

Таблица 2

Динамика показателей КОС, уровня лактата, глюкозы и калия плазмы, а также транспорт-потребление O₂ в обеих группах (n=31).

Показатель	Группа больных	Показатели на этапах исследования			
		Исходные данные	6час	12час	24час
pHa	1-я (n=15) 2-я (n=16)	7,46±0,02 7,46±0,03*	7,44±0,02 7,45±0,03*	7,43±0,01 7,48±0,02*	7,45±0,02 7,49±0,02*
BEa, ммоль/л	1-я (n=15) 2-я (n=16)	-5,9±0,5 -5,9±0,7	-5,3±0,2 -2,8±0,5*	-4,8±0,5 -1,4±0,6*	-3,2±0,4 2,6±0,7*
Лактат, ммоль/л	1-я (n=15) 2-я (n=16)	5,3±0,4 5,3±0,5*	4,8±0,7 2,9±0,4*	3,2±0,3 2,7±0,6*	2,9±0,5 2,5±0,3*
Глюкоза, ммоль/л	1-я (n=15) 2-я (n=16)	9,6±0,7 9,7±0,5*	9,2±0,6 7,5±0,8*	8,5±0,4 6,3±0,7*	8,3±0,5 5,8±0,6*
Калий, ммоль/л	1-я (n=15) 2-я (n=16)	3,96±0,18 3,97±0,19	3,95±0,17 4,21±0,21	4,03±0,22 4,15±0,18	3,96±0,19 4,05±0,19
ИТО ₂ , мл/мин/м ²	1-я (n=15) 2-я (n=16)	312±15 311±14*	357±18 351±13*	362±16 365±18*	359±19 375±19*
ИПО ₂ , мл/мин/м ²	1-я (n=15) 2-я (n=16)	103±13 102±14*	118±11 121±13*	120±9 127±8*	121±15 132±11*

Выводы. Проведение ГИМТ у кардиохирургических больных после операций с ИК является эффективным средством лечения СМОВ, приводит к улучшению систолической и диастолической функции миокарда и регрессу ОН. Это позволило сократить время проведения ИВЛ и сроки пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Литература

1. Аббакумов В.В., Лебедева Р.Н., Еременко А.А., Подлесских Ю.С. и др. // Кардиология. 1986. Т.26, №12, С. 65-75. Применение симпатомиметических средств для лечения острой недостаточности кровообращения в ближайшем послеоперационном периоде у кардиохирургических больных.
2. Шанин В.Ю. // Патология ИБС. Гипертония: роль в развитии нарушенного трансмембранного потенциала и сердечной недостаточности. Пути коррекции. // Клиническая медицина и патофизиология. - Москва: Изд-во. 1996.
3. Гологорский В.А., Гриненко Т.Ф., Сергеева Н.А. и др. // Анестезиология и реаниматология. 1994, №2. С.11–13. Нарушение углеводного обмена и их коррекция при операциях на открытом сердце.
4. Попцов В.Н., Морозук Е.В., Богомолов В.Ю. // Общая реаниматология. 2005. Т.2, №5-6. С. 163–166. Применение модифицированной глюкозо-инсулин-калиевой смеси у кардиохирургических больных.
5. Бергман В.М. Облегченные способы статистического анализа в клинической медицине. Кубанская государственная медицинская академия. 1993.
6. Жихарева Е.Ю. // Анестезиология и реаниматология. - 1992. - №3. - С.22-27. Использование сверхвысоких доз инсулина для лечения тяжелой сердечной недостаточности во время кардиохирургических вмешательств.
7. Попов А.С., Иноземцев А.В., Жукова А.А. // Анестезиология и реаниматология. 2004. №3. С.75–78. Методологические аспекты определения функционального состояния вегетативной нервной системы пациентов в медицине

PATIENT'S THERAPY OF THE MINOR CARDIAC OUTPUT SYNDROME BY STRONG SOLUTIONS OF GLUCOSE WITH HIGH DOSES OF INSULIN IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

