

ционную терапию, во 2-й группе (32 пациента, средний возраст  $34 \pm 2,2$  года) на фоне базисной терапии вводился препарат Глутаргин в дозировке 2 г 2 раза в сутки в/в капельно и проводилась энтеральная оксигенация. Объем вводимого кислорода ( $\text{Flow O}_2$ ,  $\text{см}^3$ ) рассчитывался по формуле:  $\text{Flow O}_2 = 8,494 \cdot \Delta S_v \text{O}_2 + 18,805$ , где  $\Delta S_v \text{O}_2$  — градиент сатурации смешанной венозной крови по сравнению со значением нормы (75%).

Исходные показатели кислородного бюджета и энергетики организма у больных с декомпенсированным сахарным диабетом характеризовались снижением артериальной и венозной оксигенации крови и повышения коэффициента утилизации кислорода на фоне повышенного содержания лактата венозной крови.

Показатели внутрибрюшного давления в исходном состоянии у больных с ДКА свидетельствовали о выраженном парезе кишечника.

С помощью реогепаатографии было выявлено снижение амплитуды систолической волны, признаки венозного застоя, снижение реографического индекса, амплитудно-частотного показателя, время медленного кровенаполнения было выше от нормы, а время быстрого кровенаполнения — ниже, время венозного оттока снижено.

При проведении традиционной ИТ у больных 1-й группы отмечено снижение внутрибрюшного давления, которое составило на 2-е сутки  $12,6 \pm 1,0$  мм.рт.ст., на 3-е сутки —  $8,0 \pm 1,0$  мм.рт.ст. На 5-е сутки лечения происходила практически полная нормализация данного показателя у большинства больных —  $2,5 \pm 0,7$  мм.рт.ст. У больных 2-й группы отмечено более существенное снижение показателей внутрибрюшного давления:  $7,9 \pm 1,1$  мм.рт.ст. на 2-е сутки,  $2,5 \pm 0,6$  мм.рт.ст. на 3-е сутки,  $0,8 \pm 0,3$  мм.рт.ст. на 5-е сутки лечения ( $p < 0,01$  по сравнению с больными 1-й группы).

Соответственно улучшению функционального состояния кишечника отмечена стабилизация биохимических показателей, свидетельствующая о нормализации обменных процессов в печени. В обеих группах больных снижалась концентрация лактата, однако у больных 2-й группы концентрация лактата на 3-е и 5-е сутки была ниже. Данные изменения происходили на фоне повышения насыщения гемоглобина кислородом в венозной крови, что свидетельствует об уменьшении проявлений биоэнергетической гипоксии печени. Параллельно в обеих группах больных отмечено уменьшение гематологических показателей интоксикации.

Параметры реогепаатограммы практически у всех больных 2-й группы к 5 дню лечения были близки к норме.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность применения глутаргина и энтеральной оксигенации для лечения гепато-интестинальной дисфункции-недостаточности.

## АМКЕСОЛ: ПОРІВНЯЛЬНА ТОКСИЧНІСТЬ ЛІКАРСЬКОЇ КОМБІНАЦІЇ ТА ЇЇ СКЛАДОВИХ КОМПОНЕНТІВ

Киричок Л.Т., Звягінцева Т.В., Стороженко К.В., Сирова Г.О., Халін І.В., Миронченко С.І.  
*Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Політропний фармакологічний ефект амкесола забезпечується властивостями його компонентів: амброксолу (відхаркувальний, проти-кашльовий, сурфактантний), кетотифену (протиалергічний, протиастматичний), сухого екстракту солодки (протизапальний, відхаркувальний, спазмолітичний), теоброміну (спазмолітичний, бронхолітичний). Незважаючи на те, що ступінь токсичності названих компонентів відомий з літератури, метою роботи було вивчення в експерименті гострої токсичності сиропу амкесола та порівняння одержаних даних з відомостями літератури щодо шкідливості його складових.

Дослідження проведено на білих безпорідних статевозрілих мишах обох статей, які утримувались в звичайних умовах біоекспериментальної клініки ХНМУ у відповідності із сучасними санітарними та біоетичними вимогами. Гостра токсичність вивчена методом однократного внутрішньошлункового введення сиропу амкесола (С-АКС) у рівномірні зростаючих дозах від максимально переносимої до абсолютно смертельної, кожна з яких досліджувалась на 6 тваринах. Всього в роботі використано 54 тварини, за якими спостерігали протягом 14 діб, відмічаючи відсоток та строки загибелі, зовнішні ознаки інтоксикації, масу тіла в динаміці, а після закінчення досліду — коефіцієнти маси внутрішніх органів і дані їх макро- та мікроскопічного морфологічного дослідження.

Встановлено, що С-АКС являється практично нетоксичним препаратом, який в максимальних допустимих для однократного введення об'ємах не викликає загибелі мишей, активує, за органометричними та патоморфологічними даними, стан органів елімінації (печінка>нирки), що забезпечує виживаність тварин на протязі двох тижнів спостереження після гострого отруєння. Из-за відсутності мінімальної смертельної дози ДЛ50 не визначалась, але, орієнтуючись на максимальні об'єми використаного в дослідах препарату, С-АКС відповідно класифікації К.К. Сидорова можна віднести до відносно нетоксичних препаратів.

