

ЕКСТРЕНА ОЦІНКА СТАНУ ОБ'ЄМНОГО ПЕРИФЕРІЙНОГО КРОВООБІГУ ТА СТАНУ ВОЛЕМІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

©С. В. Курсов, К. І. Лизогуб

Харківська медична академія післядипломної освіти

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»

РЕЗЮМЕ. Перфузійний індекс (ПІ) – показник, що відображає ефективність периферійного кровообігу, а разом із цим, непрямим шляхом, допомагає діагностувати наявність гіповолемії та визначати ступінь її тяжкості. ПІ визначають в процесі фотоплетизмографічного дослідження разом із насиченням капілярної крові киснем. Зменшення хвилинного обсягу кровообігу, що має місце в умовах гіповолемії (крововтрата, зневоднення), супроводжується зменшенням периферійного кровотоку, а отже, й величини ПІ. Зменшення показника ПІ відповідає тяжкості шоку. Лікувальні заходи, що спрямовані на усунення гіповолемії та зростання системного артеріального тиску, сполучаються із зростанням показника ПІ. Для визначення ПІ користуються спеціальними пульсоксиметрами, які можуть бути доступні для лікарів екстреної медичної допомоги та лікарів сімейної медицини.

Вступ. Гіповолемія є надзвичайно загрозливим станом, що асоційований із активацією симпатоадреналової системи, зростанням ризику виникнення гіперперфузії головного мозку, міокарда, кишечника та інших органів, неможливістю повноцінного кисневого забезпечення в умовах зростаючих метаболічних потреб органів та тканин. Причини формування гіповолемії численні. Головні та найнебезпечніші з них в практиці сімейного лікаря: зовнішня чи прихована порожнинна крововтрата, дегідратація внаслідок зменшення вживання рідини у хворих із порушеним станом свідомості (інсульти, дисциркуляторна енцефалопатія, сенільний психоз та ін.), дегідратація на тлі декомпенсованого цукрового діабету, дегідратація на тлі захворювань шлунково-кишкового тракту різної етіології, гіповолемія на тлі тривалої хронічної крововтрати (фіброміома матки, геморой, поліпи кишок, сечового міхура та ін.), гіповолемія внаслідок гіпопротеїнемії (одною із серйозних причин є якість життя). Наявність гіповолемії діагностують непрямим шляхом за присутністю ознак зневоднення, кахексії, гемодинамічними порушеннями (тахікардія, артеріальна гіпотензія, відсутність заповнення периферійних вен), а також за даними лабораторних досліджень. Сучасні діагностичні заходи, що побудовані на основі фотоплетизмографії, дозволяють надзвичайно швидко, протягом кількох хвилин, отримати потрібну інформацію про ефективність стану периферійного кровообігу, за якою, в тому числі, можна судити про стан волемії.

Мета дослідження. Дати оцінку діагностичних можливостей фотоплетизмографічного методу визначення об'ємного стану периферійного кровообігу в пацієнтів, які перебувають у критичних станах та потребують негайного проведення інтенсивної терапії.

Матеріал і методи дослідження. Пацієнтам, які перебували в критичних станах та надходили до реанімаційної зали приймального відділення

КЗОЗ «Харківська міська лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги», визначали показники центральної гемодинаміки (ЦГД), в тому числі показник центрального венозного тиску (ЦВТ) та визначення показників сатурації капілярної крові киснем (SpO_2) й показника перфузійного індексу (ПІ) фотоплетизмографічним методом за допомогою приладу «Masimo».

Результати й обговорення. Обстежено більше 100 пацієнтів, які надходили до лікарні через реанімаційну залу. Показник ПІ визначали тільки в горизонтальному положенні пацієнта після зігрівання периферійних тканин. Виявлено, що в усіх хворих, які були у тяжкому та вкрай тяжкому станах, показник ПІ не відповідав нормальним значенням, навіть коли показники систолічного артеріального тиску (АТ) сягали 110–120 мм Hg. При встановленні катетера до верхньої порожнистої вени та подальшому визначенні ЦВТ виявлено, що у пацієнтів мали місце ознаки зниження венозного повернення до серця. У тих пацієнтів, яких було доставлено до клініки у стані компенсованого гіповолемічного шоку (крововтрата, опіки, перитоніт, некротична форма гострого панкреатиту), показник ПІ становив 0,6–2,0 %. Пацієнти із тяжкою крововтратою, що відповідала клініці декомпенсованого гіповолемічного шоку (політравма) мали показники ПІ в межах 0,25–0,5 %. При значній гіповолемії показник ЦВТ практично у всіх випадках наближався до 0 та негладно сполучався із ступенем її тяжкості. Проте показник ПІ зменшувався поступово та в серіях спостережень мав тісний зворотний негативний зв'язок із величиною показника гематокриту. У пацієнтів, що страждали від зневоднення на тлі некомпенсованого цукрового діабету або порушень мозкового кровообігу, показники ПІ коливалися в межах 1,0–3,0 %, навіть на фоні нормальних або підвищених (при інсультах) показників АТ. Показник SpO_2 зростав разом із показниками систолічного та середнього АТ, а

