
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Державне підприємство “Український науково-
дослідний інститут морської медицини”**

**Державний департамент морського і річного транспорту
України**

**Професійна спілка робітників морського транспорту
України**

Фонд морської медицини

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук (Бюлетень ВАК України від
9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 2 (29)
(квітень - червень)

Одеса 2005

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

В.Г.Руденко(заступник головного редактора), Н.А. Мацегора (відповідальний секретар) О.Г. Андрієвський, О.К. Асмолов, Є. П. Белобров, В.Ю. Волянський, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна..

РЕДАКЦІЙНА РАДА

П.В.Волошин (Харків), М.І. Голубятников (Львівський), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), Н.К. Казимирко (Луганськ), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисяк (Харків), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).

Адреса редакції

65110, ДП “УкрНДІ морської медицини”
м. Одеса, вул. Маловського, 8
Телефон/факс : (0482) 721-62-23

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини” , 1999
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999
©Фонд морської медицини, 1999

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, протизапальна терапія, фенспірид.

Література.

1. Дворецкий Л. И. Пожилой больной хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. - 2001. - Т. 11. - № 1. – С. 105 - 118.
2. Жданов В. Ф. О противовоспалительном лечении хронических бронхитов // Пульмонология. - 2002. - Т.12. - № 5. – С.102 - 107.
3. Quartulli F., Pinelli E. et al. Le fenspiride inhibe les repinses induites par l’histamin dans cellulaire epitheliale pulmonaire // Eur.J. Pharmacol. – 1998. – Vol. 348 . - P. 297 - 304.
4. Яшина Л. А., Фещенко Ю. И., Полянская М. А. и др. Эффективность фенспирида (эrespала) в базисной терапии хронического обструктивного бронхита // Український пульмонологічний журнал. - 2003. - №3. - С.30 - 37.
5. Безлепко А. В. Опыт длительного применения фенспирида (эrespала) при лечении больных хроническим обструктивным бронхитом // Пульмонология. - 2002. - N.12. - № 3. - С. 76 - 82.
6. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care // Thorax.- 2004.-Vol.59. - Suppl. 1.- P.1 - 232.
7. Niederman M. S. Antibiotic therapy of exacerbation of chronic bronchitis // Seminars Respir Infections. - 2000. - Vol.15. – N1. - P. 59 - 70.
8. ATS Statement: Guidelines for Six-Minute Walk Test // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 166. – P. 111 - 117.
9. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких. Краткое изложение. Публикация Национального института здоровья. (GOLD) США – Калифорния, 2001. – 132 с.

Summary

V.V. Bugeruk, T.A. Eksareva, Yu.V. Khazov

COMPLEX ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN GERIARTRIC PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

They have learnt the efficiency and safety of long-term use of fenspiride in 27 geriartric patients with COPD. The patients under study had infection exacerbation of COPD and received antimicrobial, bronchodilating therapy. The therapy of fenspiride was performed during 14 days in the daily dose of 240 mg up to 3 months in the daily dose of 160 mg. After the end of the research the significant improvement in the clinical parameters and stabilization in the functional parameters have been observed. Side effects of fenspiride (xerostomia, dyspepsia, sleepiness) were observed in 7 (22,2%) patients and did not reguire the drug cancellation. None of the patients had the comorbide diseases exacerbation.

УДК 616.98:578.832

В.Р.Гайдей, А.І. Савчук, С.Я. Лаврюкова, Е.В. Сичова

ОЦІНКА СТАНУ АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ТА ПОЧАТКОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ ЗА ДАНИМИ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІЇ

Міська інфекційна лікарня, м. Одеса.

Кардіоінтервалографія надає практичну допомогу при оцінці адаптаційних можливостей та початкового вегетативного тонусу (ПВТ) організму. Динаміка показників кардіоінтервалографії випереджає зміни інших клініко-інструментальних

та біохімічних показників та дозволяє прогнозувати перебіг та наслідки захворювання [1,2]. Метод кардіоінтервалографії об'єктивно відображає стан тону вегетативної нервової системи. З фізіологічної точки зору амплітуда моди (АМо) і варіаційний розмах (ΔX) відображає відповідно активність симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, а мода (Мо) характеризує гуморальний канал регуляції ритму серця. Ступінь централізації управління контуром автономної регуляції ритма серця визначає індекс напруги (ІН). Варіаційні пульсограми є графічним відображенням групових значень кардіоциклів, коли на осі абсцис відкладаються тимчасові значення, а на осі ординат – кількісні [3,4,5].

Метою даного дослідження була оцінка ступеня напруженості адаптаційно-компенсаторних механізмів у 120 часто хворюючих дітей гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) в період загострення патологічного процесу.

Матеріали та методи досліджень. Оцінка адаптаційно-компенсаторних механізмів проводилась методом кардіоінтервалографії. Метод включав реєстрацію та математичний аналіз кардіоінтервалограм (КІГ), які представляють собою масив із 100 послідовних кардіоциклів, які записані у другому стандартному відведенні ЕКГ. Реєстрація проводилась на одноканальному електрокардіографі при швидкості руху паперу 50 мм/с. В масиві кардіоциклів підраховували наступні статистичні показники: Мо – значення інтервалу R-R (в сек.), які найбільш часто зустрічаються, - характеризує гуморальний канал регуляції серцевого ритму та рівень функціонування системи.

