

УДК 577.124+612.81+616.379-008.64

Ю. В. Цісельський, А. П. Левицький

ВПЛИВ ІНУЛІНУ НА СТАН ЗОРУ І ДЕЯКІ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ

Досліджено 54 хворих (108 очей) на цукровий діабет II типу з проявами діабетичної ретинопатії (НДР і ПДР). Встановлено, що вживання інуліну з цикорію в дозі 4 г/добу протягом 4 тиж сприяє покращанню стану зору, зниженню артеріального тиску, рівня в крові глюкози і малонного діальдегіду у хворих на НДР і не впливає суттєво на ці показники у хворих на ПДР. Активність каталази і протеаз у сироватці крові суттєво зростає після курсу інулінотерапії в обох групах хворих.

Ключові слова: діабетична ретинопатія, інулін, стан зору, артеріальний тиск, глюкоза, каталаза, протеаза.

UDC 577.124+612.81+616.379-008.64

Yu. V. Tsyselsky, A. P. Levitsky

THE INFLUENCE OF INULIN UPON EYESIGHT AND SOME BIOCHEMICAL BLOOD INDICES OF DIABETIC RETINOPATHY PATIENTS

54 patients suffering from diabetes type II with phenomena of diabetic retinopathy were studied. The use of inulin from chicory in a dose of 4 g per day during 4 weeks was determined to favor improvement of eyesight, reduction of arterial pressure, level of glucose and malonic dialdehyde.

The activity of catalase and proteases in blood serum grows considerably after the course of inulintherapy.

Key words: diabetic retinopathy, inulin, eyesight, arterial pressure, glucose, catalase, protease.

УДК 616-08-039.35

П. М. Чуєв, *д-р мед. наук, проф.*,

О. О. Буднюк,

І. О. Галінський

МАЛООБ'ЄМНА ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ГІПОВОЛЕМІЧНОГО ШОКУ У ХВОРИХ ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Однією з причин гіповолемічного шоку є гостра виразкова гастродуоденальна кровотеча. Летальність при виразковій гастродуоденальній кровотечі коливається від 12,5 до 28 % [1]. Тому одним із основних напрямків лікування цих хворих поряд із хірургічними методами є своєчасна та якісна корекція гострої гіповолемії шляхом використання сучасних об'ємкоректорів [2; 3]. Перспективним також є використання перфторану, який забезпечує циркуляторний, гемічний і тканинний рівні транспорту кисню [4; 5]. Оскільки терапія серцево-судинних ускладнень внаслідок гострої гіповолемії є більш складною, ніж профілактика, виникає необхідність у ранньому їх про-

гнозуванні. Питання щодо прогнозування серцево-судинних ускладнень із приводу гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч висвітлено у літературі недостатньо, хоча йому належить важлива роль у покращанні результатів лікування таких хворих.

Мета дослідження: вивчити вплив різних об'ємкоректорів на частоту серцево-судинних ускладнень у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами.

Матеріали та методи дослідження

У роботі проаналізовано результати обстеження й лікування 47 хворих, оперованих із приводу кровоточивих гастродуоденальних виразок у хірургічному та реанімацій-

ному відділенні Одеської міської клінічної лікарні № 11 та № 1 у 1997–2003 рр.

Тяжкість крововтрати визначали за класифікацією П. Г. Брюсова, дефіцит об'єму циркулюючої крові — за допомогою шокowego індексу Альговера, величини центрального венозного тиску та гематокриту. Залежно від інфузійної терапії хворих із високим ризиком серцево-судинних ускладнень було поділено на дві групи. До першої групи (n=24) було зараховано пацієнтів, яким проводилась інфузійна терапія на основі поліглюкіну, альбуміну, ізотонічних кристалоїдів і препаратів крові. До другої групи (n=23) увійшли хворі, в яких профілактика та інтенсивна терапія геморагічного шоку складалася з двох етапів: 1-й етап (до

