

**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

НОРМОВОЛЕМІЧНИЙ ГЕМОДИЛЮЦІЇ

Серіков К.В., Воротинцев С.І., Поталов С.О., Голдовський Б.М.,
Корогод С.М., Льовкін О.А., Горобець В.П.

Запорізька медична академія післядипломної освіти, м.Запоріжжя

Більшість внутрішньовенних анестетиків пригнічують продуктивність серцево-судинної системи та споживання кисню організмом. Гостра нормоволемічна гемодилюція (ГНГ), як метод збереження крові, має унікальні переваги, що стосуються вартості, простоти, практичності, безпечності. ГНГ супроводжується підвищенням серцевого індексу (CI) і зменшенням системного судинного опору (SVR), що компенсує зниження кисневої ємності крові.

Мета дослідження: оцінити вплив тотальної внутрішньовенної анестезії (ТВБА) та епідуральної анестезії (ЕА) у сполученні з поверхневою ТВБА на критичний рівень гемоглобіну (Hb) при ГНГ.

Матеріал та методи. 18 хворих (43 ± 12 років) без супутньої патології (ASA 2), яким виконували розширені резекції печінки. ГНГ - цільовий гематокрит 26-28%.

У залежності від методу анестезії хворі розділені на 2 групи – ТВБА (n=8) та ЕА (n=10).

Реєстрували параметри центральної гемодинаміки та кисневого режиму на етапах анестезії та операції. Статистика – критерій Kruskal-Wallis.

Результати. Під час ТВБА відбувалося зниження CI, що супроводжується підвищенням SVR й розвитком венозної гіпоксемії при зниженні Hb менше 70 г/л. У хворих групи ЕА гіпердинамічний стан кровообігу був стабільним протягом всієї операції, DO₂ та SvO₂ навіть при зменшенні Hb менше 70 г/л не змінювались.

Висновки. ЕА – метод вибору при використанні ГНГ. Концентрація Hb 70 г/л при ГНГ в умовах ТВБА є критичним рівнем, що визначає необхідність трансфузії еритроцитів й інотропної підтримки кровообігу. При ЕА зберігається гіпердинамія кровообігу, тому Hb <70 г/л не є критичним для гемотрансфузії.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ТРАВМАТИЧНИХ КРОВОТЕЧ

Серіков К.В., Голдовський Б.М., Поталов С.О.,
Корогод С.М., Воротинцев С.І., Льовкін О.А., Горобець В.П.
Запорізька медична академія післядипломної освіти, м.Запоріжжя

При будь-якій кровотечі підтримка внутрішньосудинного об'єму є життєво важливою, тому що допомагає організму хворого адаптуватися до крововтрати. При цьому, якщо інфузійну терапію починають енергійно, ще до зупинки кровотечі, то вона може нанести шкоду хворому. Раннє заповнення внутрішньосудинного об'єму при гіповолемії залишається спірним питанням – введення великої кількості рідини супроводжується порушенням тромбоутворення, посиленням кровотечі і підвищенням смертності. Інфузійні розчини являють собою синтетичні рідкі середовища, які застосовуються для тимчасового усунення дефіциту об'єму циркулюючої крові (ОЦК), підтримки артеріального тиску (АТ) та поліпшення кровопостачання до тканин. Основною метою трансфузійної терапії є створення умов для підтримки на необхідному рівні доставки кисню (DO_2) до тканин. Нижня межа толерантності до гострої нормоволемічної анемії невизначена. У відповідь на анемію, здорова, нормоволемічна доросла людина може збільшувати серцевий викид п'ятикратно. Припускають, що DO_2 є адекватною у більшості здорових індивідумів якщо концентрація гемоглобіну (Hb) складає 70 г/л і при рівні гематокриту (Ht) 18-25%. Показано що при цьому рівні Ht і до зниження рівня Hb нижче за 60 г/л в серцевому м'язі не накопичується молочна кислота. Серцева недостатність не розвивається зазвичай до рівня Ht нижче 10%. Статистичний аналіз випадків лікування хворих, що відмовилися від гемотрансфузії, вказує на те, що Hb не є самостійним маркером ускладнень до рівня 30 г/л.

