
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

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 олігурічної 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

мають значний нефротоксичний вплив, обумовлює збудження лімітуючої стрес дофамінергічної ланки симпато-адреналової системи, а використання гідроксигетилкрохмалю сприяє переважному впливу лімітуючої стрес серотонінергічної системи та формує гіпердинамічний тип кровообігу енергозберігаючими механізмами [6]. За даними цього автора використання стабізолу дозволяє знизити показники летальності на 4,7%, а післяопераційних ускладнень на 32, 5%. Вплив декстранів обумовлює високі цифри летальності (7,2%) та післяопераційних ускладнень (81,0%). Використання для корекції дефіциту об'єма циркулюючої крові при підгострій важкій крововтраті декстранів не усуває дисфункції печінки і олігуричної преренальної недостатності.

Слід зазначити, що питання прогнозування, профілактики та інтенсивної терапії ниркових ускладнень в післяопераційному періоді висвітлено недостатньо.

Мета роботи – покращання результатів лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч шляхом обґрунтування методів прогнозування та інтенсивної терапії преренальної олігоурії.

Матеріали та методи дослідження. У роботі піддано аналізу результати обстеження й лікування 47 хворих, оперованих з приводу кровоточивих гастродуоденальних виразок у хірургічному та реанімаційному відділенні Одеської міської клінічної лікарні №11 та №1 у 1997 – 2003 роках.

Тяжкість крововтрати визначали по класифікації П.Г. Брюсова, дефіцит об'єму циркулюючої крові визначали за допомогою шокового індексу Альговера, величини центрального венозного тиску та гематокриту. В залежності від інфузійної терапії хворих було поділено на дві групи з високим ризиком ниркових ускладнень. До першої групи (n=24) було віднесено хворих, яким проводилась інфузійна терапія на основі поліглюкіну, альбуміну, ізотонічних кристалоїдів і препаратів крові. До другої групи (n=23) ввійшли хворі, яким профілактика та інтенсивна терапія геморагічного шоку включала в себе два етапи: 1-й етап – до гемостазу, включав застосування малооб'ємної інфузійної терапії (внутрішньовенне струминне ведення тензитуна 3-4 мл/кг/добу); 2-й етап – після надійного гемостазу, включав в себе інфузійну терапію (10% розчин рефортану плюс не більше 15 мл/кг/добу, ізотонічні розчини кристалоїдів, гемотрансфузійну терапію).

Всі хворі досліджені з використанням оцінки анамнезу, загальноприйнятих лабораторних, біохімічних, ендоскопічних, рентгенологічних досліджень, а також досліджень показників гемодинаміки (систолический артеріальний тиск, діастолічний артеріальний тиск, центральний венозний тиск, шоківий індекс, ударний об'єм серця). Статистичне опрацювання матеріалу в певній мірі умовно підрозділялося на два етапи. На першому з них вивчався вплив кожного з факторів ризику на частоту виникнення конкретного ускладнення, визначалася статистична вірогідність взаємозв'язку між ними. На другому етапі вираховувалася частота ускладнень в залежності від того чи іншого фактора та його градацій серед обстежених нами хворих. Для об'єктивної оцінки ступені вірогідності результатів вимірювання різних показників на основі критерію χ^2 визначали величину ймовірності – p, також визначали ступінь кореляції вибраних параметрів (r). Надалі, за формулою Вальда, розраховувалася прогностична цінність ознаки (маркера) у вигляді прогностичного коефіцієнту (ПК). Після цього підраховувалась сума прогностичних коефіцієнтів (СПК), яка була інтегративним показником важкості стану для кожного хворого. Надалі підраховувалась частота ускладнень при різній СПК на всій групі хворих. Для визначення об'єктивності оцінки результатів по даній методиці статистичної обробки була проведена порівнювальна оцінка цих даних з контрольною групою, яка не включалася у попередню статистичну обробку. Таким чином рандомізація матеріалу по методиці Вальда дала можливість виділити однорідні групи з однаковими величинами, тобто з однаковою важкістю стану хворих і об'єктивно оцінити для кожної з них ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів. Для об'єктивної оцінки ступеню вірогідності результатів дослідження

