

КОРРЕКЦИЯ РЕАМБЕРИНОМ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ

Моргунов С.С.

Городская клиническая больница №2,
Ижевск

Проблема фармакологической коррекции гипоксических состояний, возникшая в середине XX века, в настоящее время относится к числу наиболее актуальных. Это объясняется универсальностью патологических процессов, характерных для любой формы гипоксии. Одним из примеров возникновения смешанной гипоксии в клинической практике, является острая кровопотеря язвенной этиологии.

Цель исследования

Изучение влияния субстратного антигипоксанта Реамберина на тканевую гипоксию (ТГ) у больных с острой кровопотерей при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК).

Материал и методы

Обследовано 36 пациентов с ЯГДК в возрасте от 17 до 80 лет, поступивших в экстренном порядке с тяжелой степенью кровопотери (дефицит ОЦК – 30-40% и глобулярного объема – 50-60%). В процессе исследования были выделены две группы, сравнимые по полу, возрасту, сопутствующей патологии. Основная группа (n = 16) состояла из пациентов, которым одновременно со стандартной терапией проводили инфузию Реамберина 1,5 % в объеме 800 мл в сутки (1-я группа), и группа сравнения (2-я группа, n = 20), лечение которой проводили по традиционной схеме. Контролем (n = 30) служили здоровые лица того же возраста. В исследовании выделены этапы: при по-

Таблица 1. Динамика показателей кислородного баланса и лактата на этапах исследования, (M±m)

показатель	контроль	группа	этапы исследования			
			I	II	III	IV
CaO ₂ , мл·л ⁻¹	190,1±3,6	1-я	77,8±5,9 ^x	107,0±5,4 ^{xy}	115,0±5,3 ^{xyz}	122,0±3,7 ^{xyz}
		2-я	85,0±4,6 ^x	107,3±4,3 ^{xy}	103,7±3,5 ^{xyz}	112,3±3,1 ^{xyz}
C(a-v)O ₂ , мл·л ⁻¹	47,3±2,6	1-я	36,0±2,6 ^x	44,0±1,8 ^y	41,6±2,1	46,0±1,7 ^{yz}
		2-я	36,2±3,0 ^x	40,0±3,1	38,0±1,9 ^x	40,7±2,2 ^z
DO ₂ , мл·мин ⁻¹	1056,0±43,8	1-я	376,2±27,2 ^x	540,9±38,9 ^{xy}	599,5±41,5 ^{xyz}	648,3±44,4 ^{xyz}
		2-я	411,9±21,2 ^x	517,1±24,2 ^{xy}	499,7±27,9 ^{xyz}	534,6±21,7 ^{xyz}
VO ₂ , мл·мин ⁻¹	258,7±15,4	1-я	173,9±12,0 ^x	217,7±9,0 ^y	211,4±9,3 ^{xy}	244,0±17,2 ^{yz}
		2-я	175,4±13,7 ^x	191,3±15,2 ^x	182,6±11,7 ^x	193,0±11,8 ^{xz}
рvO ₂ , мм рт. ст.	33,5±2,1	1-я	27,9±1,0	33,9±1,4 ^y	32,4±1,1 ^y	31,7±0,8 ^y
		2-я	29,8±1,6	36,3±2,0 ^y	34,5±0,8 ^y	33,0±1,5
SvO ₂ , %	70,9±1,7	1-я	49,7±0,7 ^x	55,5±1,6 ^{xy}	59,9±1,6 ^{xy}	60,5±1,4 ^{xy}
		2-я	52,5±1,9 ^x	59,5±2,9 ^{xy}	59,3±1,0 ^{xy}	59,7±1,8 ^{xy}
лактат, ммоль/л	1,31±0,07	1-я	2,64±0,06 ^x	3,40±0,10 ^{xy}	2,33±0,05 ^{xyz}	1,33±0,05 ^{yz}
		2-я	2,61±0,06 ^x	3,47±0,06 ^{xy}	2,69±0,07 ^{xz}	2,44±0,06 ^{xyz}

Примечание. Достоверность различий: x - $p < 0,05$ от нормы (группы контроля); y - $p < 0,05$ от исходных значений (I этап); z - $p < 0,05$ между 1-й и 2-й группами.

