

ких — в 0; 28,1; 14,1% случаев. АВ-блокада была зарегистрирована у 2,4—4,2% пациентов (различия между группами недостоверны).

Наличие БЛНПГ на момент поступления в стационар соответствовало увеличению 30-дневной летальности в 1,54 раза (95% ДИ 1,17—4,66), БПНПГ — в 2,76 раза (95% ДИ 1,41—15,85). Появление БЛНПГ во время госпитализации увеличивало 30-дневную летальность в 2,09 раза (95% ДИ 1,47—8,09), БПНПГ — в 3,16 раз (95% ДИ 2,18—23,67).

При передней локализации ОИМ БЛНПГ практически не изменила прогноз (относительный риск (ОР) — 1,28, 95% ДИ 1,11—3,59), тогда как при БПНПГ ОР 30-дневной летальности составил 3,10 (95% ДИ 1,4—22,20).

В случае нижней локализации ОИМ блокады ножек ПГ значительно ухудшали прогноз независимо от их типа: для БЛНПГ ОР — 2,61 (95% ДИ 1,88—13,65), для БПНПГ ОР — 2,45 (95% ДИ 1,84—11,59).

Таким образом, можно сделать следующие выводы: 1) у каждого второго больного с ОИМ зарегистрировано прогностически неблагоприятное нарушение внутрижелудочковой проводимости; 2) пациенты с БЛНПГ имеют исходно более тяжелое состояние, больший объем поражения миокарда и частоту осложнения ОШН, но наихудший 30-дневный прогноз показали пациенты с БПНПГ, особенно «свежей» и на фоне переднего ОИМ.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Новиков Ю.А., Фетисов С.Н., Кукушкин А.В., Урусова Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Лечение острого панкреатита остается одной из нестареющих проблем хирургии и реаниматологии, несмотря на постоянное усовершенствование техники хирургического вмешательства и методов интенсивной терапии. Нередко неблагоприятный исход в лечении острого панкреатита обусловлен неправильной оценкой тяжести заболевания и, соответственно, отсутствием опережающего темпа лечения в частности предотвращение системных осложнений заболевания, некроза поджелудочной железы и предупреждение инфицирования при развитии некроза. Своевременная фармакологическая и немедикаментозная коррекция транснаминализации и эндотоксикоза, белковой и энергетической недостаточности, на ранних этапах лечения отечно-интерстициальной формы острого и при обострении хронического панкреатита может предотвратить развитие панкреонекроза.

В соответствии с этим нами проведен анализ лечения 48 больных в возрасте от 29 до 56 лет, из них с обострением хронического панкреатита было 27, с отечно-интерстициальной формой острого панкреатита — 21. Диагноз повреждения ПЖ поставлен на основании анамнеза, типичных жалоб лабораторных тестов (общий анализ крови, уровень среднемолекулярных пептидов и трансаминаз, водно-электролитный обмен, общий белок, концентрация амилазы крови и диастаза мочи). Изучали также уровень сывороточного альбумина, абсолютное число лимфоцитов, объем циркулирующей крови и его составляющие. В качестве основного метода диагностики был ультразвуковой и КТ.

В зависимости от тактики лечения все больные были разделены на две группы. Первую группу (24 человека) составили лица, которым назначалась традиционная базовая терапия, направленная на элиминацию медиаторов воспаления из кровообращения, антибиотикотерапия, гипербарическая оксигенация и др.

Во вторую группу (24 человека) вошли пациенты, у которых лечение не проводилось по общепринятой схеме, а основное внимание уделяли коррекции кровообращения в органах, обеспечению их пластическими и энергетическими материалами, ускорению репаративных процессов и детоксикации. Энтеральное питание осуществлялось только для сохранения функционирующей слизистой ЖКТ и восстановлению гуморального звена иммунитета. Инфузионно-детоксикационную терапию в сочетании с ПФ проводили в течение 6 дней, интервалы между сеансами ПФ составляли 2 дня. При таком режиме не наступало каких-либо существенных сдвигов основных компонентов крови, т.к. в освобожденной среде кровь, лишенная метаболитов, более длительно сохраняет присущие ей естественные функции и свойства.

Наиболее целесообразным, с нашей точки зрения, считался подбор таких инфузионных сред, которые бы предупреждали накопление воды во внутренних органах и обеспечивали нормальное функционирование ЖКТ, в частности, поддерживали бы адекватный сердечный выброс для обеспечения перфузии тканей при максимально низком гидростатическом давлении в просвете капилляров, чтобы предупредить утечку жидкости в интерстициальное пространство ткани ПЖ. Исходя из этого, наибольшее предпочтение мы отдавали гидроксипропилированным крахмалам (ГЭК), которые по сравнению с декстранами, альбумином и нативной плазмой более привлекательны, поскольку растворы ГЭК значительно дешевле, более того, коллоидно-осмотическое давление, например, 6% раствора ГЭК составляет примерно 30 мм рт. ст. и каждый грамм этого вещества способен связать 20 мл воды. Кроме того, альбумин получают из крови человека и пастеризуют при 60°C в течение 10 часов, а нативную плазму подвергают тщательному скрининговому обследованию на вирусы иммунодефицита человека и гепа-

тата В и С, определенный риск заражения все-таки существует.

