

Реферат

ЕФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІИ С ПРИМЕНЕНИЕМ « СИМБИТЕРА » ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ДИСБІОЗА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

Фесенко М.Е., Комар В.Н.

Ключевые слова: дисбактериоз, частоболеющие дети, анемии.

Обследовано 40 детей в возрасте до 7 лет с целью оценки эффективности комплексной терапии с применением « Симбитера » для лечения частоболеющих детей с отягощенным преморбидным фоном (анемиями, дисбактериозами), которые проживают в Карловском районе, где повышенено содержание фтора в питьевой воде. Было установлено, что улучшение общего состояния на фоне проведенной терапии отмечалось уже не первой неделе приема препарата (уменьшение болей в животе, исчезновение метиоризма, запоров, нормализация показателей крови). В связи с чем, с целью профилактики затяжного и рецидивирующего течения дисбиотических нарушений у частоболеющих детей с отягощенным преморбидным фоном (анемиями) показано назначение пробиотика «Симбите».

Summary

EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY WITH APPLICATION "SIMBITER" UNDER TREATMENT OF FREQUENTLY-DISEASED CHILDREN WITH DYSBIOSIS DISTURBANCES WHO LIVE IN AREA WITH INCREASED FLOURINE CONTENTS IN POTABLE WATER

Fesenko M.E., Komar V.N.

Key word: dysbacterioses, frequently-diseased children, anemias.

40 children aged up to 7 years have been examined to estimate the efficiency of complex therapy with application "Simbiter" in therapy of frequently-diseased children with burdened premorbidal background (anemias, dysbacterioses) who live in Karlivka district where there is high fluorine contents in potable water.

It has been established that improvement of the general condition on the background of the above mentioned therapy was marked at the first week of this medicine taking (decrease of abdominal pains, meteorism and constipation reducing, normalization of blood parameters). Therefore, to prevent the long-lasting and recurring current dysbiotic disturbances in frequently-diseased children with burdened premorbidal background (anemias) the prescription of "Simbiter" is indicated.

УДК: 616-053.32-008.64-07

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОЗИЦІЇ ОРГАНОПРОТЕКЦІЇ

Шкурупій Д.А.

В результаті патоморфологічного зіставлення різних шкал синдрому поліорганної недостатності (СПОН) у новонароджених була визначена їхня інформативність, окреслені критерії, відсутність яких дозволяють виключити СПОН у даної категорії хворих і критерії, які дозволяють констатувати органні ураження. На основі отриманих даних створена авторська модифікація шкали СПОН у вигляді таблиці критеріїв поліорганної недостатності у новонароджених.

Ключові слова: новонароджений, полі органна недостатність.

В сучасній медицині критичних станів синдром поліорганної недостатності (СПОН) викликає все більше зацікавлення науковців і практичних лікарів. Така тенденція обумовлена, з одного боку, зростанням технічних можливостей відділень інтенсивної терапії, що призводить до тривалого заміщення вітальних функцій пацієнтів у термінальному стані, а з іншого боку – формуванням уявлення про СПОН як про універсальний патогенетичний синдром, дослідження механізмів якого дозволяють шукати шляхи відповідної терапії.

У новонароджених СПОН виникає з доволі високою частотою (блізько 55 %) [1], має переважно первинний характер і значну летальність (до 62%) [2], що пов’язано з внутрішньоутробною дією ушкоджуючих факторів. Відтак, саме у

цієї категорії пацієнтів своєчасна діагностика і подальша корекція органних порушень є надто актуальними.

Наразі патогенетичні механізми розвитку СПОН чітко не з’ясовані. Його розвиток пов’язується з гіпоксією різного генезу, погіршенням органної перфузії, індукцією ендотелій-залежних факторів. Подальші механізми розвитку наводяться в літературі лише як припущення: наявність чи відсутність системної запальної реакції, клітинна загибель шляхом чи-то некрозу, чи-то апоптозу, зміни клітинного геному, порушення процесів мітохондріального окислення [3-6]. Але при патологоанатомічному дослідженні померлих із СПОН чітко реєструється наявність морфологічних змін органів і тканин [7,8].

