

ные процессы репрессированы: снижен уровень содержания продуктов перекисного окисления липидов – малонового диальдегида, нарушена работа каскада антиокислительных ферментов, повышена способность мембран ткани опухоли к окислению за счет неравномерного снижения уровня витаминов А и Е. В перифокальной зоне опухоли вне зависимости от варианта роста повышена активность супероксиддисмутазы, снижен уровень витаминов А и Е, повышен уровень общих сульфгидрильных групп. В перифокальной зоне синхронной опухоли снижено содержание малонового диальдегида.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА, СВЕРТЫВАЮЩАЯ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.И. Франк, Е.М. Франк

Тюменский ООД

Связь онкологического процесса и повышенного коагуляционного потенциала крови обнаружена давно, стоит остро и пополняется непрерывно новыми данными, превращая факт возникновения тромбоза опасный для жизни в послеоперационном периоде в проблему снижения выживаемости онкологического больного.

От первой связи новообразования с тромбозом, обнаруженное А. Труссо в 1861 году, до настоящего времени эта взаимосвязь не ставилась под сомнение, а только подкреплялась новыми данными.

Факт роста коагуляционного потенциала крови, проявляющийся в послеоперационном периоде тромбозом глубоких вен голени при онкопатологии в 60-70%, подтвержден на протяжении лет всеми исследованиями, углублен работами по необходимости проведения антитромботической терапии для профилактики тромбозов и тромбозэмболий

Факту повышенного коагуляционного потенциала крови у онкологического больного придается всё большее значение и в последние годы исследования в этой области вылились в обнаружение того, что повышение свертывающей системы крови влияет на течение самого злокачественного процесса. В 2004 году представлены данные первого рандомизированного, двойного-слепого, плацебо-контролируемого исследования, проведенного Kakkar et al. Результаты исследования были сенсационными - выяв-

лено увеличение показателя выживаемости у больных получавших препарат гепарина-далтепарин. В это исследование было включено 385 больных с далеко зашедшими стадиями (III-IV) злокачественного новообразования, которые были разделены на 2 группы:

В первой группе пациенты получали далтепарин в виде подкожных инъекций 1 раз в сутки в дозе 5000 МЕ. Во второй группе - плацебо. В результате исследования показатели выживаемости, оценка которых проводилась по методу Каплана-Мейера, через 1, 2 и 3 года после начала исследования составляли соответственно 46, 27 и 21% в первой группе, и 41, 18 и 12% во второй группе.

Также была проведена оценка группы пациентов с более благоприятным прогнозом, которые прожили 17 месяцев с момента рандомизации. В эту группу входило 55 больных, получавших далтепарин, и 47 больных, получавших плацебо. Было отмечено достоверное преобладание показателя выживаемости среди больных, получавших далтепарин, при этом показатели выживаемости через 2 и 3 года с момента рандомизации составили соответственно 78 и 60% в группе, получавшей далтепарин, и 55 и 36% среди больных, получавших плацебо.

Исследователи сделали вывод, что применение далтепарина не оказало достоверного влияния на показатели выживаемости в течение 1 года у пациентов с далеко зашедшими стадиями рака, однако, далтепарин оказал существенное влияние на 2-х и 3-х летнюю выживаемость.

Таким образом, видна необходимость снижения коагуляционного потенциала крови для увеличения выживаемости больных со злокачественными новообразованиями.

Злокачественный процесс создает условия повышающие свертываемость крови, в борьбе с этим процессом, в настоящее время основным методом является повышение противосвёртывающей системы. Исходя из знаний физиологии гемостаза основным компонентом противосвёртывающей системы, которым практически можно усилить антикоагулянтные свойства крови являются - антитромбин 3 (АТ3).

Известно, что у онкологических больных его концентрация в крови снижена. Возможно, нарушение функции печени также влияет на концентрацию АТ3 в плазме крови. Снижение сократительной способности сердца, снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) вызывает снижение сердечного выброса. При этом для обеспечения нормальной работы жизненно-важных органов (головного мозга, сердца) происходит спазм артерий органов спланхнотической зоны: печени, желудочно-кишечного трак-

та. В результате снижается перфузия указанных органов а отсюда и снижение доставки к ним кислорода, питательных веществ, возникает гипоксия печени, и возможно нарушение выработки АТЗ. Для проверки этого положения нами определялся АТЗ до операции и в послеоперационном периоде, одновременно определялись показатели центральной гемодинамики.