використовували критерій χ^2 Пірсона, прогностичний коефіцієнт розраховували за формулою Вальда.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи дані порівняльного аналізу безпосередніх результатів та виявлення вірогідних чинників розвитку преренальної олігурії було встановлено наступне. В похилому та старечому віці ниркові ускладнення зустрічались вірогідно ($\chi^2 = 20,80$; $p = 0,00$) частіше (ПК відповідно -5,02 та 0,19). Мала значення також важкість вихідного стану хворих. Якщо він був важким або вкрай важким, ПК було -1,28 ($\chi^2 = 0,90$). Ниркові ускладнення частіше виникали при тривалій (> 10 діб) кровотечі (ПК = -3,12; $\chi^2 = 2,30$). Серед анатомо-морфологічних факторів значним був вплив локалізації, розмірів та наявності, окрім гастродуоденальної виразкової кровотечі, пенетрації виразки або стенозу пілоричного відділу. Так, при розташуванні виразки у різних відділах шлунку ниркові розлади ускладнювали післяопераційний період в 25 разів частіше у порівнянні з дуоденальною локалізацією (ПК = -2,65 та 1,22). Вірогідним був і вплив розмірів виразки: якщо вона була менше 2 см, то частота ниркових розладів спостерігалась 17,4%, а якщо > 2 см, то у 47,1% (ПК збільшувався від -4,38 до 6,67; $p = 0,00$).

В тих випадках, де спостерігалась лише виразкова кровотеча, ПК були позитивними та незначними (0,74), а коли вона поєднувалась з пенетрацією, величини ПК були від'ємними (-4,09). Різниця у частоті ниркових ускладнень при пенетрації та стенозі була не вірогідною. Приймаючи до уваги той факт, що розлади функції нирок були обумовлені порушеннями центральної гемодинаміки, ниркові ускладнення вірогідно частіше розвивались при наявності доопераційного геморагічного шоку.

Значний вплив на післяопераційні ниркові ускладнення мали супутні захворювання підшлункової залози і печінки. В тих випадках, коли у пацієнтів до операції мали місце хронічний панкреатит, цироз печінки, оліго-анурія мала місце у 52,0% хворих, а коли цих захворювань не було, то вона була у 15,8% хворих. Відповідно і ПК коливався від -6,29 до 1,32 ($p = 0,00$). Це пояснюється загальновідомими фактами про тісний зв'язок між функцією нирок і печінки. Як і на серцево-судинні ускладнення, на ниркові відповідно впливали операційні фактори (характер операції, її тривалість, інтраопераційна кровотеча). Однак при найбільш травматичній і тривалій операції (резекція шлунку) частота ниркових ускладнень була незначно більшою (на 5,9%), ніж при менш тривалій (висічення виразки). Це можна пов'язати з тим, що при більш важкому вихідному стані хворих починали виконувати зберігаючі операції. Безумовно при лапароскопічній ваготомії, як і при інших факторах, ниркові ускладнення зустрічались рідко (6,9%) (ПК = -1,13). З характером операції тісно пов'язана її тривалість, яка безумовно була самою значною при резекції шлунку. Якщо вона перевищувала 2 години, то ниркові ускладнення виникали в 2 рази частіше, ніж в тих випадках, коли вона не перевищувала 1 години. ПК відповідно коливався від -2,26 до 2,70 ($p = 0,00$). Крововтрата також впливала на частоту ниркових ускладнень і була більш значною при втраті більше 500мл (ПК = -2,26; $p = 0,01$), а при втраті 250 мл ПК було 2,70 ($p = 0,00$).

За даними клініко-інструментальних обстежень значний вплив на частоту ниркових ускладнень мали гемодинамічні порушення. В першу чергу це відноситься до частоти серцевих скорочень. В тих випадках, коли частота серцевих скорочень була менш 100 за хвилину, ниркові ускладнення мали місце у 16,1% (ПК = 1,27; $p = 0,00$), а при більш значній частоті серцевих скорочень – у 41,2% (ПК = -4,33). Менш закономірними були зміни артеріального тиску, що обумовлено не однаковими його вихідними величинами. В той же час зміни ударного об'єму серця, які відображають вираженість серцево-судинної недостатності, корелювали з частотою преренальної і ренальної оліго-анурії, якщо ударного об'єму серця був менш 40мл (ПК = -6,3; $p = 0,000$), а коли ударного об'єму серця був більшим 50мл, то ПК було 2,2 ($p = 0,04$).

Хоча і менш значний вплив на ці ускладнення мав показник гематокриту. Це свідчить про те, що визначальним в серцево-судинній недостатності був не глобулярний, а плазматичний об'єм.

Об'єктивним показником ризику розвитку ниркових ускладнень був шоківий індекс і якщо його величина була $>1,0$, то оліго-анурія мала місце у 31,0% (ПК = -2,28), а коли ШІ був $<1,0$ – відповідно у 16,8% (ПК = 1,20).