Актуальні проблеми сучасної медицини

Наявність морфологічного підтвердження ураження органів свідчить про необхідність розробки методик органопротекторної терапії, які спрямовані саме на корекцію органічних ушкоджень. Але при цьому існує певне протиріччя між діагностичними критеріями СПОН і призначенням органопротективної терапії. Проблема полягає в тому, що різні шкали розвитку СПОН не включають оцінку стану деяких органів і систем, і ґрунтуються скоріше на оцінці системних функцій (табл. 1).

Наведені в табл. 1 дані демонструють, що перші дві шкали виключають оцінку стану нервової і гастроентеральної систем, приділяючи більше уваги оцінці стану інших систем життєзабезпечення. В той же час, важко уявити, що нервова і гастроентеральна системи не є „життєво важливими”. Третя шкала СПОН у новонароджених включає оцінку стану метаболічних порушень, критерії якої швидше будуть свідчити

про тяжкість стану хворого та ступінь розвитку СПОН, аніж про ушкодження конкретного органу і системи. Більшість критеріїв наведених шкал оцінюють стан органу чи системи саме за функціональними критеріями. Так, стан системи дихання оцінюється за частотою дихання, потребою у проведенні ШВЛ і кисневою залежністю пацієнта. Ці критерії свідчать про вентиляційну функцію легень і транспорт кисню, який залежить не лише від легеневої вентиляції, а й від стану гемодинаміки, рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів. Разом з тим, не враховуються інші функції легень, наприклад – синтез гепарину. До того ж, обрані функціональні критерії цих оцінчичих шкал різняться, що можна продемонструвати на прикладі оцінки стану сечовидільної системи: всі автори включили критерій рівня креатиніну крові, але у всіх шкалах його рівень різний.

Таблиця 1
Порівняльна характеристика критеріїв СПОН у новонароджених

Система	Автор, рік публікації		
	Morecroft I.A. at al. 1994 р.	Shah P at al. 2004 р.	Суліма О.Г., 2003 р.
Кардіоваскулярна система:	Середній артеріальний тиск (АТ сер) < 40 (у недонощених - < 35); частота серцевих скорочень (ЧСС) <100 чи >180 за хв; інотропна підтримка;	гіпотензія з інотропною підтримкою протягом 24 годин; ішемія міокарду на ЕКГ	АТ сер < 45 (у недонощених - <40); ЧСС <80 і >180 за хв.; порушення серцевого ритму; дофамін від 5 мкг/кг/хв чи адреналін 0,1 мг/кг/хв.
Дихальна система	залежність від штучної вентиляції легень (ШВЛ); частка кисню (Fi O_2) > 0,4 для підтримки $\text{PO}_2 > 50 \text{ мм.рт.ст.}$; частота дихальних рухів (ЧДР) >40 за хв.	ШВЛ з $\text{Fi O}_2 > 0,4$ більш ніж 4 год. після народження	ЧДР <35 і >80 за хв.; $\text{PaO}_2 < 50 \text{ мм.рт.ст.}$; $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ мм.рт.ст.}$; ШВЛ.
Нервова система			Набряк мозку з м'язовою гіпотонією, гіпоксичною комою, розходженням швів черепу, судоми; відсутність фотоприваблення.
Система гемостазу	тромбоцити < $150 \times 10^9/\text{л}$		$\text{Hb} < 150 \text{ г/л}$ (з 4-ї доби - <100); $\text{Ht} < 40\%$ (з 2-го тижня - <30); тромбоцити < $150 \times 10^9/\text{л}$; початок згортання крові більше 5 хв.
Сечовидільна система	діурез < 1 мл/кг/год; сечовина крові > 3,0 ммоль/л креатинін сироватки > 90 ммоль/л; добова прибавка маси тіла > 100 г/добу.	діурез < 1 мл/кг/год більше 24 год + креатинін сироватки > 100 ммоль/л; діурез < 1 мл/кг/год більше 36 год; креатинін сироватки > 125 ммоль/л.	сечовина крові більше 10 ммоль/л; креатинін крові від 177 мкмоль/л
Гастроентеральна система			стаз в шлунку від 1,5 мл/год, відсутність перистальтики і випорожнень; «кавова густина» в шлунку; мелена; шлункова кровотеча.
Гепатобіліарна система	білірубін крові > 103 мкмоль/л	АлАт > 100 IU/l; АсАт > 100 IU/l.	
Система мікроциркуляції	підшкірна склерема		
Метаболічні порушення			pHa 7,1 і менше; BEa -15 ммоль/л і менше; Na плазми < 130 і > 150 ммоль/л; К плазми < 3,0 і > 7,0 ммоль/л; Ca пл. < 1,7 ммоль/л (іонізований - < 0,8); глукоза крові < 3,0 і > 12,0 ммоль/л.

