

Четко наблюдается, что на конечном результате лечения существенное значение имеет рациональное оказание первой помощи и последующая инфузионная терапия с использованием обезболивающих, спазмолитиков, антикоагулянтов, фибринолитиков, проведением проводниковых блокад.

При поражениях II – III степени, которые устанавливаются в раннем реактивном периоде, напряженные пузыри пунктируются толстой иглой у основания и обрабатываются раствором фурацилина, йодопирона. Если пузыри не напряженные, поверхность обрабатывается спиртом и накладывается повязка с раствором, состоящим из 30 мл димексида с добавлением 30 мл 2% новокаина, 10000 ед. гепарина и 30 мл глицерина. За счет димексида новокаин и гепарин проникают в ткани, а глицерин не даст быстро высохнуть повязке.

В позднем реактивном периоде необходимо ультрафиолетовое облучение и повязки с растворами 30% димексида и раствора 0,5 – 1% нитрата серебра или 1% йода, повязки с диоксидином.

Проводится ранняя некротомия, когда по всем показателям будет травма IV степени, и поражение распространяется проксимальнее головок пястных и плюсневых костей. Эта некротомия позволяет уменьшить интоксикацию и быстрее перевести влажный некроз в сухой.

Читинский ожоговый центр работает с применением высокотехнологичных методов и принципов лечения холодовой травмы. Успешно внедрены разработанные профессором В.А. Сизоненко способы реабилитации больных с последствиями отморожений. При нарушении функции конечностей проводятся реконструктивно-восстановительные операции: фалангизация пальцев, остеотомия с последующим удлинением кости, устранение контрактур, пластика полнослойным кожным лоскутом, формирование клешни Крукенберга.

Своевременное и адекватное оказание пострадавшим с холодовой травмой квалифицированной медицинской помощи приводит к уменьшению тяжести травмы, сроков лечения и процента инвалидизации.

**Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, А.С. Воробьев, С.В. Козьмин**

## **МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

**ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (Иркутск)  
МУЗ «Клиническая больница № 1» (Иркутск)**

Острая кишечная непроходимость (ОКН) на протяжении многих лет остается одной из самых актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии.

**Цель исследования:** разработка нового варианта общей анестезии, направленного на достижение всех необходимых ее компонентов на центральном, сегментарном и периферическом уровне.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Проспективное рандомизированное контролируемое исследование проведено с января 2003 г. по декабрь 2006 г. у 60 больных с острой кишечной непроходимостью. Критерии включения: верифицированный диагноз острой кишечной непроходимости, возраст – 38 – 90 лет, определение концентрации кортизола, пролактина, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), антиоксидантной активности (АОА), отсутствие у больного инкурабельного сопутствующего заболевания. Критерии исключения: гипотензия, непереносимость местных анестетиков. В зависимости от способа проводимого анестезиологического пособия больные с ОКН были распределены на 2 группы. Группу клинического сравнения 1 составили 30 (50 %) больных, которым проводилась многокомпонентная МНЛА (МНЛА). Группа клинического наблюдения состояла из 30 (50 %) пациентов, оперированных в условиях МНЛА в сочетании с эпидуральной анестезией (МНЛА + ЭА). Методика анестезии: больные всех групп получали стандартную премедикацию. У больных группы клинического сравнения 1 при проведении МНЛА общая доза фентанила составила  $4,5 \pm 0,6$  мкг/кг\*ч., дроперидола –  $0,12 \pm 0,02$  мкг/кг\*ч., ГОМКа –  $65,0 \pm 12,0$  мг/кг, дипривана –  $4,3 \pm 0,6$  мг/кг\*ч., кетамина –  $5,7 \pm 1,2$  мг/кг, ардуана –  $0,04 \pm 0,003$  мкг/кг\*ч. У больных группы клинического наблюдения (МНЛА + ЭА) общая доза фентанила составила  $2,1 \pm 0,01$  мкг/кг\*ч., дроперидола –  $0,09 \pm 0,001$  мкг/кг\*ч, ГОМКа –  $44,0 \pm 8,4$  мг/кг, дипривана –  $2,9 \pm 0,9$  мг/кг\*ч., кетамина –  $4,7 \pm 1,2$  мг/кг, ардуана –  $0,02 \pm 0,004$  мкг/кг\*ч, наропина (10 мг/мл) –  $1,4 \pm 0,9$  мг/кг.

