

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

Однако проведенные оздоровительные мероприятия не позволили существенно снизить заболеваемость медицинского персонала СМП, так как основным фактором, влияющим на состояние здоровья работников, являются неблагоприятные условия и характер труда. По роду своей деятельности медицинский персонал СМП постоянно подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов: нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторных систем, работа в условиях повышенной и пониженной температуры и влажности окружающей среды, воздействие инфекционных агентов, работа в криминальной и социально неблагополучной обстановке. Незавидное материальное положение сотрудников СМП вынуждает их постоянно работать на 1,5 ставки и более. Из-за проблем с финансированием рабочие места не аттестованы, что не позволяет обоснованно решать вопросы о предоставлении льгот и компенсаций, связывать профессиональную заболеваемость с условиями труда.

Исходя из вышесказанного, мы считаем, что необходимо законодательно расширить список профессиональных заболеваний медицинских работников с учетом основных структурных групп, рассмотреть в правительстве Украины вопрос о снижении пенсионного возраста для работников СМП.

ТЕХНОЛОГІЯ ІНТЕГРАТИВНОГО КРОВОЗБЕРЕЖЕННЯ

Голдовський Б.М., Серіков К.В., Поталов С.О., Воротинцев С.І.,
Льовкін О.А., Задорожко Є.А., Случевський О.В.

Запорізька медична академія післядипломної освіти, м.Запоріжжя

До наступного часу не існує єдиного протоколу інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії невідкладних хірургічних операцій з приводу середньо-тяжких кровотеч.

З успіхом використовуються схеми кроовоповнення із застосуванням ізотонічних і гіпертонічних кристалоїдних розчинів, розчинів колоїдів, штучних переносників кисню, а також компонентів і препаратів крові. Однак у жодному клінічному дослідженні не було статистично вірогідно наведено поліпшення виживання хворих при окремому відшкодуванні дефіциту об'єму циркулюючої крові.

Мета дослідження. Стабілізація основних параметрів гомеостазу, порушених у результаті гострого дефіциту ОЦК у хворих на тяжку шлунково-кишкову кровотечу (ШКК) виразкового генезу на основі розробки нових і вдосконалення існуючих методів анестезіологічного забезпечення та інфузійно-трансфузійної терапії.

Матеріали та методи. Нами досліджено 28 хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, яка ускладнилась тяжкою ШКК (Братусь В.Д., 1991) і відповідала IV класу за класифікацією Американської колегії хірургів. Згідно ендоскопічній класифікації тяжкості ШКК за Forrest (1974) у всіх хворих виявлявся Ia-Ib ендоскопічний тип кровотечі.

Таким пацієнтам виконувались екстрені органозберігаючі операції з різними видами ваготомій. Основну групу склали 18 хворих в лікуванні яких застосовували інтегративне кровозберігаюче кровопоповнення, група порівняння включала 10 хворих, в лікуванні яких застосовували компонентне кровопоповнення за Брюсовим П.Г. (1998). Серед обстежених хворих на ШКК чоловіків було 17 (60,7%), жінок – 11 (39,3%). При цьому середній вік обстежених чоловіків складав 62 ± 4 років, жінок 64 ± 3 років.

