

этого использовали оксibuтират натрия, даларгин, Ь-токоферол и ЭЛОК. Для оценки альтерирующего влияния операционного стресса были изучены продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ): диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА), а также антиоксидантная активность (АОА), концентрация молочной (МК) и пировиноградной (ПВК) кислот, содержание токоферола, гормона стресса кортизола, показатели неспецифической резистентности (фагоцитоз, активность лизоцима, бактерицидность сыворотки крови) и специфического иммунитета (содержание Т и В-лимфоцитов и иммуноглобулинов) на различных этапах исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В контрольной группе в травматичный этап операции, после нее и в 1, 3, 5 – 7-е сутки послеоперационного периода отмечалась тенденция к дальнейшему повышению уровня продуктов ПОЛ, содержания МК и ПВК, кортизола, сохранялись низкие АОА, содержание токоферола и показатели иммунитета. Перед выпиской больных из стационара на 10 – 12-е сутки содержание продуктов ПОЛ, МК и ПВК, кортизола, АОА и показатели иммунитета практически не отличались от данных, полученных до операции, наблюдался дефицит Ь-токоферола. В основной группе больных в травматичный этап хирургического лечения, после операции и наркоза и в 1 и 3-е сутки послеоперационного периода изучаемые показатели практически не отличались от исходных величин. На 5 – 7-е сутки отмечалось дальнейшее снижение уровня ПОЛ, МК, ПВК, кортизола, повышение АОА,  $\alpha$ -токоферола и показателей иммунитета. На 10 – 12-е сутки у этой группы больных наблюдалось дальнейшее снижение ПОЛ, концентрации МК и ПВК, кортизола, повышение АОА, токоферола и показателей иммунитета.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследований показали, что применяемые аналоги и метаболиты стресс-лимитирующих систем в сочетании с ЭЛОК в схеме анестезиологического пособия предупреждают и ограничивают развитие стресса в периоперационном периоде.

**С.П. Нечипоренко, Е.Ю. Бонитенко**

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНКУРЕНТНЫХ МИОРЕЛАКСАНТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ИНСЕКТИЦИДАМИ (ФОИ)

*ФГУН «Институт токсикологии» Федерального медико-биологического  
агентства России (Санкт-Петербург)*

Одним из характерных проявлений тяжелых отравлений ФОИ является токсическая нейромиопатия (НМП), а наиболее значимыми нервно-мышечными расстройствами – поздний парез или паралич дыхательной мускулатуры (ПДМ), характеризующийся поздним развитием (с конца 1-ых суток) и длительностью (от нескольких суток до 1,5 – 2 месяцев). Целью исследования явилось изучение целесообразности использования антидеполяризующих миорелаксантов в качестве средств лечения токсической нейро-миопатии при тяжелых отравлениях карбофосом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы результаты обследования и лечения 45 больных в возрасте от 21 до 68 лет, находившихся на лечении по поводу острых отравлений карбофосом тяжелой и крайне тяжелой степени. При поступлении пациенты были разделены на две группы: первая – группа сравнения (20) – получала стандартную терапию, во второй (25) – кроме стандартной терапии проводили инфузию антидеполяризующего миорелаксанта ардуана (в дозах 0,01 – 0,015 мг/кг, не вызывающих остановки дыхания). Показанием к его применению служили распространенные спонтанные и провоцированные миофибрилляции при тяжелых формах отравлений. Регистрировали динамику клинических показателей, а также наличие у больных ПДМ, длительность ИВЛ при ПДМ, прирост показателей кистевой динамометрии, активность холинэстеразы (ХЭ) плазмы крови, основные биохимические показатели, средний койко-день выздоровевших, курсовые дозы антидотов, количество летальных исходов. Диагноз отравления верифицировали химико-токсикологическим исследованием биосред. Статистическая обработка данных проводилась по Т-критерию Стьюдента. Результаты и их обсуждение

В группе, получавшей ардуан, наблюдалось достоверное снижение количества летальных исходов, койко-дня выздоровевших ( $p < 0,05$ ), прирост показателей кистевой динамометрии ( $p < 0,01$ ), также прослеживалась тенденция к снижению частоты и длительности ПДМ, более редкому возникновению и благоприятному течению пневмоний, менее значительному повышению сывороточной активности креатинфосфатазы. Эти различия, хотя статистически и недостоверны, однако свидетельствуют ско-

рее о необходимости увеличения выборки, чем об отсутствии влияния на них терапии с использованием препаратов типа ардуана. Лечение ардуаном не влияло существенно на активность ХЭ плазмы и основные биохимические показатели крови. Смягчение проявлений НМП под влиянием конкурентных миорелаксантов свидетельствует о том, что нервно-мышечные расстройства, вызываемые ФОИ, связаны с их холиномиметическим эффектом — развитием стойкого деполяризационного блока, длительное существование которого приводит к значительному (вплоть до некроза) повреждению нервно-мышечной пластинки. Перспективы изучения проблемы связаны с дальнейшим накоплением фактического материала, отработкой оптимальных дозировок и схем применения этих препаратов.

