинної ресусцитації (в першу чергу) та респіраторної підтримки (якщо потрібна) намагатися забезпечити в пацієнта рівень центрального венозного тиску (ЦВТ) в межах 8 – 12 мм рт. ст (100 – 160 мм вод. ст), середній артеріальний тиск (САТ) не нижче за 65 мм рт. ст, темп діурезу не менше за 0,5 мл/кг/год та сатурацію крові киснем в центральній вені не менше за 70% або не менше за 65% венозної крові, що змішана [2, 5, 9]. Низьке насичення венозної крові киснем являє собою серйозну ознаку наявності кисневої заборгованості та сполучається з тяжким перебігом захворювання і високим рівнем летальності [4]. При проведенні рідинної ресусцитації при сепсисі ще й досі відсутні очевидні докази наявності переваги будь-якого з сучасних плазмозамінників. Тобто, кристалоїдні розчини за своїм ефектом не поступаються колоїдним, а серед останніх відсутні ті, що надають найкращого ефекту для зниження смертності [2, 5, 10]. Зазначене положення викликає найбільшу кількість сумнівів серед практичних лікарів, так як певні переваги колоїдних плазмозамінників, головним з яких є краща здатність утримуватися у судинному руслі, давно та добре відомі [6, 7]. Беручи до уваги той факт, що більшість досліджень, на основі яких розроблене положення про ранню рідинну ресусцитацію, проводилося без чіткого врахування віку та тяжкості стану хворих, ми вирішили провести власний аналіз ефекту терапії кристалоїдними та колоїдними плазмозамінниками у хворих з ознаками абдомінального сепсису із розподіленням хворих за групами згідно із ступенем тяжкості стану за шкалою Acute Physiology And Chronic Health Evaluation-II (APACHE-II). Шкала APACHE-II являє собою сучасну систему оцінки тяжкості стану та життєздатності хворих, що враховує їх вік, супутню патологію, плановість чи ургентність виконання хірургічної корекції, а також показники центральної гемодинаміки, частоти дихання, забезпечення киснем, показники гематокриту, концентрації електролітів та буферних основ у плазмі крові, ректальну температуру, величину лейкоцитозу та інші. Разом із підвищенням кількості балів за шкалою APACHE-II зростає і показник летальності хворих. Так при оцінці, що становить 0 – 9 балів, летальність звично не перевищує 7,5%, при оцінці в 10 – 14 балів смертність досягає вже 11%, а при оцінці в 25 – 29 балів може сягати 51% [2, 3, 8].