Таблиця 2
Чутливість та специфічність ознак органних уражень у новонароджених

Система	Критерій	Кількість спостережень	Ураження органу чи системи		Наявність СПОН
			чутливість	специфічність	
Кардіоваскулярна система	АТ сер < 40 (у недоношених < 35);	6	0	0,75	0,17
	ЧСС <100 и >180 за хв;	16	0,88	0,38	0,75
	інотропне підтримка;	16	0,25	0,38	0,44
	гіпотензія з інотропною підтримкою протягом 24 год;	6	0	0,75	0,17
	ішемія міокарду на ЕКГ	14	0	1	0
	АТ сер < 45 (у недоношених < 40);	6	0	0,8	0,13
	ЧСС <80 и >180 за хв.;	16	0,75	0,63	0,56
	порушення серцевого ритму;	16	0,13	0,75	0,19
Дихальна система	дофамін від 5 мкг/кг/хв чи адреналін 0,1 мг/кг/хв.	16	0,13	0,63	0,25
	залежність від ШВЛ;	16	0,93	0	0,94
	Fi O ₂ > 0,4 для підтримки PO ₂ >50 мм.рт.ст.;	12	0,13	1	0,1
	ЧДР >40 за хв..	5	0,1	0,5	0,13
	ШВЛ з Fi O ₂ більш ніж 4 год. після народження	15	0,15	0,5	0,13
	ЧДР <35 і >80 за хв.;	15	0	1	0,1
	PaO ₂ <50 мм.рт.ст;	7	1	0	1
	PaCO ₂ > 60 мм.рт.ст;	7	1	0	1
Нервова система	набряк мозку з м'язовою гіпотонією, гіпоксичною комою, розходженням швів черепу	16	0,57	0,5	0,56
	судоми;	16	0	1	0
	відсутність фоточутливості.	16	0,5	0,5	0,5
Система гемостазу	Hb <150 г/л (з 4-ї доби - <100);	15	0,2	0,8	0,2
	Ht <40% (з 2-го тижня - <30);	15	0,3	0,6	0,33
	тромбоцити<150*10 ⁹ /л;	11	0,43	0,75	0,36
	початок згортання крові >5 хв.	10	0,29	1	0,2
Сечовидільна система	діурез < 1 мл/кг/год;	16	0,5	1	0,38
	сечовина крові>3,0 ммоль,л	14	1	0,25	0,92
	креатинін сироватки > 90 мкмоль/л;	13	0,63	0,2	0,69
	добова прибавка маси тіла >100 г/добу.	15	0,2	0,66	0,2
	діурез < 1 мл/кг/год більше 24 год + креатинін сироватки > 100 мкмоль/л;	15	0,18	1	0,13
	діурез < 1 мл/кг/год більше 36 год;	15	0,18	1	0,13
	креатинін сироватки > 125 мкмоль/л;	13	0,44	0,5	0,46
	сечовина крові більше 10 ммоль/л;	14	0,6	0,5	0,57
	креатинін крові від 177 мкмоль/л	13	0,33	1	0,23
	стаз в шлунку від 1,5 мл/год, відсутність перистальтики і випорожнення;	16	0,43	0,66	0,38
Гастроентеральна система	«кавова густіна» в шлунку;	16	0	0	0
	мелена;	16	0	0	0
	шлункова кровотеча.	16	0	0	0
	білірубін крові >103 мкмоль/л	14	0,54	1	0,4
Гепатобіліарна	АлАт > 100 IU/l;	11	0,13	0,66	0,18
	АсАт > 100 IU/l.	11	0,13	0,66	0,18
Система мікроциркуляції	підшкірна склерема	16	0	1	0
Метаболічні порушення	pHa 7,1 і менше;	7	-	-	0,71
	ВЕа -15 ммоль/л і менше;	7	-	-	0,71
	На плазми <130 і >150 ммоль/л;	15	-	-	0,06
	К плазми <3,5 і >7,0 ммоль/л;	15	-	-	0,06
	Са пл. <1,7 ммоль/л (іонізований - <0,8);	14	-	-	0,14
	глюкоза крові <3,0 і >12,0 ммоль/л.	14	-	-	0,29

