

меняли эпителин 5 и 15 мкг/кг соответственно. Все препараты вводились внутримышечно 1 раз в сутки в течение пяти дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании желудка выявлены общие и местные изменения слизистой желудка на всех этапах эксперимента. На вторые сутки после повреждения отмечен выраженный отек, гиперемия слизистой, точечные кровоизлияния. Количество эрозий у животных, получавших эпителин и физиологический раствор, практически не отличается. На шестые сутки отек и гиперемия слизистой сохраняются, выраженность кровоизлияний меньше. У крыс, получавших эпителин, число эрозивных поражений меньше, с увеличением дозы тетрапептида положительный эффект возрастал. На одиннадцатый день уменьшалась выраженность общих и местных изменений, особенно у крыс второй и третьей групп. Ожоговое повреждение сопровождалось увеличением массы надпочечников, уменьшением массы тимуса. В группах, получавших эпителин, наблюдалось ослабление стрессовой гипертрофии надпочечных желез, быстрее восстановление массы тимуса.

ВЫВОДЫ

Таким образом, эпителин снижает число эрозивных дефектов слизистой желудка, уменьшает стрессовую гипертрофию надпочечников, нормализует массу тимуса при ожоговой травме в эксперименте. С увеличением дозы тетрапептида выявленные эффекты были выражены в большей степени.

Д.Д. Рыбдылов, Э.З. Гомбожапов, К.В. Николаева

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

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

В силу различных обстоятельств вопрос о проведении инфузионной терапии при отморожениях очень часто подвергается сомнению. Как показывают практические наблюдения, при местной холодной травме нередко инфузионная терапия не проводится вообще или назначается в незначительном количестве в качестве базового раствора для препаратов, улучшающих микроциркуляцию.

Цель исследования: изучение значимости количественного фактора инфузионной терапии при лечении отморожений в ранних периодах травмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании практических наблюдений, формулы Эванса, применяемой для определения объема инфузионной терапии при ожоговой травме, рекомендаций по интенсивной терапии термических травм В. Хартига (1988) нами разработана формула инфузионной терапии при отморожениях (патент на изобретение № 2262306). Формула инфузионной терапии при отморожениях выглядит следующим образом:

$$V = \text{ИТО} \times M \times h/3 + 1000,$$

где: ИТО — индекс тяжести отморожения, определяемый по правилу «сегментов»; М — масса больного в килограммах; h — рост больного в метрах.

Оценка эффективности инфузионной терапии проведена на основании результатов лечения 106 больных с глубокими отморожениями стоп (ИТО = 60–80 ед.), находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Улан-Удэ с 2000 г. по 2007 г. Больные разделены на 3 группы.

32 больным первой группы инфузионная терапия в ранних периодах травмы по тем или иным причинам не проводилась.

Вторую группу составили 48 человек, им инфузионная терапия проводилась только препаратами, улучшающими микроциркуляцию, без учета объема переливаемой жидкости. В большинстве случаев объем инфузии не превышал 1 л.

Больным третьей группы (26 больных) объем инфузии рассчитывали по предложенной формуле. Инфузионная терапия проводилась препаратами, улучшающими кровообращение, солевыми растворами и 5% раствором глюкозы с сердечно-сосудистыми препаратами, спазмолитиками, дезагрегантами, антиоксидантами и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди больных первой группы некроз всего пораженного сегмента развился у 30 больных (93,7 %), частичный некроз — у 2 (6,3 %), токсемия средней и тяжелой степени тяжести развилась у всех 32 пациентов (100 %).

Во второй группе некроз всего пораженного сегмента произошел у 42 (87,5 %) больных, частичный некроз — у 3 (6,25 %), удалось спасти пораженный сегмент у 3 (6,25 %), токсемия развилась у 36 (75 %) пораженных.

Достаточный объем инфузионной терапии существенно улучшил результаты лечения. Так, у больных третьей группы некроз всего пораженного сегмента произошел у 18 (69,2 %) больных, частичный некроз пораженного сегмента — у 3 (11,5 %), восстановлена жизнеспособность всего пораженного сегмента у 5 (19,3 %), токсемия средней или тяжелой степени развилась у 10 (38,5 %) пораженных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования подтверждают значимость инфузионной терапии при отморожениях. При этом существенное значение имеет адекватность объема инфузионной терапии, который должен соответствовать тяжести травмы. Улучшение результатов лечения объясняется тем, что достаточный объем инфузионной терапии позволяет предупредить или значительно уменьшить процессы развития гиперкоагуляции и токсемии, характерных для глубоких объемных поражений при отморожениях.

В.П. Саганов, Г.Ф. Жигаев, Т.И. Лелявина, А.Д. Быков

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Результаты исследований показывают, что у больных сахарным диабетом частота поражений печени и желчевыводящих путей колеблется от 4 до 84 % (Ивашкин В.Т., 2002; Григорьева И.Н., 2004). Воспалительный процесс желчных путей при сахарном диабете нередко приводит к развитию деструктивных форм холецистита, гнойно-септических осложнений, которые в свою очередь вызывают декомпенсацию уже нарушенного углеводного обмена.

В клинике обследованы и оперированы 36 больных сахарным диабетом в сочетании с холециститом. Легкая форма сахарного диабета была у 16 пациентов, средней тяжести — у 9, тяжелая — у 3 больных. Латентный диабет выявлен у 8 больных. Для выявления последнего проводили глюкозотолерантный тест. В предоперационном периоде проводились мероприятия, направленные на компенсацию сахарного диабета (назначался простой инсулин в дозировках, обусловленных уровнем гликемии и гемосорбция). Многие авторы (Мараховский Ю.К., Рубенс Ю.П., 2004; Kris-Etherton P.M. et al., 2004; Tsai C.J. et al., 2006) считают, что гемосорбция уменьшает интоксикацию и потребность в инсулине, улучшает реологические свойства крови, функцию печени, стабилизирует течение сахарного диабета.

После окончания сеанса гемосорбции (гепаринизация 300 — 500 ед./кг, скорость перфузии принималась равной 60 — 120 мл/мин., объем — 8 — 12 л) вводили протаминсульфат в дозировках, зависящих от доз гепарина.

Выполнена холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому 9 пациентам, холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом — 6, холецистэктомия — 19, холецистостомия — 2 больным. У 32 больных холецистэктомия проводилась с рассечением связки Трейца (РСТ).

Умерла одна больная (2,7 %), которая была оперирована в экстренном порядке с деструктивно-некротическим поражением желчного пузыря (холецистэктомия) на фоне тяжелой формы сахарного диабета.

Таким образом, сахарный диабет не является противопоказанием для операций на желчевыводящих путях, но предварительно необходимо провести коррекцию углеводного обмена, гемосорбцию.

В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, Г.Ф. Жигаев, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, С.К. Хайрулина

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ РКБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 72 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 г. по январь 2008 г.