Результати та їх обговорення. Згідно загальнобіологічним змінам організму на хірургічну кровотечу (Серіков К.В., Шифрін Г.А. Спосіб оцінки ступеня тяжкості крововтрати // Деклараційний патент України на корисну модель №9735. – 17.10.2005 – Бюл. № 10) у хворих з дуже тяжким або агональним загальним станом, сопорі, блідних, сухих шкіряних покритвах з землистим відтінком, артеріальному тиску (АТ) 80 і менш/40 і менш мм рт.ст. або фармакокоригуванні АТ, частоті серцевих скорочень (ЧСС) більш ніж 126 за хв. або фармакокоригуванні ЧСС, частоті дихальних рухів (ЧДР) більш ніж 25 за хв. або штучній вентиляції легенів, олігоанурії, об'єму крововтрати більш за 1500 мл., насиченні киснем артеріальної крові (SaO_2) менше 85% або корекції газообміну, центральному венозному тиску (ЦВТ) 0 - негативному, концентрації гемоглобіну (Hb) 70 г/л та нижче, транспорту кисню (DO_2) $191\text{-}126 \text{ мл} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{м}^{-2}$, споживанні кисню (VO_2) $53\text{-}34 \text{ мл} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{м}^{-2}$, клінічному індексу тяжкості статусу (КІТС) 57-68% (37-58% критичності порушень морфоструктурного балансу та 51-78% загрозонебезпечності порушень доставки кисню) – ШКК визначали як стресбіодезінтегруючу.

Завдяки інтегративному кровозберігаючому кровопоповненню стресбіодезінтегруючої ШКК ударний об'єм серця (УОС) і серцевий індекс (СІ) на основному етапі операції у пацієнтів основної групи (I гр.) виявлялися вище, ніж в групі порівняння (II гр.) у середньому на 20% та 9% відповідно і залишалися на цьому більш високому рівні до кінця дослідження.

При цьому, завдяки інтегративному кровозберігаючому кровопоповненню ЦВТ на основному етапі операції був вище у середньому на 11% ніж в групі порівняння. В основній групі величина DO_2 на основному етапі хірургічного лікування теж була вище, ніж у групі

порівняння на 8%.

При стресбіодезінтегруючій ШКК в групі, де використовувалось компонентне кровопоповнення за Брюсовим П.Г. (1998), внаслідок поліорганної недостатності померло 3 пацієнтів на 3, 6 та 31 добу від початку кровотечі, а в групі, де застосовувалось інтегративне кровозберігаюче кровопоповнення, внаслідок цієї ж причини померло 4 хворих на 10, 15, 38 та 48 добу від початку шлунково-кишкової кровотечі

Інтегративна кровозберігаюча терапія стресбіодезінтегруючої ШКК потребує катетеризації центральної вени, 1 або 2 периферичних вен, моніторингу біологічної стійкості організму. При ультимативному АТ (систолический АТ нижче 70 мм рт.ст.) – введення норадреналіну 4-6 мкг/хв, а після усунення його, застосування дофаміну 6 мкг/кг/хв і добутаміну 4 мкг/кг/хв., паралельно з моніторингом біологічної стійкості організму, утримання напруженого об'єму крові (Гайтон А., 1969) введеннями розчинів кристалоїдів і колоїдів у співвідношенні 10:1 за правилом “5-2”.

ВИСНОВКИ

Використання технологій інтегративного кровозберігаючого кровопоповнення дозволяє в основній групі виключити стресбіоруйнуючі прояви ШКК більш надійно ніж в групі порівняння – цьому сприяє катетеризація центральної вени, 1 або 2 периферичних вен, моніторинг біологічної стійкості організму, утримання напруженого об'єму крові введенням розчинів кристалоїдів і колоїдів у співвідношенні 10:1.

ВИЗНАЧЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ХВОРИХ ДО НОРМОВОЛЕМІЧНОЇ АНЕМІЇ ПРИ ЗНАЧНИХ КРОВОВТРАТАХ

Голдовський Б.М., Серіков К.В., Поталов С.О., Семенова Т.О.
Льовкін О.А., Задорожко Є.А., Случевський А.В.
Запорізька медична академія післядипломної освіти,
м Запоріжжя

Досі не визначено критичного рівня концентрацій гемоглобіну та еритроцитів, при якому у більшості хворих починаються патологічні ураження органів.

Найбільш ефективний і найменш витратний метод захисту від крововтрати є гостра нормоволемічна гемодилуція (ГНГ), де частину ОЦК резервують та заміщають кристалоїдами та кровозамінниками, при операціях зі зменшеному рівні гематокриту. Резервовану аутокров