N.V. SHMITKOV, A.A. LAVRENTIEV, A.T. SIVOPYLASOV, A.B. SALAMAHIN, O.A. LOBOV

Voronezh State Medical Academy

Cardiac decompensation leads to fast deterioration of energy supplies in cardiac muscle. The main source of energy supply is glucose. Stress results in decrease of utilization of carbohydrates. Insulin

infusion in the dose of 2,5 units kg./body mass and glucose in the dose of 1g/kg. body mass improves indexes of intramuscular hemodynamics: cardiac index exceeds 2,3 liter/min/m², ejection fraction exceeds 45%, an 16%. Therapy of cardio surgery patients by glucose insulin potassium mixture (GIPM) is an effective treatment of the minor cardiac output syndrome and causes the improvement of systolic and diastolic function of cardiac muscle.

Key words: diastolia, myocardium, insulin, infusion, hemodynamics.

УДК 616-001.68

КОНЦЕПЦИЯ ОЦЕНКИ ОНТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ВОЗРАСТНОГО ПТОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ

Е.Н. СЕРГИЕНКО*

Устранение возрастных изменений поверхностных мягких тканей лица и шеи – разносторонняя проблема, требующая комплексного подхода. Инволюционные изменения, как правило, захватывают все анатомические области. При многообразии применяемых методов обследования не разработаны четкие критерии постановки диагноза и показания к определенному виду хирургического лечения.

Ключевые слова: изменения поверхностных мягких тканей

Имеющиеся в литературе сведения о прогностическом значении клинических, гистологических и общепатологических признаках старения кожных покровов неоднозначны, а порой противоречивы [1-3]. Работ по применению сетчатых эндопротезов в этой области хирургии мало, поэтому оценка возможности их использования в хирургии лица и шеи весьма актуальна и перспективна [4].

Цель исследования – улучшение результатов пластических операций на лице и шее.

Нами проведены физико-механические, морфологические и клинические исследования сетчатых эндопротезов. Получены данные, позволяющие считать целесообразным использование сетчатых имплантатов в пластике лица. Разработаны оригинальные хирургические методики, закрепленные патентами РФ.

Для оценки и систематизации состояния поверхностных мягких тканей лица и шеи мы разработали классификации, которые помогут хирургу в выборе лечения морщин и возрастного птоза. В предложенной системе ТПГАЖРМК – «Т» отражает тонус (тургор + гидратация + эластичность) кожных покровов; значение «П» показывает степень выраженности птоза кожи лица; «Г» – отражает пигментацию кожных покровов; параметр «А» – указывает на состояние мышечно-апоневротической структуры лица и шеи; показатель «Ж» – оценивает состояние подкожной жировой клетчатки; «Р» – оценивает состояние мимической системы; параметр «М» – указывает на степень выраженности морщин; показатель «К» – отражает тип кожи. Каждый параметр имеет 4 степени оценки.

В зависимости от состояния поверхностных мягких тканей лица и шеи, нами предложено 5 типов хирургических вмешательств, рекомендуемых к применению на каждом этапе старения: 1 тип – лигатурная фиксация тканей Т(0-1)П(0-1)Г(0-1)А(0-1)Ж(0-1); 2 тип – разделение тканей без последующего их перемещения Т(1-2)П(1-2)Г(1-2)А(1-2)Ж(1-2); 3 тип – уменьшение объема поверхности лица Т(1-2)П(3)Г(1-2)А(1-2)Ж(3); 4 тип – отделение покровных тканей, их перемещение удаление избытков и фиксация Т(3)П(3)Г(1-3)А(3)Ж(1-2); 5 тип – отделение тканей, перемещение, фиксация глубоких структур сетчатым эндопротезом, удаление избытков и фиксация Т(3)П(3)Г(1-3)А(3)Ж(3). Нами разработан алгоритм проведения различных хирургических вмешательств, для лечения каждого этапа старения. Все операции разделены на три общепринятые группы (основная, сопутствующая и дополнительная) (табл.).

Нами проведено обследование и радикальное хирургическое лечение (по четвертому и пятому типам) 69 пациентов старшей возрастной группы. В 36 наблюдениях имплантировали сетчатый эндопротез, а 33 человека составили группу сравнения.

