

рих було транспортовано в палату, і вони не потребували застосування інтенсивної терапії.

Проведення клініко-лабораторної оцінки динаміки інтоксикації показало вірогідне зниження активності церулоплазміну і підвищення активності аргінази й орнітиндекарбоксілази у хворих, яким призна-чався церулоплазмін.

Таким чином, методика детоксикації із застосуванням церулоплазміну за схемою має перевагу й може використовуватися як передопераційна підготовка у хворих з рецидивними пухлинами гортані. Церулоплазмін чинить антиоксидантну дію на плазму крові, мобілізує організм на боротьбу з надлишковим окисненням та істотно підвищує фактори природного захисту судинної системи.

Висновки

1. У хворих на рак гортані Т3-4N1M0 значною мірою порушена антиоксидантна система: активність церулоплазміну в сироватці та слині підвищена, аргінази й орнітинде-

карбоксілази в сироватці крові — знижена.

2. Використання методики детоксикації із застосуванням церулоплазміну у хворих з Т3-4N1M0 дало змогу провести хірургічне втручання й анестезіологічну допомогу без ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Афанасьєва А. Н. Сравнительная оценка уровня эндогенной интоксикации у лиц различных возрастных групп // Клин. лабор. диагностика. — 2004. — № 6. — С. 11-12.

2. Состояние гомеостаза у больных раком молочной железы в процессе лечения / Ю. В. Булавкин, Л. В. Курашвили, Н. В. Беседина и др. // Рос. онкол. журнал. — 2003. — № 5. — С. 28-32.

3. Волчегорский И. А., Харченко ва Н. В. Определение содержания продуктов перекисного окисления липидов в липопротеидах при помощи систем преципитации // Клин. лабор. диагностика. — 2004. — № 2. — С. 37-39.

4. Гаврилов В. Б., Н. Ф. Лобко та ін. // Клін. діагностика. — 2004. — № 6. — С. 19-22.

5. Евчев Ф. Д., Колотилов Н. Н. Рак гортани и патологические деформации сосудов шеи // ЖУНГБ. — 2004. — № 3. — С. 115-116.

6. Евчев Ф. Д., Пеньковский Г. М., Гаевский В. В. Реабилитирующее действие церулоплазмина при ле-

чении больных с распространенными опухолями гортани // ЖВНГХ. — 2003. — № 3. — С. 101-102.

7. Евчев Ф. Д., Пухлік С. М., Гаевський В. В. Медикаментозна корекція гомеостазу у хворих на рак гортані // Одес. мед. журнал. — 2004. — № 2. — С. 100-102.

8. Наров Ю. А., Любарский М. С. и др. Сорбционная коррекция эндотоксикоза при колоректальном раке // Паллиат. медицина и реабилитация. — 2003. — № 1. — С. 22-24.

9. Камышников В. С. Справочник для клинико-биохимической лабораторной диагностики. — Минск, 2000. — Т. 2.

10. Маркеры метаболических изменений, возникающих вследствие влияния ионизирующей радиации / Л. С. Балева, А. Е. Сипягина, М. А. Смотряева и др. // Изв. РАН. — Серия Биол. — 1995. — № 6. — С. 657-668.

11. Agnelli G. // Thrombos. Haemostas. — 1997. — Vol. 78. — P. 210-213.

12. Deletion of the acetylcholinesterase locus at 7q22 associated with myelodysplastic syndromes (VDS) and acute myeloid leukaemia (AML) / J. Stephenson, B. Czepulkowski, W. Hirst, G. J. Mufti // Leuk. Res. — 1996. — Vol. 20. — P. 235-241.

13. Human ceruloplasmin. Tissue-specific expression of transcripts produced by alternative splicing / F. V. Yang, W. E. Friedrichs, R. L. Cupples et al. // J. Biol. Chem. — 1990. — Vol. 265. — P. 10780-10785.

УДК 616.37-002-08

Б. С. Запорожченко, В. В. Міщенко, В. І. Шишлов, І. Є. Бородаєв МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АПРОКАЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Актуальність проблеми лікування гострого панкреатиту (ГП) зумовлена значним збільшенням кількості хворих і підвищенням ускладнених його форм [1; 2]. Нагромадження цитокінів, зокрема інтерлейкіну-1 (ІЛ-1) і фактора некрозу

пухлин (ФНП- α), порушення катаболічних процесів і поява цитокінази у тканині підшлункової залози (ПЗ) є важливими компонентами патогенетичного механізму виникнення і розвитку ГП [2; 3].

