

осложнений проводилась антибактериальная терапия цефалоспоридами третьего поколения по 2 г в сут, метрогил по 300 мл в сут в/в. Больная получала массивную антигипертензивную терапию — клофелин, эднит, верапамил. Управляемая гипотония проводилась до 3 сут, сернокислая магнезия через инфузомат в течение 5 сут, несмотря на это до 5 сут сохранялась гипертензия. Вводились ингибиторы протеаз: гордокс по 800 тыс. ед. в сут — 4 дня, седативные препараты, обезболивающие, гепатопротекторы, мембранстабилизаторы, нейротропные препараты. Во время лечения больная получала нутритивную поддержку парентеральным и энтеральным методами. Проводилась профилактика пареза кишечника.

По результатам лабораторных исследований нормализация биохимических данных, факторов свертывания, красной крови произошла на 5 сут. По клиническим данным к 7 сут состояние стабилизировано, средней степени тяжести, иктеричность кожных покровов исчезла, сознание ясное, контактна, жалоб не предъявляет. Сохранялась полиурия до 4-5 л мочи в сут. Проконсультирована нефрологом 20.09. Ввиду сохраняющейся ОПН для дальнейшего обследования и лечения больная переведена на 8 сут в ОХГД ККБ №1, где находилась в течение 2 нед. Больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

В заключение необходимо подчеркнуть, что успех интенсивной терапии Hellp-синдрома при тяжелом гестозе во многом зависит от своевременной диагностики, как до родов, так и в послеродовом периоде. Несмотря

на крайнюю тяжесть течения Hellp-синдрома, его присоединение не должно служить оправданием смертельного исхода тяжелого гестоза, а скорее свидетельствует о несвоевременной диагностике и поздней или неадекватной интенсивной терапии. Ведущим в лечении данной патологии является раннее проведение плазмафереза в течение 24-48 ч, что способствует выведению больных из описанного критического состояния.

Л и т е р а т у р а

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 2000. 306 с.
2. Серов В.Н., Заварзина О.О., Дюгеев А.Н. // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1999. №1. С. 81-83.
3. Цахилова С.Г. // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1998. №2. С. 36-39.
4. Зильбер А.П. Клиническая физиология для анестезиолога. М.: Медицина, 1977. 431 с.
5. Зильбер А.П. Интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии. Петрозаводск, 1982. 84 с.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина, 1989. 152 с.
7. Шифман Е.М. // Актуальные проблемы медицины критических состояний. Петрозаводск, 1995. С. 15-19.
8. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Петрозаводск: ИнтелТек, 2002. 432 с.



УДК 616.892 : 678.048

Н.Г. Браш, В.А. Доровских, И.И. Дудин

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОИЗВОДНОГО ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В ПСИХИАТРИИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Янтарная кислота является природным метаболитом, обеспечивающим организм энергией, особенно при интенсивной деятельности, либо при выраженных функциональных расстройствах. Сукцинат способствует усилению центрального звена внутриклеточной энергетики — увеличению окисления янтарной кислоты и активности сукцинат дегидрогеназы, что приводит к усилению энергопродукции дыхательной цепи митохондрий: значительному ускорению образования АТФ и восстановительных эквивалентов, а также стабилизации мембранного потенциала. Янтарная кислота при введе-

нии в организм плохо проникает в нормальные ткани, значительно легче в клетки и ткани, находящиеся в состоянии возбуждения или патологически измененные [1].

«Реамберин» — препарат, созданный на основе янтарной кислоты, это сбалансированный изотонический инфузионный раствор, который содержит натрия сукцинат (диссоциированная соль янтарной кислоты), магния хлорид, калия хлорид, натрия хлорид. Препарат обладает антигипоксическим, антиоксидантным, дезинтоксикационным действием [2-6].

Показатели ПОЛ при F 07.9 и F02.9

Показатели ПОЛ	F07.9	F02.9	Здоровые
Церулоплазмин, мг/100 мл	21,75±6	21,52±5	35,8±3,5
Диеновые конъюгаты, нмоль/мл	44,23±15,42	44,12±9,14	16,7±1,2
Гидроперекиси липидов, нмоль/мл	35,42±9,48	35,15±9,48	15,8±0,7
Малоновый диальдегид, нмоль/мл	7,0±2,0	7,0±2,0	1,58±0,07
Витамин Е, мкг/мл	46,3±7,0	46,3±7,0	52,15±1,5

Целью исследования являлась оценка эффективности применения реамберина у больных с органическим расстройством личности. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить, как изменяются показатели ПОЛ у больных с органическим расстройством личности при стандартном методе лечения.
2. Выявить, как изменяются показатели ПОЛ у больных с органическим расстройством личности при стандартном лечении + реамберин.
3. Выявить патопсихологические изменения у пациентов, страдающих органическим расстройством личности при стандартной схеме лечения.
4. Выявить патопсихологические изменения у пациентов, страдающих органическим расстройством личности при стандартной схеме лечения + реамберин.