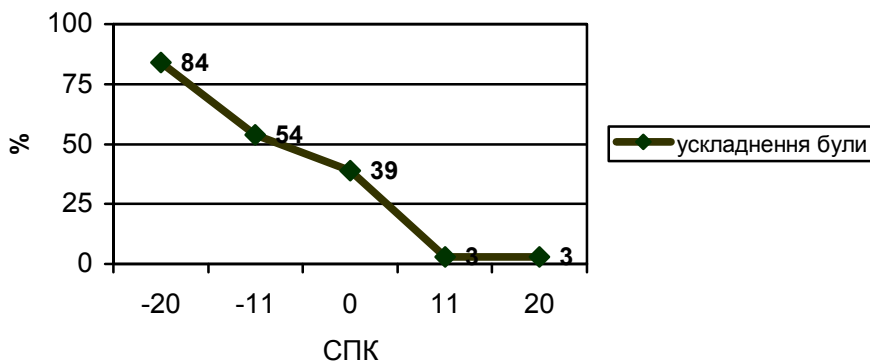
При підрахунку СПК у всіх хворих було встановлено, що при від'ємних величинах СПК частота ниркових ускладнень була вірогідно вищою ($p < 0,04$) ніж при позитивних. Зі зниженням СПК від 0 до -10 частка хворих з нирковими ускладненнями досягала 47,0%, а при СПК від 1 до 10 вона становила всього 10%. Якщо СПК була <-20 , ниркові ускладнення досягали 86,0%, а якщо СПК було більшим 20, то тільки у 3% (табл. 1; мал. 1).

Таблиця 1

Залежність частоти ниркових ускладнень від величин СПК

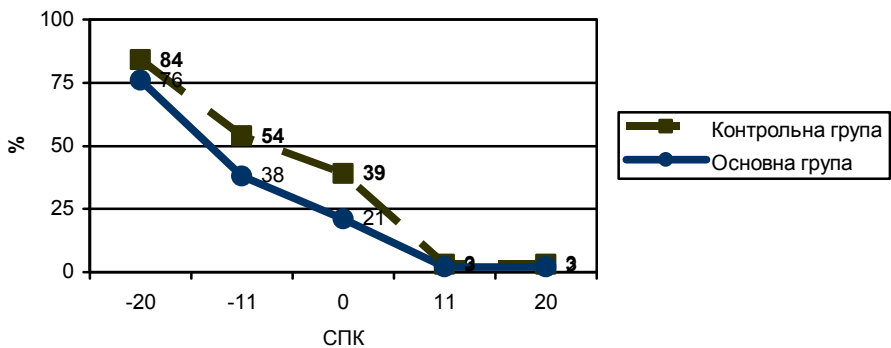
СПК	ниркові ускладнення			
	Не були n (%)	Були n (%)	χ^2	P
<-20	3 (16%)	16 (84)	χ^2_1 0,04	0,64
-20- -11	6 (46)	7 (54)		
-10- 0	19 (61)	12 (39)	χ^2_2 2,8	0,9
1-10	40 (90)	4 (10)	χ^2_3 0,004	0,004
11-20	59 (97)	2 (3)	χ^2_4 1,6	0,2
>20	30 (97)	1 (3)	χ^2_5 1,0	0,3
ВСЬОГО	157	41		

Високий ризик при СПК <-10 ; середній ризик при СПК 0 - -10; мінімальний ризик при СПК >0 .



Мал. 1. Частота ниркових ускладнень

Як видно з мал. 2, при однаковій сумі балів ниркових ускладнень у контрольній групі вірогідно було більше в тих випадках коли величини СПК були від'ємними. Якщо ці величини були позитивними то різниця була незначною.



Примітка: * - $P < 0,05$ в порівнянні з контрольною групою.

Мал. 2. Частота ниркових ускладнень в контрольній і основній групі

Вищенаведені дані статистичної обробки матеріалу підтверджувались даними кореляційної залежності між основними чинниками ризику розвитку ниркових ускладнень (табл.2).