Дія численних факторів комплексного лікування хворих на ГП спрямована на дез-

активацію ферментів ПЗ (трипсину, хімотрипсину, амілази, ліпази та ін.). З цих позицій значний інтерес становить застосування апрокалу — полівалентного інгібітора протеїнази, який шляхом утворення зворотних ферментно-інгібіторних комплексів інгібує найбільш важливі протеїнази плаз-



ми крові, клітинних елементів і тканин: плазмін, трипсин, хімотрипсин, калікреїн, які відіграють провідну роль у патофізіологічних механізмах розвитку ГП [3–6]. Терапевтичний ефект апрокалу зумовлений пригніченням протеолітичного впливу плазміну і блокадою активізації плазміногену автономними активаторами.

Метою даного дослідження є вивчення ефективності застосування апрокалу як полівалентного інгібітора протеїназ і фібринолізу у комплексному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

У клініці факультетської хірургії Одеського державного медичного університету з 1994 по 2004 рр. на базі ООМЦ з приводу ГП одержали лікування 162 хворих на ГП віком від 22 до 78 років. 3-поміж них 66,8 % — особи працездатного віку. Чоловіків було 93, жінок — 69. Причинами розвитку ГП у 30 % осіб були аліментарні порушення, у 40 % — зловживання алкоголем, у 25 % — жовчокам'яна хвороба.

Діагностика здійснювалася на основі комплексного обстеження хворих із застосуванням методів ультразвукового, рентгенокомп'ютерного дослідження, діагностичної лапароскопії, методу дистанційної радіаційної динамічної теплометрії, ендоскопічної ретроградної холангіографії, а також клініко-лабораторних даних, що дозволило в усіх хворих визначити діагноз ГП та його форму.

Основні лікувальні заходи починалися з консервативного лікування, яке включало інтенсивну інфузійну терапію, боротьбу з больовим синдромом, введення цитостатичних препаратів (5-фторурацил), сандостатину, антибіотиків, інтерферону «Лаферон», каптоприлу, інгібіторів протеїназ (апрокал, контрикал).

Контрикал, який виявляє головним чином антитрипсинову активність, призначали дозою 50 000 ОД внутрішньовенно краплинно у 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, а потім по 25 000 ОД на добу до поліпшення клінічної картини та нормалізації рівня амілази крові та діастази сечі.

Початкову дозу апрокалу (350 000 антитрипсинових одиниць — АтрО) вводили внутрішньовенно краплинно на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, а потім по 140 000 АтрО кожні 4 год до нормалізації гомеостазу.

Проводилася також корекція розладів кровообігу, порушень мікроциркуляції, гемокоагуляції, знешкодження проявів ендогенної інтоксикації (плазмаферез, лімфосорбція).

У хворих на ГП за відсутності у момент надходження до стаціонару перитонеальних явищ застосовано відстрочено-очікувальну тактику малоінвазивних хірургічних втручань. Лапароскопічне втручання виконували при негативній динаміці захворювання, а також при наростанні явищ перитоніту.

У стадії некротичних ускладнень обсяг операцій полягав у лапаротомії, холецистектомії з дренажуванням холедоха при жовчній гіпертензії, абдомінізації ПЗ, розкриванні абсцесів парапанкреатичної клітковини, первинній некроеквестректомії ПЗ, дренажуванні сальникової сумки і черевної порожнини, формуванні оментобурсостоми для наступних програмованих лапаротомій.

Усіх хворих було розділено на 2 групи. У контрольній групі (140 хворих) залежно від форми ГП та його ускладнень проводили вищеописані лікувальні заходи, під час яких як інгібітор протеїназ застосовувався контрикал. Основна група — 22 хворих, у комплексному лікуванні яких застосовано апрокал.

Контроль за ефективністю застосованих методик здій-

снювали за результатами лікування, динаміки амілази крові, діастази сечі, рівня ІЛ-1, ліпази, трипсину.

Результати дослідження та їх обговорення

Після проведення лікувально-діагностичних заходів у 56 (40 %) хворих контрольної групи протягом перших 4 діб від початку лікування покращився загальний стан, припинився больовий синдром та явища психомоторного збудження, зменшувалися задишка, тахікардія, нормалізувалися показники рівнів амілази крові, діастази сечі, ІЛ-1, ліпази, трипсину. Такий же ефект в основній групі одночасно відмічено у 10 (45,5 %) хворих.

У пацієнтів основної групи раніше, ніж у контрольній, з'являлися перистальтика кишечника і самостійне випорожнення (на 53,3 і 26,0 % відповідно), відмічалось скорочення часу перебування в ліжку на 38,8 % — з (18,3±2,1) до (11,2±1,8) діб (P<0,05).

