

**Новиков А.Ю., Майстровский К.В., Раповка В.Г., Васильев В.А., Заболотникова Н.А.**  
**ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА**  
**У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток*

**Цель:** анализ опыта эпидуральной анальгезии у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

**Материал и методы:** нами проанализирован опыт эпидуральной анальгезии в комплексе консервативной терапии у 38 больных с 3-4 степенью хронической артериальной ишемии нижних конечностей (по Фонтену-Покровскому), выраженным болевым синдромом, 3Б степень ишемии имела место у 45% больных, 4 степень — 55% пациентов. Ранее 18 больным была выполнена реконструктивная операция.

Для оценки качества анальгезии, выбора показаний к эпидуральному обезболиванию использовались динамические показатели глюкозы, кортизола крови, шкала болевой оценки, плече-лодыжечный индекс, доплерография сосудов, индекс перфузии стопы, реовазография, САСС+МНО+тромбоциты, капилляроскопия. Пункция и катетеризация эпидурального пространства производилась по общепринятой методике на уровне L3-L4. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от применяемого местного анестетика: 2% раствора лидокаина 2мг/кг (n-12) (1 группа), 0,5% раствора маркаина 0,4 мг/кг (n-14) (2 группа) или 0,75% раствора наропина 0,5 мг/кг (n-12) (3 группа). Контроль клинико-биохимических и инструментальных показателей производился перед эпидуральной блокадой, на 1-е, 3-и, и 5-е сутки.

**Результаты:** результат считали положительным при снижении интенсивности боли на 75% и более по 10 балльной шкале ВАШ. Развитие эпидурального блока и продолжительность его были достоверно длительнее в группах 2 и 3 по сравнению с группой 1. Изменения периферической гемодинамики во 2-ой и 3-ей группах носили идентичный характер и после начала анальгезии переходили в стадию стабильной нормализации. Во всех группах на 2-е сутки эпидурального блока увеличивалось пульсовое кровенаполнение и улучшался венозный отток, а также на 3-й день достоверно увеличивался объемный кровоток. Качественный анальгетический эффект подтверждается и снижением уровня стресс-гормонов у всех пациентов. У 3 больных 1-й группы эффект эпидуральной блокады был признан неудовлетворительным. В этой же группе отмечена большая частота возникновений моторного блока.

**Выводы:** методика применения продленной эпидуральной блокады в комплексе консервативной терапии пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей оказывает выраженный анальгетический эффект. Препаратами выбора являются местные анестетики наропин и маркаин, при применении которых развивается более длительный и стабильный анальгетический и гемодинамический эффекты эпидурального блока.

**Образцов Ю. Г.**  
**ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ**  
**С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)**

*Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток*

ГЛПС до настоящего времени остается ведущей природно-очаговой инфекцией Приморского края, протекающей нередко в тяжелой форме с летальностью 3,5–7%. Высокую оценку при рандомизированном, плацебо контролируемом лечении в Китае в 1988–1994 годах получил рибавирин, снижающий вирусную нагрузку при ГЛПС и ряде других инфекций в ранние фазы болезни. Однако в клинической практике этиотропная терапия не укрепились, учитывая неэффективность этих препаратов в более поздние сроки болезни, когда госпитализируется большая часть пациентов с тяжелыми формами инфекции и исход болезни определяет не вирусная нагрузка, а полиорганная недостаточность и неотложные состояния. Больные более легкими формами ГЛПС не нуждаются в ней. Такие проявления ГЛПС, как постоянная тошнота, частая рвота, как правило, делают невозможным прием препарата внутрь. Целью наших исследований явилось изучение эффективности инфузионной формы рибавирина — виразол® (ICN Pharmaceuticals) у 8 больных с тяжелой формой ГЛПС, ассоциированной с серотипом Хантаан (5 чел.) и Сеул (3 чел.). Применена ступенчатая методика терапии (внутривенное введение 16 мг/кг 4 раза в сутки в течение 3-х дней с последующим введением внутрь рибавирина 1000мг в сутки).