Зважаючи на вище викладене, доцільно розділяти поліфункціональну і поліорганну недостатність. Першу з них можна розглядати як оцінку тяжкості критичного стану і показання до при-

значення посингромної терапії, другу – як маркер ушкодження органів і призначення цілеспрямованої органопротекторної терапії.

Актуальні проблеми сучасної медицини

З метою визначення маркерів органного ураження у новонароджених був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб і протоколів патологоанатомічних досліджень 16 новонароджених, які померли у відділеннях інтенсивної терапії м. Полтави і м. Кременчука. Результати патоморфологічних досліджень були обрані як золотий стандарт оцінки ушкодження органів і зіставлялись зі шкалами, наведеними в табл. 1.

Оцінювалась чутливість і специфічність кожної з ознак по відношенню до патоморфологічного підтвердження ураження органу. Крім того, оцінювалась чутливість кожної з ознак по відношенню до факту патоморфологічної діагностики СПОН (ушкодження двох і більше органів чи систем). Оскільки у всіх дітей патоморфологічне дослідження виявило зміни в двох і більше органах чи системах, вважалось, що всі діти на момент смерті мали СПОН, а отже, специфічність кожної з ознак по відношенню до розвитку цього синдрому дорівнювала нулю. Результати даних досліджень наведені в табл. 2.

В медичних дослідженнях прийнято спиратися на критерії, показники чутливості і специфічності, яких дорівнюють чи є більшими за 0,5 [9].

Чутливість визначає осіб з позитивним результатом досліджень в популяції з означенням

захворювання [9,10]. Отже, факт відсутності у новонародженого критеріїв з високим ступенем чутливості може бути використаний для констатації відсутності СПОН. В досліджуваних шкалах ряд з критеріїв є майже тотожними, тому в якості діагностичного обирається критерій з більшим показником чутливості (табл. 3).

Таблиця 3
Критерії, відсутність яких дозволяє виключити СПОН у новонародженого

Критерій	Чутливість
ЧСС <100 и >180 за хв	0,75
Залежність від ШВЛ	0,94
PaO ₂ <50 мм.рт.ст	1
PaCO ₂ > 60 мм.рт.ст	1
Набряк мозку з м'язовою гіпотонією, гіпоксичною комою, розходженням швів черепу	0,56
Відсутність фотопреакції	0,5
Сечовина крові >3,0 ммоль/л	0,92
Креатинін сироватки > 90 мкмоль/л	0,69
pHa 7,1 і менше	0,71
BEa -15 ммоль/л і менше	0,71

Специфічність визначає осіб з негативним результатом досліджень в популяції з відсутністю означеного захворювання [9,10]. Отже, критерій з достатньо високою специфічністю дозволяє визначити факт органного ураження у новонародженого (табл. 4).