* МУЗ «ГБСМП» Тверь, Россия

Таблица

Алгоритм проведения операций при различных типах хирургических вмешательств, в зависимости от степени возрастных изменений поверхностных мягких тканей, с учетом «ТПАЖ РМК»

Виды операций	Типы хирургических вмешательств				
	I (1 степень)	II (2 степень)	III (3 степень)	IV (4 степ.)	V (5 степ.)
Основная	Армирование	Подсечение	Липоскция	Лифтинг лица с отсрочен. армирован.	Лифтинг лица с сетчатым имплант.
Сопутствующая	Интъекции ботулотоксина	Контурная пластика блефаропластика	Подсечение блефаропластика	Подсечение блефаропластика Контурная пластика	Подсечение блефаропластика Контурная пластика
Дополнительная	Пилинг	Химический пилинг Интъекции ботулотоксина	Химический пилинг Интъекции ботулотоксина	Химический пилинг Интъекции ботулотоксина	Химический пилинг Интъекции ботулотоксина

Оставшиеся после классических операций возрастные проявления кожи: сниженный тонус, расширенные поры, купероз, мелкие морщины позволяют комплексно устранить метод имплантации сетчатого эндопротеза. Применение которого обеспечивает раннее снятие швов – на 9 сутки, улучшение морфоструктуры и питания кожи в отдаленном послеоперационном периоде, стойкий эстетический результат. Учитывая положительные данные, полученные при проведении операций пятого типа, считаем эффективным применение сетчатых эндопротезов на лице и шее. Возможность такого вмешательства является примером использования высоких медицинских технологий.

Литература

1. Малаховская В.И., Абдулмджидова А.С., Висаитова З.Ю. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2009. №1. С. 19–25.
2. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Липский К.Б., Литвицкая Т.П., Истратов А.Л. Комплексное лечение возрастных изменений мягких тканей лица. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2004. №3. С. 18–23.
3. Адамян А.А., Сергиенко Е.Н. Лифтинг тканей лица полимерным сетчатым имплантатом // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: Тез. докл. Первой Междунаро. конф. 22-23 апреля 2008 г. М., 2008. С. 124.
4. Сергиенко Е.Н., Щеголев А.И., Дубова Е.А., Ромашов Ю.В., Султанова Н.О., Аляудинов Р.Р. Сетчатые эндопротезы в пластической хирургии. // Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: Тез. докл. Пятой Междунаро. конф. 24-25 января 2006. М. 2006. С. 113–114.

THE CONCEPT OF AN ESTIMATION ONTOGENESIS AND TREATMENTS AGE PTOSIS SOFT FABRICS OF THE PERSON AND A NECK

E.N.SERGIEENKO

Tver State Medical Academy

Elimination of age changes of superficial soft fabrics of the person and neck – the versatile problem demanding the complex approach. involutional changes, as a rule, grasp all anatomic areas. At variety of used methods of inspection precise criteria of statement of the diagnosis and the indication to the certain kind of surgical treatment are not developed.

Key words: superficial soft fabrics of the person

УДК 616-056.52-084-08-053-07

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Г.Г.ВОЛОСОВЕЦ, А.Е.ДУШКИНА, Т.Л.НАСТАУШЕВА*

Исследована распространенность ожирения среди детей младшего школьного возраста (7-11 лет). Осуществлен сравнительный анализ

ряда параметров у детей с ожирением и в контрольной группе; сравнено состояние их здоровья. Выявлены возможные факторы риска развития ожирения. Установлено более частое наличие отклонений в состоянии здоровья у детей с ожирением. Проведенное анкетирование участковых педиатров полезно для планирования дальнейшей работы по ранней диагностике и профилактике ожирения у детей.