АМо – частота зустрічаємості моди в даному масиві кардіоциклів (у %) - визначає стан активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС).

ΔX – різниця між максимальним та мінімальним значеннями тривалості зареєстрованих інтервалів R-R (в сек.). Відображає рівень активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи.

ІН – інтегральний показник КІГ, характеризує центральний контур регуляції серцевого ритму.

Оцінка ПВТ проводилась методом кардіоінтервалографії, завдяки використанню ІН [6].

Результати досліджень та їх обговорення. Під нашим спостереженням знаходилось 120 часто та тривало хворюючих дітей у віці від 6 до 10 років в період загострення ГРВІ. Контрольну групу становили 50 здорових дітей того ж віку, які протягом останніх 6 місяців не хворіли на ГРВІ та інші інфекційні захворювання. Дослідження проводилися двічі: у гострому періоді при надходженні хворого до стаціонару (1-3 день хвороби) і перед випискою. У всіх досліджуваних ГРВІ перебігала із синдромом стенозуючого ларинготрахеїту. Як представлено в таблиці 1, судячи по інтегральному показнику кардіоінтервалограми – ІН, симпатикотонічний тип ПВТ в гострому періоді захворювання частіше реєструвався при середньоважкому перебігу захворювання ($n=50$), ніж при легкому ($n=70$) ($52,00 \pm 7,06\%$ та $32,86 \pm 5,61\%$, $p < 0,05$, відповідно).

Ваготонічний тип ПВТ спостерігався в гострому періоді достовірно рідше, ніж у здорових обстежуваних ($p < 0,05$) незалежно від перебігу хвороби, а ейтонічний при середньоважкому перебігу хвороби спостерігався вірогідно рідше, ніж у контролі ($36,00 \pm 6,78\%$ проти $56,00 \pm 7,02\%$, $p < 0,05$).

Переважаання симпатикотонічного типу ПВТ в гострому періоді супроводжувалось однотиповою реакцією, яка заключалась у збільшенні ІН, із зменшенням показників Мо і ΔX . Показники АМо змінювались в меншій мірі, переважно при середньоважкій формі захворювання. В гострому періоді спостерігалось зміщення варіаційних пульсограм вліво по осі абсцис, вони склалися з меншої кількості варіантів, ставали більш звуженими та однорідними. Зміни, описані вище, свідчать про підвищення симпатичного та зниження парасимпатичного впливу, що вказує на переважання екстракардіальної регуляції серцевого ритму та напруги механізмів адаптації. Аналіз кореляційних зв'язків між величинами ІН та Мо, а також ІН і ΔX у здорових дітей виявив статистично значимий

зворотній зв'язок ($r = -0,84$ і $r = -0,60$ відповідно, $p < 0,001$). Слід відмітити, що у 10 (20,0%) дітей із середньоважким перебігом захворювання ускладнилось пневмонією. В гострому періоді захворювання інтенсивність зв'язку між величинами ІН і Мо, ІН і ΔX була дещо меншою ($r = -0,62$ і $r = -0,45$, $p < 0,01$ відповідно). Між ІН та АМо у здорових обстежуваних був виявлений сильний зворотній кореляційний зв'язок ($r = -0,79$, $p < 0,001$). В розпал захворювання дана залежність ще більше збільшувалась ($r = -0,93$, $p < 0,001$).

Таблиця 1
Частота початого вегетативного тону у дітей 6-10 років, хворих на ГРВІ, за даними кардіоінтервалографії (у %)

Початковий вегетативний тонус	Легкий перебіг, n=70		Середньоважкий перебіг, n=50		Контрольна група, n=50
	Гострий період	Період одужання	Гострий період	Період одужання	
Ейтонічний	54,29±5,95	62,86±5,77*	36,00±6,78 ^Δ *	40,00±6,92 ^Δ	56,00±7,02
Ваготонічний	12,85±3,99*	37,14±5,77 ^o	12,00±4,59*	30,00±6,48 ^o	30,00±6,48
Симпатикотонічний	32,86±5,61*	-	52,00±7,06 ^Δ *	30,00±6,48 ^o *	14,00±4,91

Примітка:

* - різниця показників вірогідна в порівнянні з контрольною групою;

Δ - різниця показників вірогідна в залежності від важкості перебігу ;

o – різниця показників вірогідна в порівнянні з гострим періодом ($p < 0,05$ і менше).

Таким чином, взаємовідношення складових ІН в гострому періоді захворювання вказує на переважання вегетативного каналу регуляції в порівнянні з гуморальним при відносному домінуванні значення його симпатичного відділу, та напругу адаптаційно-приспосувальних механізмів.