Таблиця 4
Критерії наявності СПОН у новонародженого

	Специфічність	
Кардіоваскулярна система	AT сер < 40 (у недонощених < 35); гіпотензія з інотропною підтримкою протягом 24 годин;	0,75
	ішемія міокарду на ЕКГ	0,75
	AT сер < 45 (у недонощених < 40); ЧСС <80 и >180 за хв.;	1
	порушення серцевого ритму; дофамін від 5 мкг/кг/хв чи адреналін 0,1 мг/кг/хв.	0,8
		0,63
		0,75
Дихальна система	Fi O ₂ > 0,4 для підтримки PO ₂ >50 мм.рт.ст.;	0,63
	ЧДР >40 за хв.	1
	ШВЛ з Fi O ₂ > 0,4 більше 4 год. після народження	0,5
	ЧДД <35 і >80 за хв.;	0,5
Нервова система	набряк мозку з м'язовою гіпотонією, гіпоксичною комою, розходженням швів черепу	1
	судомі;	0,5
	відсутність фотопреакції.	0,5
Система гемостазу	Hb <150 г/л (з 4-ї доби - <100); Ht <40% (з 2-го тижня - <30); тромбоцити<150*10 ⁹ /л; початок згортання крові >5 хв.	0,8
		0,6
		0,75
		1
Сечовидільна система	діурез < 1 мл/кг/год;	1
	добова прибавка маси тіла >100 г/добу.	0,66
	діурез < 1 мл/кг/год більше 24 год + креатинін сироватки > 100 мкмоль/л;	1
	діурез < 1 мл/кг/год більше 36 год;	1
	креатинін сироватки > 125 мкмоль/л;	0,5
	сечовина крові більше 10 ммоль/л;	0,5
Гастроентеральна система	креатинін крові від 177 мкмоль/л	1
	стаз в шлунку від 1,5 мл/год, відсутність перистальтики і випорожнень;	0,66
Гепатобіліарна система	білірубін крові >103 мкмоль/л	1
	AlAt > 100 IU/l;	0,66
	AcAt > 100 IU/l.	0,66
Система мікроциркуляції	підшкірна склерема	1

ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

Ряд критеріїв СПОН, наведених в табл. 4, частково дублюють чи є тотожними один одному, а частина з них потребує наближення до реальних умов практикуючого лікаря. Тому для практичного використання дані критерії необхідно об'єднати і уточнити. Так, при оцінці кардіоваскулярної системи можна використовувати два критерії оцінки середнього АТ, але найбільш діагностично значимим буде критерій з більшою специфічністю. Потребує уточнення критерії „гіпотензія з інтропною підтримкою протягом 24 годин“. Зважаючи на дані [11], гіпотензією у новонароджених слід вважати АТ менше ніж 66,2/36,3 мм.рт.ст з 1 доби життя, 72,5/40 мм.рт.ст. з 5 доби життя і 78,5/43 мм.рт.ст з 10 доби життя. Призначення інтропної підтримки має бути в такому режимі, щоб нормалізувати гемодинамічні показники. За даними [12] дофамін проявляє інтропну дію з дози 3 мкг/кг/хв. Стосовно критеріїв оцінки дихальної системи необхідно диференційувати критерії кисневої і респіраторної терапії. Так, при ЧДР трохи більше ніж 40 за хв. дитина зазвичай не потребує проведення ШВЛ, проте це свідчить про наявність порушень в системі дихання. Натомість ЧДР менша за 35 чи більша за 80 за хв. як правило є свідченням великої роботи дихання, що вимагає проведення ШВЛ [13]. Обґрунтуванням для призначення кисню в концентрації більш ніж 40% є низький рівень РО₂. Клінічно РО₂ нижчий за 50 мм.рт.ст. проявляється ціанозом [14]. При цьому, таку концентрацію кисню можна створити не лише за допомогою респіратора, а й на спонтанному диханні з використанням маски Вентурі, маски з мішком чи кисневого намету [13]. Критерії оцінки стану сечовидільної системи дозволяють використовувати як оціночний фактор рівень креатиніну крові від 125 мкмоль/л, або цей же показник від рівня 100 мкмоль/л при темпі діурезу менше 1 мл/кг/год. Дані [15] свідчать, що такий темп діурезу уже протягом 2 годин може вважатись олігурією. Зважаючи на вище викладене, для практичного використання критерії оцінки СПОН у новонароджених набувають вигляду, наведеного в табл. 5.

Таким чином, в результаті патоморфологічного зіставлення різних шкал СПОН у новонароджених була визначена їхня інформативність, окреслені критерії, відсутність яких дозволяють виключити СПОН у даної категорії хворих і критерії, які дозволяють констатувати органні ураження. На основі отриманих даних створена авторська модифікація шкали СПОН у вигляді таблиці критеріїв поліорганної недостатності у новонароджених (авторське свідоцтво № 15669 від 15.02.2006 р.).