Метою роботи було визначити показники транспорту та споживання кисню у хворих з ознаками абдомінального сепсису, які мають середні стартові оцінки тяжкості стану за шкалою APACHE-II, та отримують інфузійну терапію за допомогою різних груп сучасних плазмозамінників.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено у 88 пацієнтів з ознаками абдомінального сепсису у віці від 18 до 89 років. Всі хворі мали середню стартову оцінку тяжкості стану, що становила в межах від 11 до 20 балів за шкалою APACHE-II. В 16 хворих (1-ша група) застосовані тільки кристалоїдні плазмозамінники (базовий – розчин Рінгера). 22 пацієнта (2-га група) разом із кристалоїдами отримували колоїдний розчин на основі модифікованої желатини – гелофузин. 26 хворим (3-тя група) разом із кристалоїдами вводили препарат гідроксиетилкрохмалю 200/0,5 – рефортан 6%. У 24 хворих (4-та група) разом із кристалоїдами застосований препарат останньої генерації плазмозамінників на основі крохмалю – гідроксиетилкрохмаль 130/0,4 – венюфундин. Колоїдні плазмозамінники вводилися в дозі від 1000 до 1500 мл на добу в залежності від маси пацієнтів. Згідно з рекомендаціями програми Surviving Sepsis Campaign за допомогою інфузій намагалися досягти у хворих через 6 годин лікування значення центрального венозного тиску (ЦВТ) 100 мм вод. ст та підтримувати його на зазначеному рівні 3 доби. Інші компоненти інтенсивної терапії значно не відрізнялися. Більш ніж у 90% випадків антибактеріальна терапія проводилася за допомогою цефалоспоринів III покоління разом із фторхінолонами II-IV покоління та метронідазолом. Тяжкість прояв абдомінального сепсису визначена за шкалою SIRS (синдрому системної запальної відповіді) [2, 3]. Згідно із класифікацією R. Bone, для діагнозу сепсису достатньо 2 ознак наявності системної запальної реакції (температура тіла вище 38°C або нижче 36°C, частота серцевих скорочень більша за 90 за хвилину, частота дихання більша 20 за хвилину при напрузі вуглекислого газу в артеріальній крові 32 мм рт. ст. та меншій, кількість лейкоцитів в крові більша за $12 \times 10^9/\text{л}$, або менша $4 \times 10^9/\text{л}$, або наявність не менше за 10% незрілих клітин) та, обов'язково, вогнища інфекції. Всі хворі мали такі ознаки. Прояви SIRS характеризувалися наявністю 2 – 4 ознак. [2, 3]. Відомості про групи хворих знаходяться в таблиці 1 на наступній сторінці тексту. Зазначимо, що групи хворих достовірно не відрізнялися ні за віком, ні за масою тіла, ні за стартовою оцінкою тяжкості стану за шкалою APACHE-II. Пацієнти, які отримували тільки плазмозамінники мали менші ознаки SIRS в порівнянні із всіма іншими хворими. При порівнянні даних 1-ї групи із 2-ю, 3-ю та 4-ю за t-критерієм р дорівнювало 0,028, 0,01 і 0,008 відповідно.

Таблиця 1

Характеристика хворих та розподіл хворих з ознаками абдомінального сепсису за групами в залежності від складу інфузійної терапії (M±σ)

Групи хворих за типом інфузійної терапії	Чоловіки/ жінки	Вік хворих	Маса хворих, кг	Стартова оцінка за шкалою APACHE-II, в балах	Оцінка тяжкості SIRS, за кількістю ознак в балах
Терапія кристалоїдами n = 16	10/6	54,00±12,33	73,63±11,89	13,88±2,92	2,56±0,51
Терапія кристалоїдами +гелофузин, n = 22	12/10	54,77±14,38	76,00±10,72	14,77±2,76	3,05±0,72
Терапія кристалоїдами+6% рефортан, n = 26	11/15	59,50±13,00	74,00±8,08	15,19±2,71	3,12±0,71
Терапія кристалоїдами +венофундин, n = 24	12/12	59,00±15,00	74,88±7,41	15,63±2,87	3,17±0,76