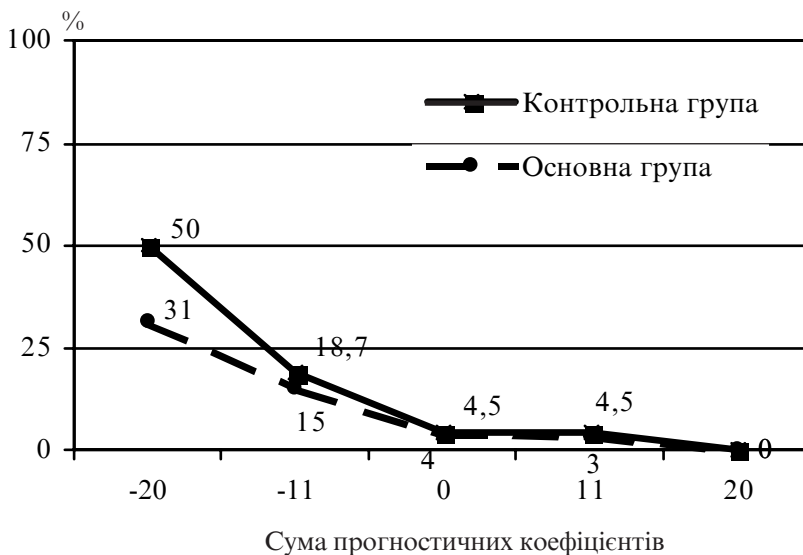


Рисунок. Частота серцево-судинних ускладнень у контрольній і основній групах

Примітка. * — $P < 0,05$ порівняно з контрольною групою.

гемостазу) — застосування малооб'ємної інфузійної терапії (внутрішньовенне струминне введення тензиту 3–4 мл/(кг·добу)); 2-й етап (після надійного гемостазу) — інфузійна терапія (10%-й розчин рефортану плюс не більше 15 мл/(кг·добу), ізотонічні розчини кристалоїдів, гемотрансфузійна терапія).

Диференційований підхід до профілактики гострої серцево-судинної недостатності включав у себе врахування об'єму крововтрати і тяжкості стану хворих, визначених за сумою прогностичних коефіцієнтів (СПК).

Результати дослідження та їх обговорення

Підрахунок суми прогностичних коефіцієнтів згідно з вірогідними маркерами у кожного хворого довів, що у тих випадках, коли вона була від'ємною, частота серцево-судинних ускладнень була вірогідно вищою, ніж при позитивній сумі прогностичних коефіцієнтів.

Як видно з рисунка, при однаковій сумі балів частота ускладнень в основній групі була нижчою порівняно з контроль-

ною групою хворих. У контрольній групі вірогідно було більше серцево-судинних ускладнень у тих випадках, коли величина суми прогностичних коефіцієнтів становила -20. Якщо ці величини були позитивними, то різниця була незначною.

Зниження частоти серцево-судинних ускладнень в основній групі можна пояснити тим, що тут застосовано малооб'ємну інфузійну терапію на основі розчину тензиту і 10%-го розчину рефортану плюс, які при поєднаному застосуванні спричинюють ефект сумадії, збільшення волемічного ефекту і тривалості дії. Використання гідроксіетилкрахмалу (рефортан) сприяє переважачому впливу лімітуючої стрес серотонінергічної системи та формує гіпердинамічний тип кровообігу енергозберігаючими механізмами порівняно з використанням декстранів, які зумовлюють збудження лімітуючої стрес дофамінергічної ланки симпатoadреналової системи [5].

Висновки

1. У хворих із високим ризиком розвитку серцево-су-

динних ускладнень програма малооб'ємної інфузійної терапії повинна включати розчини тензиту і 10%-го рефортану плюс.

2. У найбільш тяжких випадках, де сума прогностичних коефіцієнтів становила < -20 , використана нами схема дозволила знизити частоту серцево-судинних ускладнень на 19 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ткаченко Р. А., Ярославская С. Н., Булыч П. В. Влияние гидроксипроксиетилкрахмала на показатели гемодинамики в комплексной инфузионно-трансфузионной терапии у больных с желудочно-кишечными кровотечениями // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2001. — № 1. — С. 43-44.

2. Интраоперационный стан центральной гемодинамики у критичных больных при застосуванні плазмозамінників різних груп / О. В. Кравець, В. В. Єхалов, С. Г. Кізь, А. Г. Фурсенко // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. — 2004. — № 2. — С. 332-333.