В обеих группах больных определяли потребность в белке, энергии, основных электролитах и потребности в жидкости. Определение потребности в белке зависело от функционального состояния почек и рассчитывалось по формуле: масса тела до заболевания — потери массы тела $\times 0,1$. Потребность в энергии рассчитывали в соответствии с тяжестью поражения ПЖ и состояния больного — 20—30 ккал/кг массы тела, что соответствовало среднетяжелому статусу питания, который был зафиксирован у исследуемых нами больных. Потребность больных в электролитах (калий и натрий) рассчитывали путем сложения физиологической потребности (ммоль/кг в сутки) и их дефицита в организме (ммоль/кг в сутки). Нутритивную поддержку проводили согласно протоколу, принятому в клинике.

При исследовании водных секторов организма выявлено, что исходно все больные поступали с явлениями гиповолемии, однако на фоне проведения интенсивной терапии отмечалась достаточно быстрая нормализация ОЦК, причем у больных 2-й группы коррекция дефицита ОЦК происходила быстрее преимущественно за счет ОЦП. Это и понятно, возмещение удаленной плазмы венофундином в сочетании с плазмалитом 148 обеспечивало более длительное присутствие указанных растворов в сосудистом секторе за счет молекулярной массы. Кроме того, в удаляемой жидкости содержатся все простые химические соединения — мочевины, креатинин, билирубины, электролиты — К, Na, Ca, Mg, H и др., низко и среднемолекулярные пептиды, что безусловно делает показанным введение электролитных растворов.

В первый день до инфузионной терапии выполняли дискретный плазмаферез с использованием центрифуги марки РС-6 по общепринятой методике. Из кристаллоидных растворов обычно использовали 0,9% хлорид натрия, плазмалит 148, раствор Рингера, содержащий катионы калия и кальция, а также раствор лактата Рингера, в котором метаболизированный анион лактата частично замещает анион хлора. За один сеанс удаляли до 900 мл объема циркулирующей крови исходя из того, что ОЦК со средней массой тела составляет в норме около 7%, а, при наличии показателя гематокрита легко вычислить объем циркулирующей плазмы по формуле: $\text{ОЦП} = \text{ОЦК} - (\text{Ht. ОЦК}) / 100$, где показатель гематокрита выражен

в процентах, а объем циркулирующей крови и плазмы — в миллилитрах. Кроме того, объем циркулирующей крови определяли и с помощью индикатора — ДЦК. Такая методика ПФ не требующая восполнения удаленной плазмы белковыми препаратами или донорской плазмой, представляется нам более предпочтительной.

У больных 2-й группы уже на следующий день после первого сеанса ПФ снижался уровень эндотоксикоза, в частности средних молекул, креатинина, фибриногена, амилазы, ЛИИ и креатинина. Улучшалось общее самочувствие пациентов, уменьшалась тяжесть в правом подреберье и боль, возрастала связывающая способность альбумина с 60—65% до 80—86%, при норме 90%. Наблюдалась достаточно быстрая нормализация ОЦК, преимущественно за счет плазматического сектора. Это и понятно, возмещение удаленной плазмы ГЭК в сочетании с плазмалитом 148 обеспечивало более длительное присутствие указанных растворов в крови и жидкости из интерстициального сектора. Однако на 4-е сутки степень эндотоксикоза оставалась столь же значительной, что и на момент поступления. Нам представляется, что это связано с тем, что необходимый онкотический градиент кровь-ткань достигается в более поздние сроки. Это служило нам основанием повторить сеанс ПФ с возмещением жидкости меньшей по объему, чем удаляемый субстрат, так как для достижения эффекта местной дегидратации в окружающих органах и тканях ПЖ онкотическая ценность возмещения должна быть очень высокой.

К концу 6-х суток прослеживалась явно положительная динамика в обеих группах, однако в контрольной группе эти показатели выходили за границы нормы. В группе больных, где медикаментозная терапия дополнялась сеансами ПФ, прогрессирование заболевания до панкреанекроза и других осложнений снижалось на 28%, сокращалось время пребывания больных в стационаре.

Таким образом, при использовании ПФ в сочетании с предложенной программой плазмозамещения и коррекции трансминерализации при остром отечном и обострении хронического панкреатита эффективность лечения повышается. У больных быстрее купировался болевой синдром, нормализовалась функция кишечника, наблюдалось восстановление биохимических показателей крови, снижался уровень эндотоксикоза, существенно сокращалось время пребывания в стационаре.

ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА

Новожилов А.Е., Солнышков С.К.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

Выявление жизнеспособного миокарда в зоне поражения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) признается целесообразным, особенно при наличии систолической дисфункции левого желудочка (Antman E.M. et al., 2004). Используемые в настоящее время методы диагно-

стики дисфункционального, но жизнеспособного миокарда, либо дорогостоящи и доступны только высокоспециализированным центрам (позитронно-эмиссионная томография, перфузионная сцинтиграфия), либо требуют значительного опыта исследователя (стресс-эхокардиография с добута-