Ключевые слова: ожирение, дети, анкета

В последние годы возросло число публикаций по распространенности ожирения у детей [1,5,7,9,12]. В связи с этим актуализируются вопросы профилактических мероприятий по предупреждению развития и предотвращению дальнейшего прогрессирования уже развившегося ожирения. Один из ведущих специалистов по детскому ожирению А.В. Картелишев с сожалением констатировал факт отсутствия целенаправленного выявления ожирения у детей и позднюю его диагностику [9]. По его наблюдению, основное количество больных попадает под наблюдение лишь спустя 5-10 лет от начала появления избыточной массы тела. Определение «поздняя диагностика» применительно к ожирению должно звучать несколько парадоксально для педиатров, так как избыток массы тела – это в значительной мере «визуальный» диагноз, и он может быть выставлен в ряде случаев даже без антропометрии. Другая сторона проблемы – это то, что родители не обращаются к врачу, не считая избыточную массу тела ребенка патологией, а когда обращаются (чаще всего не по поводу самого ожирения, а с жалобами, которые являются его следствием), то степень ожирения уже не первая. По мнению А.В. Картелишева, такое «безответственное» состояние проблемы и безграмотность в ее решении не могут не волновать педиатров.

В свете вышеизложенного нами предпринята попытка активного выявления детей с ожирением с целью последующего анализа: 1) возможных факторов риска его развития, 2) состояния здоровья детей при наличии ожирения, 3) состояния вопроса выявления и диспансеризации детей с ожирением в поликлинике. Это необходимо для организации дальнейшей работы с детьми и их родителями по профилактике прогрессирования и лечению заболевания и является актуальной проблемой, широко обсуждаемой в литературе [3,4,5,10,12].

Материалы и методы исследования. Для достоверного выявления детей с ожирением нами был выбран младший школьный возраст, так как у учащихся младших классов наиболее часто проводится антропометрия в школе. Нами были проанализированы данные антропометрии 858 детей в возрасте от 7 до 11 лет [13], присутствующие в школьной медицинской документации (форма 026/у «Медицинская карта школьника»), рассчитан их индекс массы тела (ИМТ), который определялся как отношение массы тела ребенка в кг к росту в метрах, возведенному в квадрат. Отобраны 84 (9,8%) ребенка, ИМТ которых выходил за границу 97-й перцентиля [8] (группа детей с ожирением). Также были отобраны 39 детей того же возраста, физическое развитие которых оценено как среднее гармоничное (контрольная группа). Проанализированы амбулаторные карты (истории развития – формы 112/у) детей с ожирением и детей контрольной группы. Анализу подвергали следующие параметры: пол, возраст, антропометрические данные при рождении, вид и качество вскармливания, динамику нарастания массы тела, состояние здоровья; для группы детей с ожирением – наличие или отсутствие диагноза «ожирение» в амбулаторной карте, наличие или отсутствие осмотра эндокринолога и какого-либо обследования, относящегося к диагностическому алгоритму детей с ожирением (глюкоза крови, инсулин, тест толерантности к глюкозе, показатели жирового обмена и др.).

Результаты и их обсуждение. В группе детей с ожирением было 84 ребенка: 38 (45,2%) девочек и 46 (54,8%) мальчиков (половое соотношение 1:1,2 в пользу мальчиков); в контрольной группе – 39 детей: 16 (41%) девочек и 23 (59%) мальчиков (половое соотношение 1:1,4 также в пользу мальчиков). Средний возраст детей в группах был примерно одинаковым – $8,95 \pm 0,11$ года и $8,28 \pm 0,15$ года, соответственно.

Антропометрические данные при рождении были следующими: в группе детей с ожирением средняя масса тела при рождении составила $3670 \pm 44,5$ г; средняя длина тела – $54,4 \pm 0,23$ см; в контрольной группе средняя масса детей при рождении был достоверно меньше – $3480 \pm 59,8$ г ($P < 0,05$), равно как и средняя длина тела – $53 \pm 0,3$ см ($P < 0,01$). В обеих группах присутствовали дети с задержкой внутриутробного развития – 14,3% и 15,8%, соответственно.

* ГОУ ВПО «ВГМА им.Н.Н.Бурденко» Росздрава, Воронеж. 394000, Воронеж, ул.Студенческая, д.10, e-mail-nastat53@mail.ru Кафедра госпитальной педиатрии