

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния продленных регионарных блокад на динамику показателей системы гемостаза у больных с отморожениями.

Исследования проведены у 15 пациентов с острой местной холодовой травмой, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периодах. В 11 случаях выполнялась катетеризация перидурального пространства для проведения продленной блокады. Еще четырем пациентам проводились повторные блокады плечевых сплетений. В качестве анестетика применялся 2% раствор лидокаина. Данная методика использовалась в течение 3–5 дней. Контрольную группу составили 27 больных, у которых по разным причинам регионарная анестезия не проводилась.

У всех больных с отморожениями в раннем и позднем реактивном периоде регистрировались изменения в системах свертывания крови и фибринолиза. Отмечено укорочение АЧТВ и протромбинового времени, повышение уровня фибриногена, задержка фибринолиза, появление положительных реакций на этанол.

При использовании продленных лечебных блокад на 5-е сутки с момента получения травмы относительно контрольной группы отмечалось удлинение АЧТВ на 8 %, снижение уровня фибриногена на 15 %, ускорение фибринолиза на 11 %, в 1,6

раза реже встречалась положительная реакция на этанол.

На 10-е сутки с момента травмы разница исследуемых показателей между группами нивелировалась. В контрольной группе сохранялся более высокий уровень фибриногена, и чаще встречался положительный этаноловый тест.

При использовании продленных лечебных блокад тромбозов и тромбозмболий не отмечено. В контрольной группе отмороженных данные осложнения встречались у 3 больных.

Кроме того, при использовании регионарной анестезии отмечено более благоприятное течение раневого процесса. Быстрее формировалась зона демаркации, что позволяло выполнять некрэктомию раньше, чем в контрольной группе больных. В результате сокращались сроки стационарного лечения.

Следует также отметить, что скрупулезное соблюдение техники выполнения блокад и правил ухода за катетером позволило нам избежать каких-либо ятрогенных осложнений.

Таким образом, обоснованность использования продленной регионарной анестезии при лечении отморожений в дореактивном и раннем реактивном периодах подтверждается более благоприятной динамикой показателей систем гемостаза и фибринолиза, меньшей частотой тромбозмобических осложнений, течением раневого процесса.

К.Г. Шаповалов, В.А. Сизоненко, Е.А. Томина, А.А. Герасимов

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО ОТВЕТА НА ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Известно, что воспаление является универсальным патофизиологическим процессом, который протекает по одним биологическим законам при различных видах травм и патологий. Нами решено использовать клинические критерии активности системного ответа на воспаление для оценки тяжести интоксикации при отморожениях конечностей.

Для клинической характеристики активности воспалительного процесса и уровня интоксикации в организме мы придерживались общепринятых качественных и количественных характеристик, таких как тахикардия (повышение частоты сердечных сокращений свыше 90 в 1 минуту), тахипноэ (повышение частоты дыхательных движений свыше 20 в 1 минуту), гипертермия (повышение температуры свыше 38 °С), изменение количества лейкоцитов (свыше 12 тысяч в 1 мкл), повышение активности трансаминаз, нарушения ментального статуса.

Оценка параметров проведена у 30 пациентов с отморожениями конечностей III–IV степени в позднем реактивном периоде. В первой группе больных зона некроза ограничивалась пальцами кистей и стоп. Во второй группе отморожения распространялись на более проксимальные сегменты. Результаты приведены в таблице 1.

Таким образом, у больных с отморожениями ответ организма на воспаление имеет системный характер. Степень выраженности реакции зависит от тяжести травмы. Практически у всех пациентов с тяжелыми отморожениями встречаются тахикардия (93 %), гипертермия свыше 38 °С (93 %) и лейкоцитоз (100 %).

Оценка клинических критериев согласуется с динамикой реактантов острой фазы воспаления. У всех больных с отморожениями отмечается повышение уровня β_1 -антитрипсина, β_2 -макроглобулина и орозомукоида.

Клинические показатели интоксикации у пациентов с отморожениями

Показатели	Первая группа, n = 15	Вторая группа, n = 15
Тахикардия	5 (33 %)	14 (93 %)
Тахипноэ	2 (13 %)	8 (53 %)
Нарушения ментального статуса	0	4 (27 %)
Гипертермия свыше 38 °С	6 (40 %)	14 (93 %)
Лейкоцитоз или палочкоядерный сдвиг	11 (73 %)	15 (100 %)
Повышение активности трансаминаз	2 (13 %)	7 (47 %)

Пациенты с тяжелыми отморожениями в раннем и позднем реактивном периодах нуждаются в терапии, направленной на купирование чрезмерного системного ответа на воспаление.

Таким образом, по клиническим критериям активности системного ответа организма на воспаление можно судить о степени интоксикации у больных с отморожениями в раннем и позднем реактивном периодах, а также необходимой интенсивности лечения.

А.В. Щербатых, А.А. Бочкарев, П.Е. Крайнюков, С.В. Афанасьев

ТРИПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Целью нашей работы явилась оценка кровотока в артериях желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи ультразвуковой доплерографии у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки до консервативного лечения, после применения стандартной терапии и терапии с применением вазоактивных препаратов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Регионарный кровоток изучали у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (n = 12). У всех обследованных диагноз подтвержден при фиброгастроудоденоскопическом исследовании. Возраст больных от 20 до 62 лет. Мужчин было 8, женщин — 4. Статистическая обработка данных велась при помощи пакета «Statistika» версия 5. Регионарный кровоток определяли методом ультразвуковой триплексной эхографии с регистрацией кровотока в *a. gastrica sinistra* и *a. gastroduodenalis*.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. У больных до лечения отмечались изменения в регионарном кровотоке желудка и двенадцатиперстной кишки: при наличии язвенного дефекта в желудке — *a. gastrica sinistra*, в двенадцатиперстной кишке — *a. gastroduodenalis* (были

снижены объемная и пиковая скорости кровотока, увеличены индексы периферического сопротивления RI и PI).

2. При исследовании пациентов после еды показатели кровотока были в среднем на 30 % выше, чем при исследовании натощак у пациентов группы клинического сравнения и на 15 % выше, чем у больных язвенной болезнью.

3. После лечения язвенной болезни с применением стандартных медикаментозных схем в показателях кровотока по сравнению с показателями до лечения значимой разницы не выявлено.

4. После лечения с применением вазоактивных препаратов (курантил, трентал) показатели кровотока увеличивались в среднем на 15—20 % по сравнению с показателями после лечения по стандартной схеме.

ВЫВОДЫ

Увеличение кровотока в среднем на 30 % после приема пищи связано с более интенсивным кровообращением в стенке желудка и двенадцатиперстной кишке. Изменение показателей кровотока в артериях, кровоснабжающих зону язвенного дефекта, говорит о локальных трофических нарушениях в стенке органа. Отсутствие улучшения кровотока после применения стандартных схем лечения говорит о возможности последующих рецидивов и неполной адекватности терапии.