Таблиця 5
Таблиця критеріїв поліорганної недостатності у новонароджених

Система	Критерій
Кардіоваскулярна система	АТ: < 66,2/36,3 мм.рт.ст з 1 доби життя, <72,5/40 мм.рт.ст. з 5 доби життя, <78,5/43 мм.рт.ст з 10 доби життя ішемія міокарду на ЕКГ АТ сер < 45 (у недоношених < 40); ЧСС <80 и >180 за хв.; порушення серцевого ритму; інтропна підтримка (в т.ч - дофамін від 3 мкг/кг/хв.);
Дихальна система	Fi O ₂ > 0,4 більше ніж 4 год для підтримки РО ₂ > 50 мм.рт.ст. чи усунення ціанозу; ЧДР > 40 за хв. ШВЛ з Fi O ₂ > 0,4 більше 4 год. від народження чи показання до нього (ЧДР <35 і >80 за хв.)
Нервова система	набряк мозку з м'язовою гіпотонією, гіпоксична кома розходженням швів черепу судомі; відсутність фотопреакції.
Система гемостазу	Hb <150 г/л (з 4-ї доби - <100); Ht <40% (з 2-го тижня - <30); тромбоцити<150*10 ⁹ /л; початок згортання крові >5 хв.
Сечовидільна система	діурез < 1 мл/кг/год протягом принаймні 2 год; добова прибавка маси тіла >100 г/добу. креатинін сироватки > 100 мкмоль/л при діурезі < 1 мл/кг/год більше 24 год. креатинін сироватки > 125 мкмоль/л незалежно від темпів діурезу; сечовина крові більше 10 мкмоль/л;
Гастроінтестінальні системи	стаз в шлунку від 1,5 мл/год, відсутність перистальтики і випорожнень; відсутність перистальтики відсутність стулу
Гепатобіліарна система	білірубін крові >103 мкмоль/л АлАт > 100 IU/l; АсАт > 100 IU/l.
Система мікроциркуляції	підшкірна склерема

Література

1. Шкурупій Д.А., Богоутдінов І.А., Рева М.О. Розвиток поліорганної дисфункції у новонароджених // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. - 2004.- № 2.- С. 311.
2. Shah P., Riphagen S., Beyene J., Perlman M. Multiorgan dysfunction in infants with post-asphyxial hypoxic-ischaemic encephalopathy // Archives of Diseases in Childhood Fetal and Neonatal Edition.-2004.-Vol. 89.-P.152-155.
3. Зильбер А.П. Поліорганная недостаточность как новый вид патологии: клиническая физиология, интенсивная терапия, профилактика // Актуальные проблемы медицины критических состояний.-2000.-№7.-С. 71-91;
4. Суліма О.Г. Сучасні аспекти асфіксії новонародженого // Актуальні питання неонатології: клінічні лекції та матеріали 1-ої науково-практичної школи-семінару.- К.: КМА-ПО- 2003.- С. 137-151.
5. Ситнікова В.О. Експресія Fa/Apo-1/CD-95 у плаценті при гіпоксії плода і новонародженого // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.- 2004.- Т.4, Вип. 2.- С. 21-22.
6. Белоусов Е.Д., Никанорова М.Ю., Николаєва Е.А. Наследственные болезни обмена веществ, проявляющиеся в периоде новорожденности // Российский вестник пе-ринатологии и педиатрии.- 2000.-№6.-С. 12-19.

