

Относительный риск указывал во сколько раз увеличивается риск хронизации болезни у лиц с наличием данного ФР, а этиологический риск показывает вклад данного ФР в хронизацию процесса. Наибольшие значения относительного риска и этиологического риска выявлены для нерациональной антибиотикотерапии, здесь риск развития хронических форм заболевания возрастает в 9 раз. Этиологическая значимость этого фактора высока и составляет 88%. Причем позднее начало лечения имеет более неблагоприятное прогностическое значение, чем его неадекватная длительность (ОР=8,11; ЭР=61% и ОР=2,23; ЭР=47% соответственно). Женский пол и синдром поражения ЦНС в дебюте заболевания имеют так же достаточно высокие показатели относительного и этиологического риска (ОР-2,52, ЭР-52%; ОР-3,54%, ЭР-35%

соответственно). Относительный и этиологический факторы риска суставного синдрома, продолжительности инкубационного периода 11-20 дней и безэритематозной формы заболевания имеют показатели несколько ниже, но то же являются значимыми в плане прогнозирования хронизации (ОР – 2,83, ЭР – 38%; ОР – 2,29, ЭР – 38%; ОР – 2,04, ЭР – 35). Позднее обращение к врачу ведет к запоздалому началу лечения и, вероятно, поэтому, так же имеет высокое значение ОР (ОР – 3,0).

Таким образом, наше исследование позволит в дальнейшем выделять группы риска хронизации заболевания для более детального контроля за данной категорией больных и оптимизировать лечение.

© ГОЛУБ И.Е., ЧИЖОВА Е.О., УСАЧЁВ О.Ю. –
УДК 616.366-002-036.11-089.5

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

И.Е. Голуб, Е.О. Чижова, О.Ю. Усачёв.

(Иркутский государственный медицинский университет, клиническая больница №1)

Все возрастающее число больных пожилого и старческого возраста, оперируемых по поводу заболеваний гепатобиллиарной системы, нередко неудовлетворительные результаты лечения, определяют актуальность проблемы и поиска новых методов анестезиологической защиты. Неадекватная анестезиологическая защита больного и развитие операционного стресса приводят в действие сложную систему адаптационных механизмов, что обуславливает нарушение органного и системного характера (В.Д. Островский, С.З. Клецкин, 1997; С.Ф. Грицуц и др., 1987).

Достоинство любого метода общей анестезии должно оцениваться по его способности защитить организм больного от операционного стресса и не нарушать ауторегуляторные реакции на различных уровнях (А.А. Тогайбасв, А.А. Советов, 1984).

Несмотря на то, что за последнее время набор фармакологических средств и методов для общей анестезии значительно расширился, и ими можно в определённой мере достичь адекватной защиты больного от операционного стресса. Однако они не могут гарантировать полного отсутствия во время операционных вмешательств стрессорных альтерирующих влияний и нарушений гомеостаза (М.И. Кузин и др., 1976; Н.А. Осипова, 1988; А.П. Корниенко и др., 1997; M. Redondo et al., 1997; A. Schubert et al., 1997).

Одним из наиболее перспективных путей, ограничивающих альтерирующее действие операционного стресса и достижение адекватности обезболивания, является направленная активация естественных стресс-лимитирующих систем организма.

Поэтому основной целью исследования явилось повышение адекватности анестезиологической защиты путем направленной стимуляции естественных стресс-лимитирующих систем организма.

Под нашим наблюдением находилось 96 больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. В контрольной группе было 30 больных, оперируемых в условиях традиционной нейролептаналгезии (НЛА), в основной группе – 66, у которых в схеме общей анестезии использовали препараты для НЛА, ГОМК, далаггин, альфа-токоферол и внутреннее лазерное облучение крови (ВЛОК). В обеих группах проводили однотипную премедикацию, включающую холинолитики, антигистаминные препараты и наркотические анальгетики. Для вводного наркоза применяли тиопентал натрия и гексенал. Миорелаксация поддерживалась путем введения миорелаксантов деполяризующего и антидеполяризующего действия. Все операции проводились с использованием искусственной вентиляции легких, которая осуществлялась объемными респираторами РО-6 по полузакрытому контуру или ручную смесь закиси азота с кислородом в соотношении 2:1 в режиме умеренной гипервентиляции. Адекватность анестезии контролировали пульсоксиметрией и кардиомониторингом, используя приборы "Optim-420", кардиомонитор "Элон-0,01", а также исследовали концентрацию кортизола, активность процессов перекисного окисления липидов, антиокислительную активность плазмы и активность органонеспецифических ферментов АЛТ, АСТ. Для оценки достоверности различий

между полученными величинами использовали критерий Стьюдента.

Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией, за 20 минут до её начала, наблюдалось достоверное повышение концентрации кортизола в 2,7 раза, ДК – в 3, МДА – в 3,4, снижение АОА в 1,9 и содержания альфа-токоферола – в 3,2 по сравнению с результатами полученными у доноров ($p < 0,001$). По результатам наших данных можно предположить, что больные в предоперационном периоде находятся в состоянии психоэмоционального напряжения и особенно, стресс-реакция выражена перед началом операции, о чем свидетельствует высокая концентрация гормона стресса-кортизола и активация перекисного окисления липидов с подавлением антиоксидантной активности, снижением содержания естественного антиоксиданта альфа-токоферола.

У больных, оперированных в условиях традиционной НЛА, наблюдалось достоверное увеличение концентрации кортизола и продуктов липопероксидации, снижение антиоксидантной активности и содержания альфа-токоферола как во время травматичного этапа операции, так и после ее окончания. Концентрация кортизола увеличилась в 2 раза, содержание ДК – в 1,4 раза. МДА – в 1,2, антиоксидантная активность и уровень альфа-токоферола снизилась в 1,1.

У основной группы больных, оперированных в условиях комбинации НЛА, ГОМКа, даларгина, альфа-токоферола и применения ВЛОК, происходит снижение концентрации кортизола и ДК в 1,9 раза ($p < 0,001$), МДА – в 2,8 ($p < 0,001$), повы-

шение АОА – в 1,5 ($p < 0,001$) и альфа-токоферола – в 1,8 ($p < 0,001$) как в травматичный этап операции, так и после её окончания.

Исходя из приведенных данных, можно отметить, что общая анестезия с применением метаболитов и аналогов стресс-лимитирующих систем организма, а также неспецифического фактора защиты – ВЛОК, не вызывает избыточного напряжения симпато-адреналовой системы и обеспечивает достаточную нейровегетативную защиту от операционной травмы. Большая стабильность изучаемых показателей свидетельствует о надежной ноцицептивной блокаде, а комбинированное введение метаболитов и аналогов стресс-лимитирующих систем с использованием ВЛОК в комплексе анестезиологического обеспечения операций на органах брюшной полости, позволяет добиться существенного снижения дозы наркотических анальгетиков.

В целом, результаты наших исследований согласуются с представлением о роли стресс-лимитирующих систем в предупреждении стрессорных повреждений организма и показывают, что различные эффекты таких систем могут быть успешно воспроизведены с помощью метаболитов, аналогов и их активаторов. Целенаправленное использование в схеме сбалансированной многокомпонентной анестезии оксибутирата-натрия, альфа-токоферола, и неспецифического фактора воздействия – ВЛОК позволяет активизировать и увеличить мощность центральных и периферических стресс-лимитирующих систем, тем самым повышая качество анестезиологической защиты при операциях на органах брюшной полости.

© ДОЛБИЛКИН А.Ю. –

УДК 615.838(571.53)+616.33-002.2

ВЛИЯНИЕ МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИДРОКАРБОНАТНО-НАТРИЕВОЙ, КАЛЬЦИЕВО-МАГНИЕВОЙ, УГЛЕКИСЛОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ ИСТОЧНИКА “АРШАН” НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

А.Ю. Долбилкин.

(Иркутский государственный медицинский университет)

В настоящей статье показана корреляция между морфологическими формами гастрита с *Helicobacter pylori* и динамика морфологического состояния слизистой оболочки желудка больных курорта “Аршан” до и после санаторного лечения.

Хронический гастрит является широко распространённым заболеванием. Согласно данных эпидемиологических исследований, хронический гастрит был выявлен у 53% обследованных, при этом у каждого четвёртого (28%), он был атрофическим. В структуре болезней органов пищеварения хронический гастрит составляет 35%, а среди заболеваний желудка – 80-85%. Обследование случайно выбранных лиц в возрасте от 16 до

69 лет выявило гастрит фундального отдела в 45% случаев, в том числе у 39% – поверхностный, а у 29% – атрофический. Ещё в конце 60-х годов XX столетия, было установлено, что имеется некий постоянный показатель увеличения частоты хронического гастрита с возрастом, и в частности атрофического гастрита. Расчёты проведенные коллективом авторов (Л.И. Аруин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков, Э.П. Яковенко) показали, что годовой прирост частоты хронического гастрита вообще и атрофического в частности составляет $1,40 \pm 0,1\%$ и $1,25 \pm 0,19\%$ соответственно.

Судить в настоящее время об истинной распространённости хронического гастрита трудно.