

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»



ХИСТ 2016

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ЧЕРНІВЦІ
2016

Городкова Ю.В.

РОЛЬ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ДІТЕЙ З ГНІЙНО – ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна,
Кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної освіти
(науковий керівник - д.мед.н. Курочкин М.Ю., к.мед.н. Давидова А.Г.)

Актуальність. В останні роки дослідженню синдрому ендогенної інтоксикації (ЕІ) відводиться важлива роль. Враховуючи поліетіологічність і поліорганність порушень, які призводять до розвитку ЕІ, її діагностика включає величезну кількість різних показників, що характеризують прояви цього синдрому. Необхідність вибору критеріїв оцінки тяжкості стану хворих дітей в процесі комплексної терапії гнійно-запальних захворювань (ГЗЗ) визначає актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: вивчити динаміку маркерів токсикозу у новонароджених з ГЗЗ.

Об'єкт і методи дослідження. Досліджено 27 новонароджених з ГЗЗ, які лікувались у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених (ВАІТ-н) багатопрофільної дитячої лікарні № 5 м.Запоріжжя у 2011– 2015 роках. В групі А (основній) застосовувався дискретний плазмаферез (ПФ) поряд з базисною терапією ГЗЗ, в групі В (контроль) діти отримували виключно базисну інтенсивну терапію. Вивчались рівні середніх молекул першої фракції (СМ1) і середніх молекул другої фракції (СМ2) у сироватці крові, лейкоцитарного (ЛП), ядерного індексів інтоксикації (ЯІ), індексу зсуву лейкоцитів (ІЗЛ).

Результати досліджень. У хворих 1 А групи при надходженні спостерігалось підвищення ЯІ та ІЗЛ, ЛП - у межах норми. Співвідношення СМ1/СМ2 складало 1,44 ум.од. Перед проведенням ПФ відзначена негативна динаміка: зростання рівня індексів інтоксикації, крім ЛП (ЯІ склав 2,81±1,87 ум.од., ІЗЛ - 0,56±0,22 ум.од., ЛП - 1,19±0,41 ум.од.). Також у більшості дітей були критично збільшені показники азотистих шлаків і гіперкаліємія в одному випадку. До 5 доби після проведення ПФ спостерігалось достовірне зниження СМ1 і СМ2, показники індексів інтоксикації, азотистих шлаків і калію відповідали референтним значенням.

Співвідношення СМ1/СМ2 складало у дітей 1 В групи при надходженні 1,56±0,31 ум.од., ЛП - у межах норми, ЯІ свідчив про середній ступінь ЕІ, ІЗЛ - вище норми у 1,2 рази. На другу добу базисної терапії коефіцієнт СМ1/СМ2 склав 1,38, ЛП залишався у межах норми, ЯІ та ІЗЛ знизились. На третю добу базисної терапії відмічалось збільшення коефіцієнту СМ1/СМ2 на 22,64%, суттєво знизились значення індексів інтоксикації: ЛП, ЯІ та ІЗЛ. На 5 добу терапії маркери ЕІ відповідали середньому ступеню інтоксикації.

Висновки. У новонароджених, особливо після першого фізіологічного перехресту лейкоцитів, ЛП не може слугувати достовірним критерієм для оцінки ступеня ЕІ, ймовірно за рахунок фізіологічного лімфоцитозу. При гіперазотемії, зниженні коефіцієнта СМ1/СМ2 до 1,5 і нижче і підвищенні (без тенденції до зниження) ЯІ>1 ум.од., ІЗЛ>0,45 ум.од., що свідчить про тяжкий ступінь інтоксикації, показане проведення дискретного ПФ при ГЗЗ у новонароджених.

Дзюба А.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДБОРУ ХВОРИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анестезіології та реаніматології
(науковий керівник - к.мед.н. Кокалко М.М.)

Сучасні погляди на хірургічне лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) вважають «золотим стандартом» трансуретральну резекцію. Мінімальна травматичність, короткий післяопераційний період, швидка реабілітація і, разом з тим, високий ступінь радикальності - все це переваги ендоскопічної хірургії простати. Проте, трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ) може супроводжуватись розвитком низки ускладнень. Це, зокрема: синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром), інтраопераційні кровотечі, неутримання сечі, ретроградна еякуляція та ін. Найбільш небезпечним серед ускладнень є ТУР-синдром, клінічна картина якого уособлює в собі різноманітні розлади з боку серцево-судинної системи та функціонального стану нирок, що обумовлено міграцією значної кількості зрешувальної рідини в судинне русло під час ТУРПЗ.

Мета роботи: вивчення можливості постуральних реакцій для їх адаптації в практику проведення ТУРПЗ. Матеріали та методи. Було обстежено 117 пацієнтів у віці 61-73 років із діагнозом ДГПЗ. З метою вивчення компенсаторних можливостей нирок, хворим напередодні операції впродовж 30 хв здійснювали інфузію ізотонічного розчину натрію хлориду (10 мл/кг) із наступним визначенням екскреції натрію (за 4 год) та розрахунку його кліренса. Відбір хворих для даного дослідження проводився за методом випадкової вибірки.

Результати дослідження. Аналіз показників гемодинаміки за умов розвитку ТУР-синдрому показав, що у хворих із легким ступенем ТУР-синдрому показники систолічного, пульсового та середньодинамічного артеріального тиску в порівнянні з контрольними вірогідно не змінювались. Розвиток ТУР-синдрому середнього ступеня тяжкості супроводжувався зниженням систолічного артеріального тиску до 90 мм рт.ст., уповільненням частоти серцевих скорочень до 51,3 ударів за 1 хв, зменшенням хвилинної роботи лівого шлуночка на 38,4%. Отже, серед показників гемодинаміки найбільш інформативним для визначення ризику розвитку ТУР-синдрому є хвилинна робота лівого шлуночка. Окремо показник САТ може залишатись незмінним за рахунок одночасного збільшення діастолічного і зменшення пульсового артеріального тиску (за рахунок зменшення серцевого викиду), що ймовірно в умовах об'ємного навантаження.

Висновок. Одним із чинників розвитку ТУР-синдрому є негативний вплив трансуретральної резекції на функції нирок (зменшення швидкості клубочкової фільтрації) та серцево-судинну систему (зниження хвилинної роботи лівого шлуночка). Критерієм для прогнозування виникнення ТУР-синдрому може бути проведення напередодні оперативного втручання «об'ємного навантаження» ізотонічним розчином натрію хлориду із наступним розрахунком показників кліренса натрію та проведення кореляції між кліренсом натрію і хвилинною роботою лівого шлуночка.