

нормализовалась. Проведенные исследования выявили определенную зависимость энзимных показателей от характера течения заболевания, клинико-анатомических форм и наличия или отсутствия РФ. В то же время в анализируемой группе были больные с различной активностью процесса, которая могла оказать существенное влияние на энзимную активность крови. В ходе исследования выяснилось что, для каждой степени активности ревматоидного процесса свойственен определенный энзимный профиль крови, на основании которого в комплексе с клиническими данными представляется возможность четко установить степень активности патологического процесса. Наиболее информативными в отражении минимальной активности ревматоидного процесса оказались показатели АДА в лизатах эритроцитов, активностью которой у всех больных превышала верхние границы референтных величин здоровых людей. Выявлена определенная закономерность: чем выше степень активности ревматоидного процесса, тем в плазме ниже активность АДА, АМФДА и выше АД, в эритроцитах ниже активность АДА, выше АД и АМФДА, в лимфоцитах ниже активность АДА, АД и выше АМФДА.

Определились существенные энзимные различия между клинико-анатомическими формами РА, вариантами течения, серопозитивной и серонегативной формами, ФК суставов и между некоторыми стадиями поражения суставов, что доказывает значимость влияния клинических особенностей заболевания на энзимный профиль крови и при одной и той же степени активности ревматоидного процесса. Достаточно четко прослеживалась и определенная закономерность: чем тяжелее клинические проявления заболевания (наличие висцеритов, БПТ, серопозитивность, высокие ФК и стадии поражения суставов), тем в плазме, эритроцитах и лимфоцитах ниже активность АДА, выше АМФДА, а активность АД выше в плазме и эритроцитах, но ниже в лимфоцитах.

Для того чтобы выяснить, что же в большей степени влияет на энзимные показатели: активность процесса или другие клинические особенности, нами были проведены сравнительные исследования энзимной активности крови при одном клиническом факторе, но разной активности процесса. Результаты исследования свидетельствовали, что как при системных поражениях, так и при суставной форме, БПТ и МПТ, стадиях поражения суставов, энзимные изменения были достоверно более выраженные у больных РА с более высокой активностью процесса.

То есть, несмотря на значительное влияние клинических особенностей заболевания на энзимный профиль крови, воздействие активности патологического процесса на энзимные показатели более выраженное, и наличие клинических особенностей не «маскирует» активность процесса и не дезориентирует врача в уточнении степени активности ревматоидного процесса.

Исходя из схемы метаболизма пуринов, учитывая низкую активность АДА, АД и повышение АМФДА в лимфоцитах, логично предположить наличие дефицита аденозина в лимфоцитах при РА. Низкие концентрации аденозина в лимфоцитах оказывают цитотоксическое действие на клетки, тормозя их созревание,

пролиферацию за счет блокирования Т-клеток в G-фазе, а В-лимфоцитов в S-фазе клеточного цикла, подавляя супрессорную функцию лимфоцитов. Подобный феномен и может являться одной из основных причин иммунных нарушений при РА и составить один из патогенетических механизмов РА. Исходя из этого, коррекция нарушений пуринового метаболизма может оказаться достаточно перспективным направлением в лечении больных РА.

Заключение. Исследования активности АДА, АМФДА и АД в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови больных РА в комплексе с клиническими данными способствуют выявлению и уточнению степени активности ревматоидного процесса, клинико-анатомической формы, характера течения, фазы клинической ремиссии, роли энзимов пуринового метаболизма в патогенезе ревматоидного артрита, назначению своевременной адекватной терапии и объективизации оценки ее эффективности.

011. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У БОЛЬНЫХ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Федоров М.Е., Тамойкин А.В.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, Россия.

Выбор метода анестезии при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы является важным и ответственным решением. Общее обезболивание воздействуя на сердечно-сосудистую, дыхательную и нейроэндокринную систему организма, что приводит к изменениям гомеостаза, являясь самостоятельным компонентом операционного стресса. Показанием к эндотрахеальному наркозу являются длительные сложные реконструктивные операций. Но, во-первых, после эндотрахеального наркоза обязательно ведение послеоперационного периода в отделении реанимации и интенсивной терапии, а во-вторых, для хирургии гнойных заболеваний нижних конечностей не обязательны искусственная вентиляция легких и тотальная мышечная релаксация. Необходимым условием внутривенной анестезии является тщательный индивидуальный подбор доз препаратов с учетом мониторинга жизненно важных функций организма. Как правило, требуются меньшие дозы анестетиков, однако эпизоды гипотонии и апноэ, даже на фоне сниженных доз препаратов, встречаются чаще. Для спинномозговой и эпидуральной анестезии характерны критические сдвиги гемодинамики (гипотензия и брадикардия), потому что компенсаторные механизмы, направленные на поддержание адекватного сердечного выброса и артериального давления, запаздывают или не наступают из-за вегетативной нейропатии. Для данной категории больных оптимальным методом анестезии при ампутации нижней конечности на границе верхней трети голени является проводниковая анестезия (блокада седалищного и бедренного нервов).