Таблиця 2

Кореляційний зв'язок між окремими чинниками при ниркових ускладненнях*

Чинники	Ниркові ускладнення (r)
Вік	0,28
Розмір виразки	0,33
Виразка шлунку	0,30
Тривалість операції	0,20
Характер операції	0,30
Супутні захворювання серцево-судинної системи	0,29

Примітка: * - 0,10-0,20 – слабкий кореляційний зв'язок;

- 0,21-0,40 – помірний кореляційний зв'язок;

Зниження частоти ниркових ускладнень в основній групі можна пояснити тим, що в цій групі використовувались прогнозування та малооб'ємна інфузійна терапія на основі розчину тензитуна і розчину 10% розчин рефортану плюс, які при сполученому застосуванні викликають ефект сумачії, збільшення волемічного ефекту і тривалості дії, що є основою профілактики і інтенсивної терапії преренальної олігурії.

Висновки

1. Для профілактики та лікування преренальної олігурії, необхідно проводити своєчасну корекцію об'єму циркулюючої крові. Для цього необхідно використовувати малооб'ємну інфузійно-трансфузійну терапію: тензитон (4-5 мл/кг/добу), 10% розчин рефортану плюс (8-15 мл/кг/добу), ізотонічний розчин натрію хлориду (8-20 мл/кг/добу), еритроцитарну масу 8-15 мл/кг/добу.
2. При сумі прогностичних коефіцієнтів (< -20) розроблені нами лікувально-профілактичні заходи дозволили достовірно знизити частоту преренальної олігурії - на 8%,

Ключові слова: олігурія, кровотеча, інфузія

Література

1. Ткаченко Р. А., Ярославская С. Н., Бульч П. В. Влияние препаратов гидроксипроцетилкрахмала на показатели гемодинамики в комплексной инфузионно-

- трансфузионной терапии у больных с желудочно-кишечным кровотечением // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. - №1. – С. 43 – 44.
2. Колесник М. О., Лапчинська І. І. Невідкладні стани в нефрології // Лікування та діагностика. – 2001. - №2. – С. 42 - 48.
 3. Лазаренко В. А. Лікувальний ефект антагоністів оплатних рецепторів при гострій шокогенній крововтраті: Автореф. дис... мед. наук: 14.03.04 / Терноп. держ.мед. акад.. – Тернопіль, 2001. – 19 с.
 4. Усенко Л. В. Новые возможности и старые опасности инфузионно-трансфузионной терапии // Лікування і діагностика . - 1998. - №4. – С. 42 – 45.
 5. Клигуненко Е. Н., Кравец О. В. Интенсивная терапия кровопотери: Учебно-методическое пособие. – Днепропетровск: Пороги, 2004. – 145 с.
 6. Кравець О. В. Оптимізація методів лікування у хворих з підгострою за темпом та величиною за об'ємом крововтратою: Автореф. дис... мед. наук: 14.01.30 / ДДМА. – Дніпропетровськ, 2000. – 20 с.

Summary.

Galinsky I. A., Tchuev P. N., Budnuk A. A.

PROGNOSIS AND INTENSIVE THERAPY OF PRERENAL OLIGURIA IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE

The aim of the work presented is to improve the treatment results of peptic ulcers bleeding on the basis of revealing the reasons and frequency of renal complications, their forecast and development of algorithm of preventive maintenance. For detection of the authentic factors of probability of the development of early complications in 47 patients has been studied. The computer programs and marking formulas, with eliminating of groups of low and high probability, were developed for both prognostic systems.

УДК 615.82-08+616.71-018.3-002+616.711

С.Г. Машенко, С.С. Машенко

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВКЛЮЧАЮЩЕГО ГЛУБОКОГО РЕФЛЕКТОРНО-МЫШЕЧНОГО МАССАЖА

411 центральный военный клинический госпиталь ЮОК, г. Одесса

Актуальность. Проблема остеохондроза позвоночника (ОП) занимает ведущее место среди неврологических заболеваний [1, 6]. Согласно статистических данных, число больных, страдающих этой патологией, достигает 70-75 % среди нозоформ периферической нервной системы [7, 8]. Медицинская и социальная значимость вертеброгенной патологии определяется огромными трудопотерями и значительной инвалидизацией [2, 4, 5], что определяет актуальность рассматриваемой проблемы.

В последние годы несмотря на использование современных медикаментозных средств, разработку и внедрение новых лечебных технологий, существенных успехов в терапии и профилактике ОП добиться не удалось. Заболеваемость не только не снижается, но и имеет тенденцию к росту [3, 6]. Следовательно, остается актуальной и проблема разработки новых методов лечения данной патологии. В этой связи интересно использование глубокого рефлекторно-мышечного массажа (ГРММ), который основан на использовании наиболее адекватных, физиологически обоснованных путей мобилизации собственных сил организма для ликвидации патологического процесса.