При вивченні доставки та споживання кисню визначали його напругу в артеріальній і венозній крові на апараті ABL-550 одразу після забору крові із стегнової артерії та периферичної вени. Доставку та споживання кисню обчислювали за стандартними формулами із урахуванням концентрації гемоглобіну в крові, сатурації крові киснем, константи Hüfner (Хюфнера), коефіцієнта розчинності кисню та серцевого індексу [1, 4]. Величину серцевого індексу розраховували після визначення ударного об'єму серця та хвилинного об'єму кровообігу шляхом інтегральної тетраполярної реографії. Дослідження транспорту та споживання кисню виконували до операції та у перші 5 діб післяопераційного періоду. Наругу газів визначали тільки при диханні повітрям. Результати дослідження оброблені із використанням критерію t-Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Показники, що отримані в процесі дослідження, представлено в таблиці 2. Перед операцією достовірних розбіжностей в показниках кисневого обміну між групами дослідження знайдено не було. На 1-шу добу виявлено, що в хворих, яким вводили ГЕК 200/0,5 спостерігалася достовірна більша напруга кисню в венозній крові (PvO₂) при порівнянні з тими, кому вводили виключно кристалоїдні розчини (p = 0,031). В інших групах дослідження PvO₂ недостовірно перевищувала аналогічний показник 1-ої групи. Напруга кисню в артеріальній крові (PaO₂) в на 1-шу добу була недостовірно вищою в усіх групах хворих, кому вводилися колоїдні розчини, при порівнянні із даними 1-ої групи. Доставка та споживання кисню на цьому етапі дослідження достовірно не відрізнялися. При диханні повітрям жодний з методів інфузійної підтримки не забезпечував рівня насичення киснем змішаної венозної крові, що рекомендований Surviving Sepsis Campaign. На 2-гу добу дослідження знов виявлено, що рівень PvO₂ був достовірно вищим у хворих, які одержували ГЕК 200/0,5 у порівнянні з 1-ою групою (p=0,030). Насичення киснем артеріальної крові SaO₂% виявилось достовірно більшим у пацієнтів, що одержували ГЕК 130,4 у порівнянні з тими, кому вводили виключно кристалоїди із p=0,047. Споживання ж кисню при порівнянні із 1-ою групою було достовірно більшим у хворих, яким вводили гелофузин (p=0,0499). В цей час серцевий індекс у хворих 2-ої групи був достовірно вищим за той, що спостерігався в групі 1. PaO₂ у хворих, яким вводили колоїдні розчини, в усіх групах був недостовірно більшим за показник 1-ої групи, як і відсотковий рівень насичення венозної крові киснем (SvO₂%) в 2-ій та 3-ій групах. Середній показник насичення киснем змішаної венозної крові при диханні повітрям в усіх групах ще не сягав 65%. На 3-тю добу PaO₂ в усіх групах хворих, які отримували колоїди, виявилася достовірно вищою за PaO₂ пацієнтів, яким вводили виключно кристалоїди (p=0,045; p=0,038; p=0,046 відповідно). SaO₂% було достовірно більшим у хворих 3-ої та 4-ої груп при порівнянні з 1-ою групою із p=0,04 та p=0,047. PvO₂, низький рівень якої вказує на присутність кисневої заборгованості, була достовірно вищою в групах хворих, що отримували похідні ГЕК, у порівнянні з 1-ою групою (p=0,023 і p=0,047 відповідно) та недостовірно вищою у хворих 2-ої групи [4]. В цей час середнє значення показника SvO₂% в усіх групах пацієнтів, яким вводили колоїди, перевищило 65%, а в хворих, яким вводили виключно кристалоїди, сягало лише 63,06±6,80 %. Серцевий індекс в 2-ій, 3-ій та 4-ій групах дослідження достовірно перевищував серцевий індекс хворих з підтримкою гемодинаміки виключно кристалоїдами. На 5-ту добу виявлено наявність достовірно більших показників PaO₂ і SaO₂% у пацієнтів, яким вводили ГЕК 130/0,4, у порівнянні з тими, хто одержував виключно кристалоїдні розчини (p=0,042 та p=0,045). Інших достовірних розбіжностей не знайдено. Результати, що одержані при дослідженні хворих з ознаками абдомінального сепсису, які мали середню стартову оцінку тяжкості стану в межах 11 – 20 балів за шкалою APACHE-II, свідчать про наявність переваги використання колоїдних плазмозамінників. Розвинення дефіциту транспорту та споживання кисню при використанні виключно кристалоїдних розчинів в даному випадку запобігалось виключно за рахунок наявності в пацієнтів 1-ої групи достатньої кисневої ємності крові. Напруга кисню в артеріальній та венозній крові і показники серцевого індексу були більшими при використанні колоїдних розчинів. Перевагу мали похідні ГЕК, що підтверджується найбільшою кількістю випадків присутності достовірних відмін та рівнем насичення киснем змішаної венозної крові.