Мета. Оптимізація інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії при виконанні невідкладних хірургічних втручань, що супроводжуються середньо-тяжкою кровотечею.

Матеріали та методи дослідження. Досліджено 18 хворих з гострими середньо-тяжкими кровотечами внаслідок ножових поранень, яким надавалася невідкладна хірургічна допомога в умовах 9 міської клінічної лікарні міста Запоріжжя з 2007 по 2009 рік, об'єм крововтрати відповідав II-IV класу за класифікацією Американської колегії хірургів. Всі хворі чоловіки, віком 24-69 років. Усім постраждалим в екстреній та невідкладній черзі виконувалася оперативна зупинка кровотечі та усунення її причини. З метою адекватного відшкодування дефіциту ОЦК усім хворим катетеризували 1 або 2 периферичні а потім центральну вени для забезпечення швидкості інфузії 200-400 мл/хв. Інфузійна терапія проводилась ізотонічними кристалоїдними розчинами та колоїдними розчинами на основі ГЕК у співвідношенні 5:1 з такою швидкістю, щоб на 5-7 хвилині інтраопераційної інфузійної терапії систолічний АТ був в межах 80-90 мм рт.ст. В умовах незупиненої гострої кровотечі застосовувалась помірна інфузійна терапія з підтриманням середнього АТ

в межах 55-70 мм рт.ст., достатнього для збереження тканинної перфузії та профілактики посилення крововтрати. З метою зменшення ознак серцево-судинної недостатності на фоні помірної інфузійної терапії проводили інотропну підтримку міокарду за допомогою дофаміну в дозах 5-10 мкг/кг/хв. Після досягання хірургічного гемостазу та усунення ознак серцево-судинної недостатності, в умовах відсутності вазопресорної підтримки, подальша інфузійна терапія проводилася за правилом “5-2”. Правило “5-2”: після відновлення центрального венозного тиску (ЦВТ) в межах 8-14 см вод.ст. проводили інфузійне навантаження 200 мл 0,9% натрію хлориду (NaCl) протягом 10 хв.: 1) Якщо ЦВТ підвищувався більш ніж на 5 см водн.ст. – інфузію припиняли. 2) Якщо підвищення ЦВТ відбувалося в межах 2-5 см водн.ст. – проводили 10 хвилинне спостереження: 2.1) якщо рівень ЦВТ залишався підвищеним в межах 2-5 см водн.ст. – інфузія припинялась в умовах моніторного контролю; 2.2) якщо ЦВТ не перевищував вихідний рівень більш ніж на 2 см водн.ст. – інтраопераційна інфузійна терапія продовжувалася 200 мл 0,9% NaCl з подальшим проведенням моніторного контролю, доти, поки зберігалась необхідність в інтраопераційній інфузійній терапії. Еритроцитарну масу застосовували при концентрації Hb менше 70-80 г/л у постраждалих без супутньої патології, у пацієнтів з супутніми захворюваннями гемотрансфузію виконували при концентрації Hb нижче 90-100 г/л, а при неконтрольованій профузній кровотечі здійснювали трансфузію еритроцитарної маси при концентрації Hb нижче 100 г/л. Таким чином оптимізація інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії середньотяжких кровотеч дозволяє диференційно використовувати інфузійні розчини та компоненти крові, що запобігає летальності у хворих яким виконувались невідкладні хірургічні втручання з приводу травматичних ушкоджень.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АКСИЛЛЯРНОГО ГИПЕРГИДРОЗА

Сербина И.М., Калашникова В.С., Качук Ю.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков

Гипергидроз представляет собой нарушение функции системы потоотделения, при котором продуцируется избыточное количество пота. Гипергидроз может представлять собой нормальную реакцию на внешние раздражители или быть следствием какого-либо заболевания (сахарный диабет, гипертиреоз, туберкулез, ревматизм).

В клинической классификации гипергидроза выделяют локальную (ограничена подкрыльцовыми впадинами, ладонями, подошвами или