Цель исследования: Совершенствование методов регионарной анестезии при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы на границе верхней трети голени.

Материалы и методы исследования: С 2008 по 2010 гг. у 44 больных с сахарным диабетом (синдром диабетической стопы) проведено обезболивание данным видом анестезии. В возрасте от 68 до 82 лет; мужчин – 32, женщин – 12.

Результаты: Для анестезиологического пособия при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы на границе верхней трети голени нами был предложен метод проводниковой блокады седалищного и бедренного нервов из одного вкола (а.с. № 2385743 от 10.04.10.г.). Поиск нервных стволов по парестезиям у больных с сахарным диабетом трудно выполним из-за периферической диабетической полинейропатии. Оптимальный топический поиск нерва у этих пациентов осуществляется одноразовыми специальными наборами для регионарных анестезий с применением электростимулятора.

Метод электростимуляции для идентификации периферического нерва позволяет определять положение иглы по отношению к нерву по объективным признакам, без участия пациента, что снижает частоту неврологических осложнений, повышает эффективность блокад. Техника проводниковой блокады седалищного и бедренного нервов заключается в следующем. Положение больного на спине. Все блокады выполняются с соблюдением правил асептики и антисептики: место вкола иглы трижды обрабатывают спиртом, после чего обкладывают стерильным бельем и область пункции повторно обрабатывают спиртом, остатки спирта удаляются. Все манипуляции анестезиолог осуществляет в стерильных перчатках и одноразовым инструментарием.

Для определения места вкола производят следующие геометрические построения. Переднюю ость и лонный бугорок соединяют линией, которую делят на три части. На границе между внутренней и средней третью восстанавливают перпендикуляр со стороны бедра. Пальпируют большой вертел и из него проводят линию параллельную паховой связке. Точку вкола избирают отступая на 3 см дистальнее по оси конечности от места пересечения перпендикуляра с упомянутой линией. Тонкую иглу (22 G, длина 120-150 мм) направляют несколько латеральнее до контакта с бедренной костью. Затем иглу подтягивают, направляют медиальнее бедренной кости и вводят на 5 см глубже. Верификация положения иглы относительно седалищного нерва осуществляется при помощи электростимулятора. После определения положения кончика иглы относительно нервного ствола вводят раствор местного анестетика. Затем иглу подтягивают вверх, до глубины 1,5-2 см от поверхности кожи и направляют латеральнее на 10-15°. После верификации положения иглы относительно бедренного нерва при помощи электростимулятора вводится раствор местного анестетика. Блокада седалищного и бедренного нервов осуществляют введением лидокаина 1% — 20мл, 0,25% раствор — бупивакаина гидрохлорида или 0,375% рапиона (150 мг). Преимущества предлагаемого нами

способа обезболивания, по сравнению с традиционно используемыми в клинике, заключаются в следующем: более щадящие условия для больного; не требуется специальная укладка больного, зачастую болезненная; удобство проведения манипуляции для персонала; блокада выполняется из одного вкола.

Заключение: Данный вид анестезиологического пособия наиболее применим при операциях у больных с синдромом диабетической стопы, так как при данном виде обезболивания больному не надо поворачиваться на бок и эта манипуляция позволяет из одного вкола заблокировать сразу два нерва (седалищный и бедренный). В послеоперационном периоде пациенты могут сразу начинать прием пищи и жидкости, что обеспечивает минимальное изменение глюкозы крови и позволяет продолжить плановую схему инсулинотерапии. Регионарная анестезия обеспечивает пролонгацию обезболивания и раннюю активизацию больных, что у данной категории больных очень актуально.

012. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Федоров М.Е., Яшкина Л.В.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, Россия.

У больных с синдромом диабетической стопы течение декомпенсированного сахарного диабета осложняется соматическими заболеваниями, среди которых ведущая роль принадлежит ИБС, стенокардии, гипертонической болезни, почечной недостаточности, жировой дистрофии печени. При госпитализации тяжелое общее состояние пациентов обусловлено некорригированной глюкозой сыворотки крови, нарушением кислотно-щелочного баланса, анемией и диспротеинемией, гипо- или гиперкоагуляцией, нарушением гомеостаза, интоксикацией, токсическими поражениями, ишемическими болями в конечности. Эти нарушения создают круг взаимногоотяжения в течение основного и ассоциированных заболеваний. Планируемые наркоз и оперативное вмешательство также повышают риск развития кардиореспираторных нарушений (в первую очередь). Поэтому, при показаниях к ампутации, существует настоятельная необходимость проводить активную предоперационную подготовку в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) совместными усилиями реаниматолога, терапевта, психолога, реабилитолога.

Цель исследования: оптимизировать предоперационную подготовку с целью безопасного проведения анестезии и оперативного вмешательства с последующим неосложненным послеоперационным периодом.

Материалы и методы исследования: На основании анализа данных, полученных в ходе предоперационного обследования у 110 больных с сахарным диабетом, объема планируемой операции, должен быть решен вопрос о показаниях, сроках, объеме, качественном составе инфузионно-корректирующей терапии. Основные ее задачи — это коррекция водно-электролитных наруше-