



Кифяк П.В.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БЕШИХУ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АВТОКРОВІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бешиха інфекційна хвороба, що характеризується як локальними (серозним або серозно-геморагічним запаленням шкіри), так і загальними (головний біль, відчуття жару, загальна слабкість, м'язові болі, лихоманка, інтоксикація) проявами. Збудником інфекції частіше виступає β -гемолітичний стрептокок групи А, а джерелом збудника може бути як будь-яке стрептококове захворювання (ангіна, скарлатина), так і носій стрептокока, хоча у більшості випадків спостерігається автоінфекція. Сприятливими факторами є стійкі порушення лімфообігу, хронічна венозна недостатність, грибокві захворювання шкіри тощо.

Частка гнійно-септичних ускладнень бешихи, незважаючи на численність запропонованих на даний час антибактеріальних препаратів, залишається високою, що пов'язують як із набуванням резистентності мікрофлори до них, так і зниженням імунологічної реактивності організму. Позитивну терапевтичну дію ультрафіолетового опромінення (УФО) крові пов'язують із чисельними ефектами: мембранотропним впливом на еритроцити та тромбоцити, фотомодифікацією поверхні клітин крові, їх активацією та позбавленням від біологічно активних речовин, судиннорозширювальною, прямою бактерицидною, десенсебілізуючою, протизапальною та іншими видами впливу як на сам організм, так і на інфекційні збудники.

УФО крові проводили хворим на бешиху різної площі, глибини ураження та локалізації. Сеанси відбувались через добу кількістю 5 – 6, методом забору та реінфузії крові із розрахунку 1,5 – 2 мл/кг за допомогою апарату «Ізолюда». Під час як забору, так і автотрансфузії, проводилося дворазове ультрафіолетове опромінення крові за допомогою лампи ДРБ-8. Для стабілізації крові використовували гепарин дозою 2,5 тис. ОД у флаконі із 50 мл ізотонічного розчину. Також застосовували внутрішньовенне введення гепарину в кількості 2,5 тис. ОД за 5 хв. до початку сеансу. Експозиційна доза коливалась в межах від 400 до 800 Дж/м², що не спричиняє виникнення незворотніх змін в системі гомеостазу. Після 3-4 сеансів в рані спостерігали покращення процесів регенерації із одночасною активацією некролізу протеолітичними ферментами, що, як відомо, прискорює відторгнення некротизованих тканин, утворення грануляційних процесів, а також пригнічує запалення на фоні прогресивного розвитку і дозрівання новоутвореної сполучної тканини. У невеликого відсотку пацієнтів як під час, так і одразу після проведення реінфузії опроміненої ультрафіолетом крові відзначали побічні явища - поколювання в ділянці рани, озноб, виражену загальну слабкість, головокружіння, які проходили впродовж 5 – 10 хв після закінчення процедури без будь-якої медикаментозної корекції.

Широкий спектр лікувальної дії УФО крові, швидкість терапевтичних проявів, явища пролонгованості його ефекту, простота та економічність методу, а також відсутність негативної побічної дії роблять його методом вибору при лікуванні багатьох захворювань, в тому числі бешихи із гнійно-септичними ускладненнями.

Коновчук В.М., Андрушак А.В.

ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний медичний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

До числа факторів ендогенної інтоксикації зазвичай відносять: мікроорганізми та продукти їх життєдіяльності, бактеріальні ендо- та екзотоксини, проміжні та кінцеві продукти нормального обміну (у надмірних концентраціях), компоненти клітинних, тканинних, органних та інтегративних регуляторних систем (у патологічно високих концентраціях), продукти спотвореного обміну речовин, токсичні речовини кишкового походження. До складу токсичних речовин також відносять молекули середньої маси (МСМ), що володіють достатньо високою біологічною активністю. Зокрема, вони мають нейротоксичну, кардіотоксичну, гепатотоксичну, нефротоксичну активність, викликають вторинну імунодепресію, тощо.

Дослідження відносяться до відкритих, рандомізованих, проспективних та контрольованих. У дизайні дослідження увійшли критерії включення, виключення та припинення. До критеріїв включення увійшли пацієнти з гнійно-септичними ускладненнями з маніфестацією тяжкого ендотоксикозу, дофамінергічної та іншими ознаками ТС з наявністю генералізованих порушень. До критеріїв виключення увійшли пацієнти, що знаходилися на програмованому гемодіалізі, ШВЛ, з протипоказами до «об'ємного навантаження» з боку дихальної та серцево-судинної систем, відсутністю реакції на петльові діуретики. Отримані результати дослідження оброблені методом варіаційної статистики за Фішером (критерій Стьюдента) із застосуванням IBM PC (програма EXCEL).

Методом об'єктивізації ендотоксикозу були вибрані розрахункові модифікації параметричного тесту та кінетичних параметрів МСМ. Інфузорії *Paramecium caudatum* поєднують у собі ознаки як окремої клітини так і цілісного механізму. Їх можна розглядати як прості рецепторно-ефекторні системи, що реагують на компоненти ендотоксикозу комплексом фізіологічних та біохімічних змін. У плазмі крові компонентами ендотоксикозу також є молекули з високою молекулярною масою ($a_e > 36 \text{ \AA}$, $MM > 50\ 000\text{-}70\ 000 \text{ D}$), котрі, практично, не проходять крізь клубочковий фільтр, та ті, що вільно фільтруються ($a_e < 24 \text{ \AA}$, $MM < 30\ 000 \text{ D}$). Між іншим,