Актуальні проблеми сучасної медицини

7. Цизерлинг В.А. Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции.- СПб: Элби СПб, 2002.-352 с.
8. Шабунина-Басок Н.Р., Медвинский И.Д., Юрченко Л.Н., Зислин Б.Д., Черданцева Г.А., Мазуров А.Д., Мазуров В.Д. Морфологические эквиваленты синдрома системного воспалительного ответа на модели гестоза // Вестник интенсивной терапии.-2001.-№2.- С. 58-61.
9. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины. Пер. с англ.-М.: Медиа Сфера, 1988.-352 с.
10. Власов В.В. Введение в доказательную медицину.- М.: Медиа Сфера, 2001.-392 с.
11. Доскин В.А., Келлер Х., Мураенко Н.М., Тонкова-Ямпольская Р.В. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник.- М.: Медицина, 1997. - 288 с.
12. Рид А.П., Каплан Дж.А. Клинические случаи в анестезиологии: Пер. с англ.- М.: Медицина, 1995 – 352 с.
13. Гребенников, В.В. Лазарев, А.У. Лекманов, В.А. Михельсон, С.М. Степаненко / Под ред. В.А. Михельсона.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.-552 с.
14. Рачинский С.В., Татченко В.К., Артамонов Р.Г. Болезни органов дыхания у детей.-М.: Медицина, 1988.-С.3-4.
15. Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у детей.- М.: Издатель Мокеев, 2001.- 369 с.

Реферат

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОЗИЦИИ ОРГАНОПРОТЕКЦИИ

Шкурупий Д.А.

Ключевые слова: новонародденные, полиорганская недостаточность.

В результате патоморфологического сопоставления разных шкал синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) у новорожденных была определена их информативность, обозначены критерии, отсутствие которых позволяет исключить СПОН у данной категории больных, и критерии, которые позволяют констатировать органные поражения. На основании полученных результатов создана авторская модификация шкалы СПОН в виде таблицы критериев полиорганной недостаточности у новорожденных.

Summary

DIAGNOSTIC CRITERIA OF MULTIPLE ORGAN FAILURE IN NEWBORNS FROM THE POSITION OF ORGAN PROTECTION.

Shkurupiy D.A.

Key words: multiple organ failure syndrome, newborns.

The paper represents the pathomorphological comparison of different scales of multiple organ failure syndrome in newborns. We estimated their self-descriptiveness, outlined both criteria which allow to exclude multiple organ failure syndrome in certain patients and criteria which allow to include organ failures. We have modified the scales of multiple organ failure and represented our findings in the table of multiple organ failure criteria.

УДК 612.017-092.9:615.37

ВПЛИВ ДЕЗЛОРАТАДИНУ НА ПРОЦЕСИ АПОПТОЗУ ЛІМФОЇДНИХ КЛІТИН У ЩУРІВ

Ястремська І.А.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Досліджено вплив селективного блокатора H1-гістамінових рецепторів дезлоратадину на різні стадії апоптозу лімфоїдних клітин (лімфоцитів, тимоцитів, спленоцитів та мононуклеарів периферичної крові) в експерименті. Апоптоз оцінювал методом проточної лазерної цитофлюорометрії із застосуванням анексину V-FITC та пропідіум йодиду, а також морфологічним методом. Дію блокатору HR-1 визначали шляхом перорального введення дезлоратадину щуром в дозах 0,007, 0,07 і 0,7 мг/кг маси тіла з інтервалом 24 години протягом 10 діб. Дезлоратадин викликав дозозалежну інгібіцію процесів апоптозу.

Ключові слова: апоптоз, дезлоратадин, лімфоїдні клітини, рецептори гістаміну, щури.

Вступ

Все більш гостро постає питання розкриття нових підходів до регуляції фізіологічних функцій імунної системи. У підтримці гомеостазу клітин імунної системи особливе значення належить апоптозу. Концепція апоптозу – одне з найбільш фундаментальних та перспективних узагальнень сучасної медикобіологічної науки. Порушення цього феномену призводить до лімфопроліферації та імунонодефіцитів. Апоптоз імуноцитів у

людина є універсальним інструментом регуляції імунної відповіді. Усвідомлення ролі апоптозу та механізмів регуляції даного процесу, які дозволяють певним чином впливати на нього з метою регуляції чи корекції, інтенсифікувало пошук фармакологічних засобів, здатних впливати на апоптоз [1].

На сьогодні важливим і актуальним є вивчення зв'язків між імунними процесами в організмі та їх медіаторним контролем. Як відомо, гістамін

* Данна робота є самостійним фрагментом планової науково-дослідної роботи Центральної науково-дослідної лабораторії ВДНЗУ „УМСА” „Регуляція процесів апоптозу лімфоїдних клітин при розвитку алергічних захворювань”, № держреєстрації 0102U001583, що фінансується МОЗ України.