**Н.А. Низовка, Л.А. Суранова, Н.Н. Страмбовская**

## **КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)*

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Нарушения высших психических функций оказывают существенное влияние на ход восстановительного процесса и могут являться серьезным препятствием в реабилитации лиц, перенесших мозговой инсульт. Когнитивный и познавательный дефицит осложняет также личную, семейную жизнь пациента и адаптацию его к окружающей среде после выписки из стационара, препятствует восстановлению профессиональных навыков. Проблема дисфункции высших психических сфер у больных с острым нарушением мозгового кровообращения ещё недостаточно изучена, но является одной из ведущих в плане последующих реабилитационных мероприятий, а также определения прогноза восстановления нейропсихических нарушений и отдаленных последствий (Думалин И.В., 2002)

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Целью работы явилась оценка уровня когнитивных расстройств у больных ОНМК в остром периоде в зависимости от пола, объёма очага поражения. Из исследования были исключены пациенты с нарушением сознания и речевыми расстройствами.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Под наблюдением находились 23 пациента: 9 мужчин (39,1 %) и 14 женщин (60,9 %), средний возраст которых составил  $63,2 \pm 12,5$  (42 – 84 года), находившихся в неврологическом отделении БСМП в период с ноября 2007 г. по март 2008 г. с диагнозом: ОНМК. Для определения состояния сознания была использована шкала Глазго. Степень выраженности когнитивных нарушений оценивалась на 10-е и 21-е сутки от начала заболевания. Для этой цели были использованы следующие тесты: «Информация, память, концентрация внимания» (Blessed G., 1968; Wade D., 2000), тест рисования часов (Watson Y.L., 1993; Suhr J.A., 1999), скрининг-тест неврологического института Барроу для оценки высших корковых функций (Denvall V., 2002).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

При оценке сознания (шкала Глазго) у пациентов в день поступления и на 10-е сутки отмечался минимальный его дефицит, в интерпретации «сознание ясное», и составлял в баллах  $14,8 \pm 0,13$  в 1-й день и  $14,9 \pm 0,04$  балла — на 10-й день болезни. При оценке когнитивных расстройств с помощью теста «Информация, память, концентрация внимания» на 10-й день болезни в общей группе выявлено снижение исследуемых функций ( $21,1 \pm 2,1$  балл) с восстановлением к концу острого периода ( $29,8 \pm 1,7$  балла) (N). В разнополых группах выявлено уменьшение когнитивного дефицита у мужчин на 10-й ( $23,7 \pm 2,6$  балл) и на 21-й день болезни ( $27,1 \pm 2,06$  балла) в сравнении с женщинами: ( $29,4 \pm 1,54$  балла на 10-й день и  $31,6 \pm 1,4$  балла на 21-й день). Отмечено, что при тестировании пациентов с объёмом очага менее  $20 \text{ см}^3$  отмечались более выраженные когнитивные нарушения (10-й день заболевания —  $25,3 \pm 2,7$  балла, 21-й день —  $27,9 \pm 2,1$  балла), чем у больных с объёмом очага более  $20 \text{ см}^3$  ( $28,5 \pm 1,5$  балла на 10-й день и  $31,3 \pm 1,3$  балла на 21-й день).

Результат теста рисования часов (обнаруживает зрительно-пространственные нарушения, что указывает на поражение базальных ганглиев, участвующих в формировании пространственных представлений) на 10-й день болезни в общей группе составил  $3,8 \pm 0,56$  балла, на 21-й день —  $3,1 \pm 0,54$  балла, у мужчин в динамике: на 10 день —  $4,9 \pm 0,5$  балла, на 21-й день —  $4,4 \pm 0,54$  балла, у женщин —  $3,0 \pm 0,56$  балла и  $2,2 \pm 0,46$  соответственно ( $p \leq 0,05$ ). При проведении данного теста в подгруппе с объёмом