Таблиця 2

Динаміка показників обміну кисню у хворих із ознаками абдомінального сепсису, які мали середню оцінку за шкалою APACHE II, в залежності від складу інфузійної терапії (M±σ)

Показники обміну кисню	Час	Терапія кристалоїдами 0 – 3 доба, n = 16; 5 доба n = 13	Терапія кристалоїдами + гелофузин 0 – 2 доба n=22; 3 доба n=21; 5 доба n=20	Терапія кристалоїдами+6% рефортан 0 – 5 доба n=26	Терапія кристалоїдами +венофундин 0 – 3 доба, n=24; 5 доба, n=21
Концентрація гемоглобіну в крові, г/л	0	141,19±26,92	145,77±22,71	136,73±25,32	135,21±25,12
	1	128,31±29,18	129,82±26,72	124,58±21,57	120,38±22,31
	2	116,25±25,09	120,77±18,76	116,77±23,29	112,50±21,61
	3	115,81±23,87	114,62±17,57	115,12±21,32	106,67±22,65
	5	118,02±25,09	114,70±17,04	114,81±20,39	107,52±21,25
Серцевий індекс, л/хв/м ²	0	3,20±0,14	3,18±0,22	3,20±0,11	3,21±0,17
	1	3,35±0,29	3,42±0,25	3,38±0,21	3,40±0,25
	2	3,24±0,25*	3,41±0,26*	3,37±0,23	3,32±0,21
	3	3,10±0,26*	3,31±0,25*	3,33±0,26*	3,31±0,33*
	5	3,13±0,24	3,32±0,28	3,22±0,24	3,27±0,21
Напруга кисню в артеріальній крові, мм рт ст	0	82,44±4,85	82,41±6,12	80,81±6,05	80,75±7,03
	1	71,63±5,10	73,09±6,03	73,04±5,70	73,17±6,43
	2	71,13±5,32*	74,45±6,43	74,46±6,96*	74,88±6,79
	3	71,94±6,38*	76,71±7,33*	77,04±8,08*	77,04±8,40*
	5	74,46±7,58*	79,15±8,08	78,88±8,78	80,38±8,51*
Напруга кисню в змішаній венозній крові, мм рт ст	0	36,06±1,71	35,95±2,46	35,31±2,57	35,25±2,21
	1	33,13±2,47*	34,05±2,42	34,88±2,47*	34,42±2,69
	2	32,81±2,86*	34,27±2,81	34,85±2,82*	34,46±3,05
	3	33,19±3,15*	34,95±3,02	35,58±3,19*	35,13±2,77*
	5	35,08±3,60	36,25±3,14	36,19±3,44	36,29±2,39
Насичення киснем артеріальної крові, %	0	93,13±1,22	93,00±1,77	92,50±1,50	92,49±2,17
	1	89,50±2,25	90,09±2,60	90,04±2,43	90,50±2,83
	2	89,06±2,59*	90,23±2,74	90,38±2,90	90,83±2,71*
	3	89,19±2,95*	91,10±2,91	91,15±2,89*	91,21±3,12*
	5	90,08±3,90*	91,90±3,24	91,88±3,04	92,38±2,54*
Насичення киснем змішаної венозної крові, %	0	66,06±2,38	65,95±4,65	65,38±4,48	65,04±2,93
	1	63,38±4,19	64,59±4,73	64,92±3,98	64,71±2,82
	2	62,88±5,99	64,55±5,85	64,81±5,51	64,67±4,67
	3	63,06±6,80	65,48±5,46	65,81±5,95	65,54±4,62
	5	65,69±7,62	67,40±5,31	67,04±6,30	67,43±3,59
Об'ємний вміст кисню в артеріальній крові, мл/л	0	185,2±33,6	191,3±31,5	178,1±31,4	176,3±33,1
	1	161,7±36,5	165,2±35,9	158,0±26,0	153,7±28,6
	2	146,2±32,2	154,1±26,4	148,8±28,7	144,3±27,4
	3	146,1±31,6	147,9±25,8	148,0±26,3	137,6±29,0
	5	150,3±35,3	149,3±25,4	148,8±24,8	140,4±26,8
Об'ємний вміст кисню в змішаній венозній крові, мл/л	0	131,2±27,0	135,2±25,4	125,5±23,6	123,6±25,2
	1	115,0±31,5	118,4±28,7	113,8±20,7	109,4±21,1
	2	103,9±30,1	110,3±23,9	106,7±24,1	102,1±20,8
	3	104,1±30,2	106,1±22,3	106,5±21,9	98,5±23,5
	5	110,6±33,1	109,3±22,3	108,1±21,5	102,2±22,5
Доставка кисню, мл/хв/м ²	0	592,8±113,0	609,7±113,1	570,1±108,4	566,8±120,7
	1	541,8±133,1	564,2±132,2	533,9±92,2	523,9±115,6
	2	474,7±115,1	527,2±109,2	501,0±100,4	480,0±102,2
	3	455,7±115,8	492,0±107,3	491,2±84,8	457,3±117,8
	5	474,0±126,3	500,2±116,1	479,4±89,9	461,5±99,6
Споживання кисню, мл/хв/м ²	0	172,7±24,2	177,8±33,3	168,1±34,3	169,0±32,4
	1	155,7±22,8	159,0±32,7	149,2±22,0	150,8±31,0
	2	136,0±16,6*	148,8±20,8*	141,2±24,0	139,5±29,2
	3	129,4±14,3	138,0±21,1	137,1±23,9	128,7±24,8
	5	124,5±16,1	133,1±20,7	129,8±21,3	125,1±18,7
Коефіцієнт екстракції кисню, %	0	29,5±2,3	29,5±4,2	29,7±4,3	30,1±2,5
	1	29,5±4,4	28,7±4,4	28,3±3,4	28,9±1,9
	2	29,8±6,0	28,9±5,2	28,8±4,9	29,3±3,8
	3	29,8±6,2	28,6±4,3	28,3±5,0	28,7±3,4
	5	27,6±6,4	27,2±3,7	27,6±5,2	27,5±2,8