Материалы и методы исследования

Исследовались пациенты с органическим расстройством личности, в частности две группы из этой рубрики:

— F 07.98 органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанным заболеванием (травматическая, токсикометаболическая энцефалопатия);

— F 02.8 деменция в связи со смешанными заболеваниями (травматическая, токсикометаболическая энцефалопатия).

Реамберин вводился внутривенно по 400 мл в сут, скорость введения 90 кап./мин, в течение 10 дн.

Было исследовано 60 пациентов.

1. Контрольная группа 1, 15 чел. — пациенты с F 07.98, получающие стандартное лечение (ноотропы, витаминотерапия).

2. Контрольная группа 2, 15 чел. — пациенты с F 02.8, получающие стандартное лечение.

3. Группа «Реамберин 1», 15 чел. — пациенты с F 07.98, получающие стандартное лечение + реамберин.

4. Группа «Реамберин 2», 15 чел. — пациенты с F 02.8, получающие стандартное лечение + реамберин.

Решая поставленные задачи, мы определяли уровень показателей свободнорадикального ПОЛ и АОС в сыворотке крови пациентов до и после лечения, таких как церулоплазмин, диеновые конъюгаты, гидроперекиси липидов, малоновый диальдегид, витамин Е. Забор крови проводился во 2–3 сут поступления в стационар, утром натощак. Для оценки динамики исследуемых показателей повторный забор крови осуществлялся на 10 сут после первого анализа у контрольной группы пациентов и на 10 сут лечения у пациентов, в лечении которых применялся реамберин.

Исходный уровень показателей ПОЛ и АОС у пациентов с органическим расстройством личности и поведением смешанного генеза, а также у пациентов с деменцией имел отличия по сравнению с показателями здоровых.

При статистической обработке полученных результатов мы не выявили достоверных отличий между показателями при F 07.9 и при F 02.8, но обнаружилась значительная разница продуктов ПОЛ при этих расстройствах в сравнении со здоровыми (таблица).

Помимо биохимических показателей оценивался и клинический эффект лечения. В частности, проводилось патопсихологическое обследование пациентов до лечения и через 20 дн. после окончания курса основной терапии + реамберин. Основные сферы, на которые обращалось внимание, — это память и внимание. Внимание исследовалось по методике отыскивания чисел (таблицы Шульта), память — по методу заучивания десяти слов [5]. Пациенты с диагнозом F 07.9 при применении реамберина до лечения тратили на таблицу Шульта в среднем 1, 5 мин, через 20 дн. после курса лечения результат менялся в среднем до 1 мин.

У пациентов с диагнозом F 02.8 при применении реамберина до лечения на одну таблицу уходило в среднем 2,5 мин, через 20 дн. после курса лечения, результат если и изменился, то незначительно, в среднем на 10 с. При оценке памяти по методу заучивания 10 слов пациенты с F 07.9 до лечения воспроизводили в среднем 6 слов из 10 им предложенных, через 20 дн. после окончания курса лечения реамберин — 8 слов из 10. Пациенты с F 02.8 показали следующие результаты — 4 слова из 10 до лечения и через 20 дн. после курса лечения результат практически не менялся, в некоторых случаях улучшался до 5 слов из 10.

Выводы

1. Изменение показателей ПОЛ у больных с органическим расстройством личности при традиционном методе лечения свидетельствует о незначительном снижении активности СПОЛ.

2. Применение реамберина у больных с органическим расстройством личности на фоне традиционной терапии наиболее эффективно снижает выраженность СПОЛ в сравнении с традиционной терапией.

3. Применение реамберина на фоне традиционной терапии у больных с F 07.9 вызывает достоверное улучшение памяти и внимания.

4. Применение реамберина на фоне традиционной терапии у больных с F 02.8 не вызывает достоверного улучшения памяти и внимания.

Л и т е р а т у р а

1. Ивницкий Ю.Ю. // Янтарная кислота в системе метаболической коррекции функционального состояния и резистентности организма. СПб., 1998 г.
2. Лавлинский А.Д. // Реамберин (Клинические исследования 1999–2005 г.). СПб., 2005.
3. Пивень Б.Н. // Экзогенно-органические заболевания головного мозга. М., 1998.
4. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Коваленко А.Л. // Реамберин 1,5% для инфузий — применение в клинической практике: Рук-во для врачей. СПб., 2000.
5. Рубинштейн С.Я. // Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1999.
6. Хазанов В.А. // Фармакология и фармакоэкономика нового класса препаратов — регуляторов энергетического обмена. Томск, 2003.
7. Хомяк Н.В. // Реамберин: реальность и перспективы: Сб. науч. ст. СПб., 2002.