Нарушение утилизации и использования O₂ при поступлении подтверждалось повышением уровня лактата до 2,64±0,06 ммоль/л. Несмотря на интенсивную терапию, у всех пациентов на II этапе концентрация лактата увеличивается, вероятно, за счет поступления из перенесших ишемию и гипоксию тканей, в период раскрытия микроциркуляционного русла. Но, уже на 2-е сутки, на III этапе, в группе, получавшей

ступлении – I этап, II – через 24 часа, III – через 48 часов, IV – через 72 часа.

Исследование системной гемодинамики проводили неинвазивным способом – методом интегральной реографии тела по М.И. Тищенко. Газовый состав определяли из проб артериальной и венозной крови газоанализатором "Easy Blood Gas" (США). На основании полученных данных рассчитывали (Г.А. Рябов, 1988) показатели кислородтранспортной функции крови: содержание кислорода (O₂), артериовенозную разницу (C(a-v)O₂), доставку (DO₂) и потребление (VO₂) кислорода. Определялся уровень лактата венозной крови.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований приведены в таблице. На момент поступления в реанимационное отделение у всех пациентов наблюдалась низкая кислородная емкость крови (77,8±5,9 мл/л в основной группе и 85,0±4,6 мл/л в группе сравнения), а недостаточность тканевого компонента DO₂ характеризовалась снижением VO₂ и C(a-v)O₂ за счет артериовенозного шунтирования. Уже через сутки терапии Реамберином в основной группе наблюдалось достоверное повышение VO₂, тогда как во 2-й группе увеличения этих показателей не было. На IV этапе исследования показатели VO₂ и C(a-v)O₂ в 1-й группе были в пределах нормальных величин, а в группе сравнения оставались низкими, что свидетельствовало о продолжающемся тканевом дисбалансе метаболических систем, перенесших эпизод ишемии и тканевой гипоксии. Данные изменения свидетельствуют о том, что Реамберин обеспечивает не только энергостимулирующее воздействие на уровне клетки, но и повышает утилизацию O₂ в условиях ТГ.

и лактата на этапах исследования, (M±m)

Реамберин, концентрация лактата снижалась значительно быстрее ($p < 0,05$), по сравнению со 2-й группой, и к IV этапу сравнивалась с контрольной группой. К концу исследования в группе сравнения лактат оставался высоким в 1,8 раза.

Выводы

Повышение содержания лактата в венозной крови пациентов с острой кровопотерей подтверждает

факт снижения тканевой перфузии, наличие кислородной задолженности. Включение субстратного антигипоксанта Реамберина в интенсивную терапию острой кровопотери тяжелой степени язвенной этиологии показало высокую клиническую эффективность препарата, позволило снизить степень проявления тканевой гипоксии, улучшить процессы доставки и потребления кислорода.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА КОЖИ

Панова А.Ю., Огнерубов Н.А.
*Воронежский областной клинический
онкологический диспансер,
Воронеж*

Цель исследования

Изучить эффективность местного применения глицифоновой мази в комбинации с короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами и интратуморального введения реаферона с последующим применением короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами при первично-множественном раке кожи.

Задачи

Уменьшить лучевую нагрузку на окружающие опухоль здоровые ткани. Увеличить количество одномоментно пролеченных очагов. Уменьшить количество рецидивов.

Материалы и методы

В исследовании включено 200 больных (302 очага) в возрасте от 42 до 82 лет с первично-множественным синхронным и метахронным раком кожи области головы и шеи I-II стадии. У всех больных был цитологически диагностирован базальноклеточный рак.