Матеріали науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакотерапії, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря»

разом із ним – показник ПІ. Виявлено прямий тісний зв'язок між величинами ПІ та SpO_2 . В умовах зупинки ефективного кровообігу ПІ визначити було неможливо. В процесі надання екстреної медичної допомоги та забезпечення проведення рідинної ресусцитації в високому темпі спостерігалось зростання показника ПІ. Застосування вазопресорів (дофамін, адреналін) не заважало зростанню ПІ.

Висновки. Величина показника перфузійного індексу непрямым шляхом відображає і тяжкість гіповолемії, а його визначення може бути корисним для швидкої об'єктивізації тяжкості стану хворих та визначення необхідності надання екстреної медичної допомоги із застосуванням інфузійної

терапії. Визначення показника перфузійного індексу на основі фотоплетизмографії за допомогою сучасних заходів діагностики відбувається надзвичайно швидко та може бути використано в якості одного з компонентів моніторингу. Забезпечення сімейних лікарів пульсоксиметрами з можливістю визначення показника перфузійного індексу перспективне для покращення надання медичної допомоги різним контингентам хворих.

Перспективи подальших досліджень. Детальне вивчення зв'язку показників центральної гемодинаміки з показником ПІ. Визначення зв'язку величини ПІ із показниками кисневого обміну.

УДК 616.36-004-085.-244

ГЕПТРАЛ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

©Г. В. Лихацька, Т. В. Бойко, В. О. Лихацька, Л. К. Хайко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Проблема хронічних дифузних захворювань печінки є однією з найважливіших в сучасній гастроентерології. Цироз печінки (ЦП) є надзвичайно актуальним питанням сьогодення і посідає перше місце серед причин смертності від хвороб органів травлення.

Мета дослідження – вивчити вплив гептралу на динаміку клініко-лабораторних показників у хворих на цироз печінки (ЦП).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 30 хворих на ЦП алкогольної етіології в стадії субкомпенсації, серед них було 18 (60,0 %) чоловіків та 12 (40,0 %) жінок, віком від 25 до 75 років. Пацієнти були поділені на дві групи: 1-ша (18 хворих) отримувала стандартне комплексне лікування (контрольна група): есенціальні фосфоліпиди, сечогінні, вітаміни, лактулозу, дезінтоксикаційні засоби; 2-га (12 хворих) додатково приймала гептрал по 400 мг внутрішньом'язово 2 тижні, а потім по 1 табл. (400 мг) 3 рази на добу ще 2 тижні. Діагноз верифікували на основі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень. Функціональний стан

печінки оцінювали за клінічними даними, показниками біохімічного аналізу крові, коагулограми.

Результати й обговорення. Встановлено, що у хворих 2-ої групи відмічалась більш швидка ліквідація клінічних проявів патологічного процесу: зникли больовий синдром, диспепсичний залишився у 16,3 %, астено-вегетативний у 22,4 % обстежених; у хворих 1-ої групи відповідно 14,2 %; 20,3 %; 28,5 %. Виявлено, що у 2-ій групі хворих після лікування достовірно знижувався рівень білірубину ($p < 0,05$), трансаміназ ($p < 0,05$), тоді як у 1-ій групі мала місце лише тенденція до зменшення ($p > 0,05$).

Висновки. 1. Гептрал у комплексному лікуванні цирозу печінки спричиняє кращу динаміку основних клінічних синдромів.

2. Включення гептралу в комплексну терапію приводить до нормалізації біохімічних показників крові (білірубину, трансаміназ).

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні впливу гептралу на перебіг хронічних гепатитів різної етіології.