3. Клигуненко Е. Н., Кравець О. В. Интенсивная терапия кровопотери: Учеб.-метод. пособие. — Днепропетровск: Пороги, 2004. — 145 с.

4. Эффективность лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями при стандартной схеме инфузионно-трансфузионной терапии и при включении в нее перфторана / Е. Н. Клигуненко, А. И. Новиков, Н. М. Бондаренко и др. // Сб. науч. тр. «Перфторорганические соединения в биологии и медицине». — Пушино (Россия), 1999. — С. 108-112.

5. Кравець О. В. Оптимізація методів лікування у хворих з підгострою за темпом та великою за об'ємом крововтратою: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30. — Дніпропетровськ, 2000. — 20 с.

Робота присвячена дослідженню результатів лікування виразкових гастроуденальних кровотеч на основі передбачення, профілактики й інтенсивної терапії ускладнень. Для виявлення факторів, які впливають на виникнення ускладнень, проведено аналіз клінічного матеріалу, що складається з 47 спостережень, запропоновано алгоритм лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, інфузія, гіповолемія.

The work is devoted to the questions of improvement the results of the treatment of peptic ulcers bleeding on the basis of revealing the reasons and frequency of early postoperative complications, their forecasting and development of algorithm of preventive maintenance. For detection of the authentic factors of probability of the development of early complications it is conducted the analysis of clinical data, which consist of 47 cases. The algorithm of treatment and prophylactic measures is suggested.

Key words: gastroduodenal bleeding, early postoperative complications, prognostic factors, algorithm.

УДК 616-008.6:575.222.22-053.5/6:612.461.25:577.121.7

О. Г. Шаповалов

МОЖЛИВА АНТИОКСИДАНТНА РОЛЬ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

Дитяча міська лікарня № 1 ім. акад. Б. Я. Резніка, Одеса

Вступ

Одним із наслідків генної «поломки» при муковісцидозі (МВ) є дезорганізація структури і функції біомембран з інтенсифікацією перекисного окиснення їх фосfolіпідних компонентів в умовах хронічної гіпоксії та глибоких метаболічних розладів [1; 2]. Відомо, що при МВ метаболіти арахідонової кислоти, що утворюються при перекисному окисненні ліпідів (ПОЛ), впливають на провідність біомембран для іонів Cl [3], взаємодіючи з основними патогенетичними ланками. Неадекватному перебігу пероксидних процесів перешкоджає антиоксидантна захисна система, що забезпечує 3-східчасту протекцію: антикисневу, антирадикальну й антиперекисну [4; 5], — яка представлена ферментними системами, інактивуючими вільні радикали, у тому числі

супероксиддисмутазою (СОД). Внаслідок мальабсорбційного і мальдигестивного синдромів при МВ, ланка антиоксидантної системи, представлена жиророзчинними вітамінами А й Е, є скомпрометованою, що служить причиною розвитку і перебігу компенсаційних процесів у межах антиоксидантної системи.

Ще раніше в клінічній практиці нами було помічено підвищення рівнів сечової кислоти (СК) у сироватці крові дітей із МВ. Частково даний факт можна пояснити безупинно здійснюваною базисною ензимотерапією дигестивними ферментами, виготовленими з використанням сучасних технологій мікрокапсулювання активних субстанцій. Компоненти оболонки мікрочастинки, змінюючи рН середовища для оптимізації терапевтичного ефекту, водночас гальмують інактивацію кислот в

організмі, в тому числі й сечової, переважно на ренальному рівні [6]. Можливі й інші причини гіперурикемії.

Мета дослідження, з урахуванням наведених фактів, — з'ясування клінічного значення змін концентрації СК і можливого зв'язку між підвищеними концентраціями СК у крові та станом процесів перекисного окиснення ліпідів у дітей, хворих на МВ.

Матеріали та методи дослідження

Робота проведена на базі Одеської обласної дитячої клінічної лікарні та дитячої міської лікарні № 1 ім. акад. Б. Я. Резніка. Отримані результати подано в таблиці.

Було обстежено 50 дітей (27 хлопчиків і 23 дівчинки), хворих на типову форму МВ із панкреатичною недостатністю, віком від 2 до 16 років. У 60 % хворих відзначався се-