Примітка. В таблиці 2 символом * позначено наявність достовірної відмінності із $p < 0,05$ при порівнянні показників кисневого обміну в хворих, що отримували виключно кристалоїдні розчини, з тими кому вводилися колоїдні плазмозамінники. Зменшення кількості досліджень у динаміці зумовлено летальністю хворих.

При цьому потрібно врахувати, що пацієнти, яким вводили похідні ГЕК, мали більший середній вік та середню оцінку за SIRS (хоча й недостовірні). Особливу увагу треба приділити можливостям досягнення у хворих з абдомінальним сепсисом необхідного рівня SvO₂%, що рекомендований Surviving Sepsis Campaign. Дослідження свідчать про наявність потреби з цією метою обов'язкового застосування кисню в перші 2 – 3 доби після операції.

Висновок

У хворих з ознаками абдомінального сепсису, які мають середню стартову оцінку тяжкості стану за шкалою APACHE-II, рідинна ресусцитація із застосуванням колоїдних плазмозамінників забезпечує кращі показники кисневого обміну, ніж інфузія виключно кристалоїдних розчинів. Перевагу мають похідні

гідроксиетилкрахмалу, використання яких забезпечує найбільшу кількість випадків достовірного покращення показників напруги кисню в артеріальній та венозній крові. Виконання рекомендацій Surviving Sepsis Campaign потребує в зазначеного контингенту хворих використання кисню в перші 2 – 3 доби після операції.

Перспективи подальших розробок у даному напрямі. Вивчення ефектів рідинної ресусцітації за допомогою різних груп сучасних плазмозамінників у хворих з високими оцінками тяжкості стану та визначення змін об'ємів водних просторів і водних секторів організму в процесі інфузійної терапії.