В періоді одужання у обстежуваних з легким перебігом захворювання частота реєстрації ейтонічного та ваготонічного типів вегетативного тону збільшувалась в порівнянні з гострим періодом і становила 62,86±5,77% і 37,14±5,77% ($p < 0,05$) відповідно. Симпатикотонічний тип ПВТ не реєструвався. У обстежуваних із середньоважким перебігом захворювання в періоді одужання частота реєстрації ваготонічного типу ПВТ була вірогідно вищою в порівнянні з гострим періодом і досягала показників контрольної групи (30,00±6,48, $p < 0,05$). Частота симпатикотонії склала 30,00±6,48%, вона реєструвалася переважно у хворих з ускладненим перебігом хвороби.

В періоді одужання інтенсивність зв'язку між ІН і Мо, ІН і АМо суттєво не змінювалась ($r = -0,63$ і $r = -0,97$, $p < 0,001$ відповідно), але спостерігалась тенденція до збільшення залежності між ІН і ΔX ($r = -0,54$, $p < 0,01$). Виходячи з цього, можна констатувати, що в періоді видужання провідну роль відіграє парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи, що свідчить про розвиток відновних процесів в організмі.

Таким чином, в гострому періоді ГРВІ із синдромом стенозуючого ларинготрахеїту виявлено напруження адаптаційно-компенсаторних механізмів незалежно від віку та перебігу захворювання, що у частини пацієнтів супроводжувалось розвитком ускладнень. При цьому автономний контур регуляції не здатний був забезпечити управління системою кровообігу, тому регуляторні функції частково брала на себе ЦНС, що спостерігалось у зниженні показників Мо і ΔX , збільшенні АМо і ІН. В періоді одужання спостерігається переважання парасимпатичного впливу, який слід вважати компенсаторним, що свідчить про розвиток відновних процесів в організмі після перенесеної інфекції. Рання зміна симпатико тонічного типу ПВТ на ейтонічний або ваготонічний вказувало на сприятливий перебіг захворювання, в той час як зберігання симпатикотонії на протязі

тривалого періоду можна використовувати в якості прогностичного критерію розвитку ускладнень, зокрема пневмонії.

Ключові слова: адаптаційний механізм, початковий вегетативний тонус, гостра респіраторна вірусна інфекція, кардіоінтервалографія.

Література.

1. Белоусов Ю. В., Батырев М. И. Кардиоинтервалография (вариационная пульсометрия) в детской гастроэнтерологии. - М.: Медицина, 1995. - 125 с.
2. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы. - М.: Медицина, 1995. - 126 с.
3. Максимов В. А. Миокардиты. - М.: Медицина, 1995. - 240 с.
4. Тузанкина И. А. Часто болеющие дети. - М.: Медицина, 1993. - 134 с.
5. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. - Саратов. - 1996. - 126 с.
6. Белоконь Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей. - М., Медицина, 1987. - Т. 1. - 448 с.

Summary

V.R. Gaydey, A.I. Savchuk, S.Ya. Lavryucova, E.V. Sychova

ESTIMATION OF ADAPTATION MECHANISMS AND INITIAL VEGETATIVE TONUS CONDITION IN ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS BY CARDIOINTERVALOGRAPHY

The purpose of the work presented is to estimate the adaptation mechanisms condition in 120 children who often suffered with acute respiratory viral infection. It was established that there was a tension of adaptation mechanisms in acute period of the disease, and may result in complications, especially, pneumonia. At recovery they have observed parasympathetic influence predominance that pointed out the disease favourable course and development of the processes reconstruction in the body.

УДК [616.33/.34-005.1:616.61-008.64]-08-039.35

І.О. Галінський, П.М. Чуєв, О.О. Буднюк

ПРОГНОЗ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПРЕРЕНАЛЬНОЇ ОЛІГУРІЇ У ХВОРИХ З ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Одеський державний медичний університет

Вступ. Загальновідомо, що виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки є причиною кровотеч різної ступені інтенсивності. Шлунково-кишкова кровотеча часто супроводжується розвитком гіповолемічного шоку, як результат цього післяопераційна летальність сягає від 12,5 до 28% [1]. Велика крововтрата призводить до порушень транспорту кисню внаслідок сполучення гемічної та циркуляторної гіпоксії, розладів мікроциркуляції. Подальше прогресування цієї патології сприяє розвитку олігуричної преренальної ниркової недостатності, та поліорганної дисфункції. За даними деяких авторів преренальна форма гострої ниркової недостатності виникає у 50% випадків [2].

При тривалості критичної артеріальної гіпотензії близько 1 години помирає 19,1% хворих, 1-3 годин – летальність досягає 35,4%, а при збереженні низького артеріального тиску довше 3 годин – помирає 88,9% хворих [3]. Тому в основі лікування крововтрати лежить інфузійно-трансфузійна терапія, що знайшла раціональне втілення в програмах Брюсова П.Г., Чернія В.І., Усенко Л.В. і Шифрина Г.А. [4,5]. Основою якісної інфузійної терапії є поєднання об'ємокоректорів і ізотонічних розчинів. За даними Кравець О.В. (2000) використання декстранів, які