Изучали показатели гемодинамики, концентрацию кортизола, пролактина, продуктов ПОЛ, АОА за 40 мин. до операции, в травматичный период операции, после окончания операции и наркоза, через 24 часа после операции. У больных группы клинического сравнения 1 послеоперационное обезболивание проводили наркотическими анальгетиками в общепринятых дозах. В группе клинического наблю-

дения послеоперационное обезбоживание осуществляли введением нарпина инфузионно в перидуральное пространство (2 мг/мл) 50 мг/час в сочетании с 0,1 мг фентанила. Значимость различий количественных показателей между группами и этапами исследования определяли по критерию Крускала-Уоллиса, различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наши исследования показали, что при сравнительном анализе МНЛА + ЭА и МНЛА у пациентов второй группы в травматичный этап операции отмечается значимое снижение АДс на 18,8 % ( $p < 0,001$ ), АДд – на 15,8 % ( $p < 0,001$ ), частоты сердечных сокращений – на 5,3 % ( $p = 0,002$ ), АДср – на 18,9 % ( $p < 0,001$ ), УО увеличился на 12,5 % ( $p < 0,001$ ), МОК – на 6,0 % ( $p < 0,001$ ), СИ – на 9,5 % ( $p = 0,009$ ), ОПСС снизилось на 21,4 % ( $p < 0,001$ ).

После операции и наркоза показатели гемодинамики были в пределах нормальных значений. Отмечалось дальнейшее значимое повышение УО на 21,8 % ( $p < 0,001$ ), МОК – на 10,6 % ( $p = 0,003$ ), СИ – на 10,7 % ( $p = 0,030$ ), ОПСС значимо снизилось на 19,2 % ( $p < 0,001$ ).

В раннем послеоперационном периоде через 24 часа систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений были в пределах нормальных значений. УО повысился на 24,1 % ( $p < 0,001$ ), МОК – на 22,3 % ( $p = 0,003$ ), СИ – на 29,8 % ( $p = 0,011$ ), ОПСС снизилось на 24,5 % ( $p < 0,001$ ).

В травматичный этап операции при проведении МНЛА + ЭА, по сравнению с МНЛА, отмечалось значимое снижение концентрации кортизола на 8,8 % ( $p = 0,015$ ), пролактина – на 63,5 % ( $p < 0,001$ ), после операции и окончания наркоза уровень кортизола и пролактина снизился соответственно на 33,0 % ( $p < 0,001$ ) и на 63,1 % ( $p < 0,001$ ). Через 24 часа после операции концентрация кортизола снизилась на 45,5 % ( $p_1 < 0,001$ ), пролактина – на 63,5 % ( $p_1 < 0,001$ ).

При проведении МНЛА + ЭА, по сравнению с МНЛА, в травматичный этап операции содержание ДК значимо снизилось на 38,9 % ( $p < 0,001$ ), МДА на 26,8 % ( $p = 0,014$ ), АОА повысилась на 35,5 % ( $p < 0,001$ ), после операции происходило дальнейшее снижение ДК на 41,5 % ( $p < 0,001$ ), МДА – на 25,6 % ( $p < 0,001$ ), АОА повысилась на 32,1 % ( $p < 0,001$ ). Через 24 часа содержание ДК снизилось на 45,6 % ( $p < 0,001$ ), МДА – на 29,3 % ( $p < 0,001$ ), АОА повысилась на 23,5 % ( $p < 0,001$ ).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наиболее эффективным способом анестезиологической защиты является многокомпонентная НЛА в сочетании с эпидуральной анестезией, которая осуществляет эффективную блокаду ноцицептивной импульсации, нейровегетативную защиту и тем самым повышает качество и эффективность лечения больных с ОКН.

**Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, Е.С. Нетёсин, Е.О. Диогенова, А.А. Александров**

#### ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**ГОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет» (Иркутск)  
МУЗ «Клиническая больница № 1» (Иркутск)**

Больные острым панкреатитом составляют ежегодно 5–10 % от общего числа пациентов хирургического профиля и занимают 3-е место после больных с аппендицитом и холециститом. Высокая летальность, связанная с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся высокой частотой развития панкреатогенного шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойно-некротическими осложнениями, а также рост числа больных свидетельствуют об актуальности проблемы.

**Цель исследования:** определить эффективность психофармакологических препаратов в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом алкогольной этиологии, сопровождающегося панкреатогенным перитонитом.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 82 больных с деструктивным панкреатитом алкогольной этиологии. Пациенты первой группы получали стандартную комплексную терапию, у больных второй группы дополнительно использовались препараты, снижающие энергетические потребности мозга, антигипоксанты (актовегин 1 г/сут., цитофлавин по 20 мл 2 раза в сутки), антиоксиданты и стресс-протекторы (вит. С 60 мг/сут., вит. Е 30 мг/кг в/м, далаггин 2,8 мкг/кг), стабилизаторы кле-