Література

1. Клигуненко Е.Н. Интенсивная терапия кровопотери / Е.Н.Клигуненко, О.В.Кравец. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 150 с.
2. Мальцева Л.А. Сепсис: этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия / Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Мосенцев И.Ф. – Москва: МЕДпресс-информ, 2005. – 176с.
3. Оценка тяжести состояния хирургического больного / [Сипливыи В.А., Дронов А.Н., Конь Е.В., Евтушенко Ф.В.]. – Киев: Майстерня книги, 2009. – 128 с.
4. Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний / Г.А.Рябов. – Москва: Медицина, 1988. – 288 с.
5. Dellinger R.P. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 / R.P.Dellinger, M.M.Levy, J.M.Carlet // Intensive Care Medicine. – 2008. – V.34(1). – P.17–60.
6. Finfer S. SAFE Study Investigators (2004) A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit / S.Finfer, R.Bellomo, N.Boyce // New England Journal of Medicine. – 2004. – V.350. – P.2247–2256.
7. Hoffman J.N. Hydroxyethyl starch, but not crystalloid support, improves microcirculation during normotensive endotoxemia / J.N.Hoffman, B.Vollmar, M.W.Laschke [et al.] // Anesthesiology. – 2002. – V.97(2). – P.460 – 470.
8. Knaus W.A. APACHE-II: a severity of disease classification system / W.A.Knaus, E.A.Draper, D.P.Wagner, J.E.Zimmerman // Critacal Care Medicine. – 1985. – V.13 (10). – P.818 – 829.
9. Otero M.R. Early goal-directed therapy in severe sepsis and septic shock revisited concepts, controversies and contemporary findings / M.R.Otero, H.B.Nguyen, D.T.Huang // Chest. – 2006. – Vol.130 (5). – P. 1579 – 1595.
10. Rivers E. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group (2001) Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock / E.Rivers, B.Nguyen, S.Havstad // New England Journal of Medicine.– 2001. – V.345 (19). – P.1368–1377.

Українська

ТРАНСПОРТ КИСЛОРОДА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ ПРИ СРЕДНЕЙ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ АРАСНЕ-II

Курсов С.В.

У 88 пациентов с признаками наличия абдоминального сепсиса, имеющими среднюю стартовую оценку тяжести состояния по шкале АРАСНЕ-II, до и после операции изучались изменения транспорта и потребления кислорода в зависимости от состава инфузионной терапии, представленной разными группами современных плазмозамениителей. Выявлено, что применение коллоидных растворов имело преимущество перед использованием исключительно кристаллоидов. Преимущество имели производные гидроксиптилкрахмала, введение которых обеспечило наибольшее количество случаев достоверного улучшения показателей кислородного обмена.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, кристаллоиды, гелофузин, рефортан, венофундин.

Стаття надійшла 15.02.2011 р.

OXYGEN DELIVERY AT PATIENTS WITH ABDOMINAL SEPSIS OF AN AVERAGE ESTIMATION ACCORDING TO THE APACHE-II SCALE

Kursov S.V.

88 pre- and post operated patients with signs of abdominal sepsis, who had an average starting point of estimation of state severity according to the APACHE-II scale have been examined as to the oxygen delivery and consumption changes depending on the composition of infusion therapy with the help of different groups of modern plasma substitutes. The usage of colloid solutions has turned out to have advantage over the usage of crystalloids only. Advantage belonged to the derivatives of starch hydroxal, the introduction of which provided the largest amount of cases of reliable improvement of oxygen exchange indices.

Key words: abdominal sepsis, crystalloids, gelofusin, refortan, venofundin.

УДК 616. 831-005: 615

*Д.В.Литвиненко, Ю.Ф.Лупина, Л.А.Самарченко
ВДНЗ України, Східноукраїнський державний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Іллія*

ДИНАМІКА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ І СТАДІЇ

Проведено дослідження ефективності препарату Ginkgo biloba на 15 пацієнтах з дисциркуляторною енцефалопатією І стадії. В дослідженні використані: аналіз медичної документації, вимірювання артеріального