Лечение проводилось в амбулаторных условиях. При отсутствии четких границ опухоли, лечение начинали с нанесения тонкого слоя глицифоновой мази до появления границ (7-10 аппликаций) с последующей короткодистанционной рентгенотерапией сниженными суммарными дозами СД = 3000 - 3500 р (СОД 31,5 - 43 Гр) ВДФ 40-50 ЕД, а при выраженном инфильтрационном вале, когда толщина краев значительно превышала толщину опухоли в центре, лечение начинали с короткодистанционной рентгенотерапии сниженными суммарными дозами СД = 3000 - 3500 р (СОД 31,5 - 43 Гр) ВДФ 40-50 ЕД с последующими аппликациями глицифоновой мази (10 - 15 аппликаций). В третьей группе мы проводили иммунотерапию, путем интратуморального введения реаферона по 3 000 000 МЕ, 1 раз в день, каждые 5 дней, курсом, состоящим из 5 инъекций с последующей короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами.

Четвертой группе проводилась короткодистанционная рентгенотерапия в самостоятельном варианте, СОД составляла от 51 до 78Гр, при факторе ВДФ = 65-82 Гр. Во всех исследуемых группах рентгенотерапия применялась в режиме традиционного фракционирования 5 раз в неделю в интервале разовых

очаговых доз (РОД) от 4.8 до 5.7 Гр, разовых доз (РД) от 404 до 509 р.

Результаты лечения свидетельствуют о том, что при проведении комбинированного лечения лучевая эритема была менее выражена. Продолжительность эритемы составляла $24,6 \pm 6,3$ суток в контрольной группе и $14 \pm 3,5$ суток в группе комбинированного лечения ($p < 0,01$). Влажный эпидермит, развивался в контрольной группе по окончании лечения в 96,7% случаев, и его продолжительность составляла $15,4 \pm 7,5$ суток, при использовании комбинированного лечения он наблюдался в 26,3% случаев в течение 7 дней после окончания лечения и к концу второй недели, клинические проявления его сохранялись лишь в 3,3% наблюдений и его продолжительность в среднем составляла $6,2 \pm 3,6$ суток ($p < 0,01$).

Косметически хорошие рубцы получены в 70,1% случаев в группе комбинированного лечения и меньше чем в одной трети в группе КДР (23,8%), применявшейся в монорежиме. Удовлетворительный результат констатирован в 37,96% случаев в группе сравнения и 23,8% в группе с применением глицифоновой мази. Неудовлетворительный результат наблюдался в 35,77% и 6,1%.

Рецидивы наблюдались в 3,3% случаев в группе комбинированного лечения и 8,6% в группе применения короткодистанционной рентгенотерапии в самостоятельном варианте. ($p < 0,05$).

Выводы

Терапия с использованием глицифоновой мази и интратуморальных инъекций реаферона в комбинации с короткодистанционной рентгенотерапией сниженными дозами может применяться для лечения первично-множественного базальноклеточного рака кожи, как перед ней, так и после, в зависимости от характера опухоли. Применение её позволяет достоверно уменьшить выраженность и продолжительность лучевых реакций, снизить количество рецидивов и получать лучшие косметические эффекты по сравнению с короткодистанционной рентгенотерапией в самостоятельном варианте.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Парахонский А.П., Цыганок С.С.
*Кубанский медицинский университет,
Центр квантовой медицины «Здоровье»,
Краснодар*

Цель работы

Анализ показателей клеточного и гуморального иммунитета, характеристика неспецифической иммунологической реактивности во взаимосвязи с выделением ферментов поджелудочной железы (ПЖ) и с перекисным окислением липидов (ПОЛ) в динамике развития острого панкреатита (ОП). Исследовали активность фагоцитоза, концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (Ig) и лизоцима, а также аминокислотный состав крови у 89 больных ОП. У больных выявлены нарушения гуморальных факторов иммунитета, проявляющиеся снижением иммуноглобули-