

4' (д) 2012

У К Р А Ї Н С Ь К И Й Ж У Р Н А Л

ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ



**МАТЕРІАЛИ
ІІ МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ
З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ**

UKRAINIAN JOURNAL OF HEMATOLOGY AND TRANSFUSIOLOGY

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТРИМЕДРОНАТОМ ТА ДЕКАСАНОМ У ХВОРИХ НА ПОЗАГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Мигайлюк Л.Д., Тодоріко Л.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Головною ланкою у комплексі функціональних розладів при пневмонії є дихальна недостатність, тобто такий стан, при якому порушується легеневий газообмін або він підтримується на межі нормального рівня за рахунок завеликих енергетичних затрат організму хворого.

Мета роботи. Обґрунтувати застосування у схемах патогенетичної терапії у хворих на позагоспітальну пневмонію тримедронату та інгаляцій декасану.

Матеріали та методи дослідження. На базі пульмонологічного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні проведено лікування 20 хворих на позагоспітальну пневмонію (основна група), які поряд із базисним лікуванням (антибіотики, муколітики, дезінтоксикаційна терапія) отримували препарат тримедронат по 1 капс. 3 рази на добу упродовж 10 днів та декасан за наступною схемою: інгаляційно щоденно 5 мл 0,02% розчину кімнатної температури через компресійний небулайзер 1 раз на добу упродовж 7 днів (всього на курс 7 інгаляцій). Побічні реакції не відмічалися.

Результати дослідження. Після проведеного лікування стан хворих основної групи вірогідно покращився. Уведення в комплекс лікувальних заходів при пневмонії тримедронату та інгаляцій декасану дозволило вірогідно швидше усунути прояви задишки (у 18 пацієнтів основної групи), зменшити явища інтоксикації (у 17 хворих), покращити показники неспецифічної резистентності організму, починаючи з 3-го дня застосування патогенетичного обґрунтованого лікування на відміну від пацієнтів контрольної групи у яких клінічна динаміка стабілізувалася на 7–8 день програми стандартної терапії.

Висновок. У цілому, запропонована схема патогенетичної терапії дозволила скоротити терміни перебування пацієнтів на стаціонарному етапі лікування.

ТАКТИКА ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГІПЕРФЕРМЕНТАТИВНОЇ СТАДІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Мостовой Ю.М., Томашкевич Г.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Хронічний панкреатит на сьогодні залишається однією з частих причин смерті та розходження клінічного і патолого-анатомічного діагнозів.

Мета дослідження. Визначити ефективність проведення інтенсивної терапії пацієнтам з больовим синдромом у черевній порожнині.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходились 27 пацієнтів з клінічними ознаками гіперферментативної стадії хронічного панкреатиту. В план обстеження пацієнтів включались методи діагностики відповідно до «Клінічних протоколів». Підвищення рівня амілази крові виявлено у 2 пацієнтів (7,4%), діастази сечі – у 5 пацієнтів (18,5%), у 1 пацієнта (3,7%) визначалось збільшення розмірів головки підшлункової залози при УЗД-обстеженні.

Результати та їх обговорення. Частою причиною інтенсивного болю, що локалізований в епігастральній ділянці, є хронічний панкреатит у гіперферментативній стадії. У більшості випадків інші типові клінічні ознаки сумнівні та не підтверджуються переконливими результатами додаткових методів обстеження. Незважаючи на це, пацієнти не можуть залишатись без медичної допомоги. У разі виключення пептичної виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки та її ускладнень необхідно проводити інтенсивну інфузійну терапію з метою консервативного лікування або як підготовку до оперативного втручання. Об'єм лікування включав: 1) інгібітор протонної помпи пантопразол по 40 мг 2 рази/добу та М-холінолітик гастроцепін по 50 мг 2 р/добу з метою створення функціонального спокою та пригнічення зовнішньої секреції підшлункової залози; 2) міотропний спазмолітик дротаверін по 2 мл 2% р-ну 2 р/добу з метою корекції тонуусу сфінктера Одді; 3) ферментний препарат панкреатин 20 тис. ОД на початку прийому їжі по 1 таблетці для зменшення інтенсивності больового синдрому та 1 капсулі 3 р/день для створення функціонального спокою підшлункової залози; 4) сечогінний препарат фурасемід 40–80 мг в/в після крапельниці з метою зменшення набряку. Препарати вводились окремо на 200 мл фіз. розчину, добова кількість становила 1200–1400 мл.