У обох групах хворих помер 21 пацієнт (13 %): в основній групі 2 (9,1 %) летальних випадки, у контрольній — 19 (13,6 %), P<0,05. У 8 хворих із групи порівняння причиною смерті була печінково-ниркова недостатність як основний компонент синдрому поліорганної недостатності, тимчасом як у групі пацієнтів, яким застосовували апрокал, функція даних органів була менше порушеною. У них же відмічено значну редукцію частоти ускладнень, пов'язаних як з розвитком ускладнень ГП, так і зумовлених функціональними розладами дихальної і серцево-судинної систем.

Після проведення цих заходів у 40 % хворих поліпшився загальний стан, зникли прояви психомоторного збудження, зменшилися прояви задишки і тахікардії. У цій групі хворих також було здійснено малоінвазивні хірургічні втручання.



Таким чином, одержані результати дозволяють зробити висновок про доцільність застосування апрокалу в комплексній патогенетичній терапії ГП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.
2. Земсков В. С., Колесников Е. Б., Панченко С. Н. Лечение осложнен-

ных форм острого панкреатита // Клін. хірургія. — 1983. — № 11. — С. 7-10.

3. Крыжевский В. В. Лечение больных некротическим панкреатитом // Вісн. мор. медицини. — 1999. — № 2. — С. 80-81.

4. Шалимов А. А., Крыжевский В. В., Ничитайло М. Е. Лечение острого панкреатита // Клін. хірургія. — 2000. — № 4. — С. 5-9.

5. Гешелин С. А., Мищенко Н. В. Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Там же. — 2000. — № 4. — С. 23-26.

6. Синдром полиорганной дисфункции при остром панкреатите / И. А. Криворучко, А. М. Тищенко, Е. М. Климова и др. // Вісн. мор. медицини. — 1999. — № 2. — С. 78-80.

УДК 616:831-005-08-084:616.839

Ю. Л. Курако, І. Г. Чемересюк

ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОМУ ПІДХОДІ ДО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ І ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ПІДВИЩЕНОГО РАДІАЦІЙНОГО ФОНУ

Одеський державний медичний університет

Проблема здоров'я населення, що мешкає на забруднених радіонуклідами територіях, сьогодні не втратила своєї актуальності. На одеських курортах здійснюється лікування даного контингенту. Виникають деякі проблеми при призначенні лікування таким пацієнтам у лікувально-профілактичних установах, оскільки ці особи мають різні супровідні захворювання, кожне з яких диктує свою специфічну тактику лікування [1–8].

Метою наших досліджень було вивчення ефективності здійснюваних лікувальних заходів на стан вегетативної нервової системи, а також загальносоматичного і психічного статусу в осіб різних вікових груп, що зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 193 особи (145 дітей і підлітків віком від

3 до 16 років, а також 48 жінок дітородного віку — від 22 до 36 років), що прибули з районів, забруднених радіонуклідами. Лікування здійснювалося в клінічному санаторії ім. В. П. Чкалова, санаторіях «Росія» і «Одеський». Виявлені у жінок і їхніх дітей вегетативні дисфункції підтверджувалися даними дослідження центрального і периферичного відділів вегетативної нервової системи (визначали вегетативний індекс Кердо, хвилинний об'єм крові, дихальний коефіцієнт Хільдебранта), вихідного вегетативного тонусу за допомогою бальної оцінки симптомів за таблицею «11 стигм», вегетативної реактивності за допомогою очно-серцевої проби Даньїні — Ашнера, ортостатичної проби Превеля і солярного рефлексу Тома — Ру, а також результатами реоенцефалографії (досліджували стан центрального кровообігу і уточнювали характер судин-

них змін). Депресивний компонент у жінок і підлітків визначали за допомогою шкали депресії DUODECIM (1994); проводили також коректурну пробу Бурдона для оцінки довірливої уваги і пробу на запам'ятовування 10 слів для оцінки довготривалої і короточасної пам'яті. Досліджувані, як правило, окрім виражених вегетативних дисфункцій, були обтяжені мультифакторною психосоматичною патологією, переважно з поєднанням 3–5 нозологічних форм. Для аналізу клінічної ефективності різних лікувальних комплексів хворі були поділені на три однакові групи за спрямованістю вихідного вегетативного тонусу, в кожній з яких був наявний увесь застосований при лікуванні медикаментозний і фізіотерапевтичний спектр.

До базової терапії входили такі препарати, застосування яких у осіб із вегетативними дисфункціями, що мешкають