Начало терапии у больных приходилось на 5-6 дни болезни. Сравнения клиническую картину пациентов, в комплекс лечения которых включен виразол (1 группа) с группой, получавших традиционную патогенетическую терапию (10 человек, сопоставимых по возрасту, полу и тяжести ГЛПС — 2 группа), отмечена достоверная позитивная динамика течения болезни. Так, уменьшилась средняя продолжительность симптомов токсикоза: головной боли (на 2,5 дня), тошноты (на 3,0 дня), рвоты (на 2,0 дня). Быстрее исчезали боли в животе и пояснице (на 3,5 дня). Характерным было отсутствие прогрессирования геморрагического синдрома и отсутствие угрожающих массивных кровотечений у больных, начавших терапию виразолом. Результаты УЗИ почек в двух группах больных в те же сроки болезни показали более существенное снижение отека паренхимы почек (в среднем на  $1,2 \pm 0,4$  см) у 1 группы больных, причем, ни в одном случае не потребовалось подключение к лечению гемодиализа. Несмотря на почти одинаковую продолжительность нарастания азотемии максимальные уровни мочевины и креатинина сыворотки крови были достоверно ниже у больных 1 группы. Таким образом, отмечена клиническая эффективность парентеральных инфузий виразола при тяжелом течении ГЛПС.

**Обыденкова Т.Н., Усов В.В., Терехов С.М., Тарасов А.Е.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ**  
**ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА ВО ВРЕМЯ РАННИХ ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ**  
**У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

*Владивостокский государственный медицинский университет;  
 Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава, Владивосток*

**Цель:** изучение клинической эффективности применения раствора гидроксиполисахарида СТАБИЗОЛА ГЭК 6% (Берлин-Хеми, Германия) в комплексной инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) на этапах оперативного хирургического лечения термических ожогов.

**Методы:** основу исследования составили 29 пациентов с крайне тяжелой ожоговой травмой в возрасте от 15 до 60 лет с площадью ожогов IIIБ-IVст от 20 до 30 % поверхности тела (индекс Франка 45-90). Соответственно составу ИТТ все больные были разделены на 2 группы. Больные 1 группы (11 человек), кроме кристаллоидов, интраоперационно получали инфузию СТАБИЗОЛА ГЭК 6%. Кровопотерю во время операции определяли гравиметрическим методом, осуществляли мониторинг ЧСС, АД, сатурацию кислорода неинвазивным методом.

**Результаты:** всем пациентам выполняли тангенциальную или фасциальную некрэктомию с одномоментной или отсроченной аутодермопластикой под эндотрахеальным наркозом. Ранние некрэктомии, выполняемые в течение 4-6 суток с момента травмы, сопровождаются массивной кровопотерей. Путем взве-

шивания и подсчета салфеток определили, что при фасциальной некрэктомии интраоперационная кровопотеря составляет в среднем  $0,6 \pm 0,2$  мл/кг, а при тангенциальной —  $0,82 \pm 0,2$  мл/кг. С целью минимизации кровопотери выполняли предоперационную гемодилюцию растворами 5% глюкозы и солевыми растворами из расчета 40 мл/кг массы. 2 пациентам вводили перфторан из расчета 5 мл/кг массы. Восполнение физиологических потребностей во время операции обеспечивали этими же растворами.

При кровопотере от 15% до 30% должного ОЦК инфузии СТАБИЗОЛА ГЭК 6% составляли до 15 мл/кг. При кровопотере от 30% до 50% должного ОЦК на фоне введения стабизола объем инфузионной терапии снижался до  $30,3 \pm 3,0$  мл/кг, в контрольной же группе он составлял  $44,6 \pm 5,4$  мл/кг. Во время операции у 20,7% пострадавших после операции мы были вынуждены проводить гемотрансфузию и внутривенно вводили свежезамороженную плазму, что было связано с острой кровопотерей во время операции и выраженной анемией (Hb меньше 80 г/л; Ht ниже 0,25). Однако в основной группе количество периперационно переливаемой эритроцитной массы снижалось до