Исследовано 34 пациента с злокачественными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, все больные с 2-3 стадией заболевания. 22 больных (65%) имели сниженное содержание АТЗ, 18 из них имели сниженный сердечный индекс. 12 человек имели нормальное содержание АТЗ, из них у 7 больных определялся нормальный сердечный индекс.

Эти данные позволяют говорить о связи АТЗ (противосвертывающей системы) с минутным сердечным выбросом, сердечным индексом.

Одновременно с АТЗ определялись Д-димеры (продукты деградации фибрина), увеличение Д-димеров указывает на гиперкоагуляцию и демонстрирует как генерацию тромбина, так и плазмину. Снижение АТЗ имеет прямую корреляцию с ростом Д-димеров, что отмечается всеми исследователями, и отмечается у нас в 95% случаев.

Но нами обнаружено, что в тех случаях, когда АТЗ был в норме (n=5), а сердечный индекс был снижен - Д-димеры повышены в 100% случаев.

Заключение:

1. Между центральной гемодинамикой и противосвертывающей системой обнаруживается связь - снижение сердечного выброса ведет к снижению АТЗ и соответственно к гиперкоагуляции.

2. Снижение сердечного выброса непосредственно вызывает повышение коагуляционного потенциала.

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ОНКОХИРУРГИИ

*А.А. Шмидт, Н.А. Шаназаров,
А.И. Кокошко, Р.В. Полищук*

Медицинский университет, г. Астана
Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан
Тюменская ГМА

Современная стратегия обезболивания основывается на интенсивности боли и доктрине многокомпонентного обезболивания. В анестезиологии в последние годы на основе принципов

доказательной медицины постоянно предлагаются различные схемы интраоперационной анальгезии с учетом характера операции, интраоперационной хирургической техники, сопутствующего состояния больных.

В настоящее время имеется широкий выбор внутривенных анестетиков и гипнотиков, но при проведении многокомпонентной тотальной внутривенной анестезии (МТВА) необходимым условием является наличие дыхательного аппарата и возможность проведения механической вентиляции легких.

Операции на мягких тканях челюстно-лицевой области требуют адекватного уровня анестезии, что обусловлено богатой иннервацией и кровоснабжением. Наличие злокачественного новообразования является абсолютным противопоказанием для местной инфильтрационной анестезии (МИА), а локализация процесса не позволяет проводить адекватную вспомогательную МВЛ массочным способом на фоне многокомпонентной тотальной внутривенной анестезии, то есть необходимым условием адекватной анестезии является интубация трахеи либо применение IG-воздуховода или ларингеальной маски. Однако использование ларингеальной маски является опасным в связи с возможными смещениями из-за манипуляций хирурга, и требует глубокого наркоза (выключение глоточных рефлексов), то же относится и к IG-воздуховоду. Более рациональным и безопасным для пациента методом обезболивания является регионарный метод анестезии.

Цель работы: расширить применение в практике методики блокады: инфра- и супраорбитального, ментального и мандибулярного нервов при операциях по поводу рака кожи в области носа, щеки, верхней и нижней губы.

Материалы и методы исследования.

В исследование включено 45 пациентов, которым были проведены операции по поводу рака кожи лица. Из них 9 операций на носу, 6 – щека, 10 - верхняя губа, 18 - нижняя губа. Средний возраст больных составил 68±5 лет. У 88,9% (40) сопутствующей патологией было ХИБС, артериальная гипертензия, у 71,1% (32) – ХОБЛ, либо хронический бронхит. В ходе анестезии проводился динамический контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений (проводился ЭКГ мониторинг), частоту дыхания, SpO₂, уровень гликемии.

Результаты и обсуждение:

Длительность операции составила 45±12 мин. Во время проведения региональной анестезии во всех случаях использовался раствор бупивакаина 0,5% 15-20 мг.