Знайомство з даними літератури щодо токсичності складових компонентів С-АКС свідчить про те, що передозування амброксолу не описано, кетотифен, гліцерин (солодка) і теобромін вважаються малотоксичними засобами, хоча і здатними зрідка викликати в клініці

побічні ефекти, пов'язані із специфікою їх фармакодинаміки, та у зв'язку з цим мають протипоказаннями гіперчутливість, вагітність та період лактації.

Таким чином, за абсолютною гострою токсичністю С-АКС не відрізняється від своїх складових компонентів, а його застосування у хворих повинно обмежуватись загальновідомими станами, обумовленими порушенням чутливості організму до дії вивчених ліків.

### **ОПТИМІЗАЦІЯ БАЗОВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ЕНДОТОКСИКОЗУ В ПРАКТИЦІ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Коновчук В.М., Акентьев С.О., Кокалко М.М., Білоус Д.Г.

*Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці, Україна*

Ендоотоксикоз, як правило, супроводжує різні захворювання і є найбільш розповсюдженим синдромом у клінічній практиці. У залежності від етіологічного фактору шляхи розвитку ендоотоксикозу можуть мати різні механізми: продукційний, ретенційний, резорбтивний та інфекційний. У своїй якості токсини є продуктами нормального обміну у високих концентраціях, продуктами порушеного обміну, компонентами ефекторів регуляторних систем, різними продуктами розщеплення пластичного матеріалу. Особливо патогенними факторами ушкодження володіє бактеріальна агресія: ендоотоксини (ЛПС) грамнегативних та екзотоксини грампозитивних мікроорганізмів, пептидоглікани, суперантигени мікроорганізмів, МСМ, активні форми кисню та інші вільні радикали, компоненти плазмових систем каскадного протеолізу, цитокіни та інші медіатори запалення в надлишкових концентраціях, надмірно активовані цитотоксичні клітини. Всі вони порушують мікроциркуляцію, викликають тканинну гіпоксію та мітохондріальну депресію, активують коагуляційний потенціал, пригнічують фібриноліз. Розвивається реперфузійний синдром та, за принципом "доміно", маніфестує неконтрольоване звільнення медіаторів агресії, що значно обмежує якість гомеостатичних функцій.

Інтенсивна терапія ендоотоксикозу у хворих з гнійно-септичними ускладненнями (ГСУ) є традиційною актуальною проблемою медицини. Первинною ланкою у формуванні ендоотоксикозу при ГСУ є дія екзо- та ендоотоксинів мікроорганізмів на різні структури функціональних систем. Надалі отримує розвиток вторинна токсична аутоагресія, формується синдром системної запальної відповіді, який трансформується в поліорганну дисфункцію, недостатність або й неспроможність.

Найбільш дієві методи лікування ендоотоксикозу та профілактики поліорганного ушкодження

у хворих з ГСУ знаходяться в арсеналі еферентних методів, зокрема, таким є плазмаферез (ПФ). Проте його детоксикаційні можливості у хворих із ГСУ обмежені кількістю видаленої плазми. Тому, для підсилення детоксикаційного ефекту пропонуємо застосовувати ПФ у поєднанні з активацією природних шляхів елімінації токсинів, а саме, використанню можливостей впливу на токсиновидільну діяльність нирок.

Одним із можливих варіантів отримання такого ефекту є застосування сеансів ПФ у поєднанні з об'ємним гіпертонічним навантаженням у режимі підсиленого реверсу руху рідин у позаклітинному просторі та активації волюмо- і осморегулюючої функцій нирок. Серед гіпертонічних інфузійних розчинів необхідну якість забезпечує плазмозамінник — сорбілакт (осмолярність — 1670 ммоль/л).

Досвід роботи відділення інтенсивної терапії обласної клінічної лікарні м.Чернівці показав високу детоксикаційну ефективність цього методу (об'єктивізація проводилася шляхом моніторингу за клініко-лабораторними ознаками, в т.ч. МСМ та прозапальних інтерлейкінів) та доцільність подальшої роботи над вдосконаленням методів, що поєднують в собі інтра- та екстракорпоральні детоксикаційні ефекти.

### **ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. КИЕВЕ**

Богомол А.Г., Курдиль Н.В., Струк В.Ф.  
*Киевская городская клиническая больница скорой  
медицинской помощи,  
отделение острых отравлений*

Специализированная медицинская помощь взрослому населению г.Киева, пострадавшему в результате острых отравлений химической этиологии, оказывается в двух специализированных отделениях, организованных в период 1986-1988 годов на базе Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (КГК БСМП): отделение острых отравлений на 30 коек и отделение интенсивной терапии и экстракорпоральной детоксикации на 6 коек.

За последние 10 лет число вызовов бригад скорой медицинской помощи в связи с отравлениями различной этиологии значительно увеличилось, так, в 2000 году зарегистрировано 5,5 тыс., а в 2010 году — более 17 тысяч вызовов. Подавляющее большинство вызовов осуществляется по поводу отравлений алкоголем (60%) и медикаментами (20%). Значительная часть пострадавших (более 60%) получают необходимую медицинскую помощь на догоспитальном этапе или в отделениях интенсивной терапии районных больниц. Ежегодно около 2,5 тыс. пациентов поступают в тяжелом состоянии в специали-