

В процессе проводимого исследования практически не выявлялась изолированная форма патологического прикуса только в одной из трех плоскостей (сагиттальной, орбитальной или горизонтальной). Соотношение зубных рядов у всех обследованных с аномалией прикуса нарушалось по отношению к двум или трем плоскостям (рис. 5).

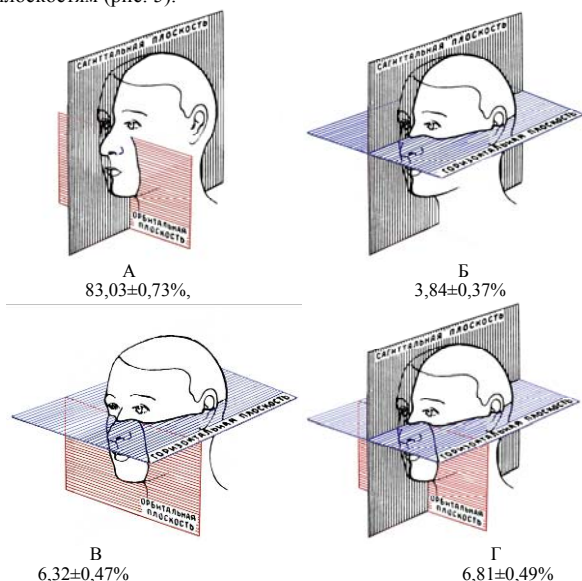


Рис. 5. Частота формирования нарушения прикуса в трех и двух плоскостях у обследованных детей и подростков. Summary

Нарушение соотношения зубных рядов в трех плоскостях имело место у 182 обследованных ($6,81 \pm 0,49\%$) – рис. 5А. У основной группы детей и подростков -2494 ($93,19 \pm 0,49\%$) аномалия прикуса формировалась в двух плоскостях. Возникающие при этом нарушения соотношения зубных рядов развивались в сагиттальной и орбитальной – $83,03 \pm 0,73\%$ (рис. 5В), сагиттальной и горизонтальной – $3,84 \pm 0,37\%$ (рис. 5В), орбитальной и горизонтальной плоскостях – $6,32 \pm 0,47\%$ (рис. 5Г). Клинические проявления сочетанных форм аномалий прикуса, установленные в процессе обследования детей и подростков, изложены в табл. 1.

Таблица 1

Формы сочетанных аномалий прикуса у детей и подростков

Формы аномалий прикуса в плоскости			
Сагиттальной и орбитальной	Сагиттальной и горизонтальной	Орбитальной и горизонтальной	Сагиттальной, горизонтальной и орбитальной
Дистальный и глубокий 1639 $61,25 \pm 0,94\%$ 164	Дистальный и перекрестный 91 $3,40 \pm 0,35\%$ 9	Перекрестный и глубокий 68 $2,54 \pm 0,30\%$ 7	Дистальный, перекрестный и глубокий 88 $3,29 \pm 0,34\%$ 9
Дистальный и открытый 181 $6,76 \pm 0,49\%$ 18	Мезиальный и перекрестный 12 $0,49 \pm 0,13\%$ 1	Перекрестный и открытый 101 $3,77 \pm 0,37\%$ 10	Дистальный, перекрестный и открытый 56 $2,09 \pm 0,28\%$ 5
Мезиальный и глубокий 129 $4,82 \pm 0,41\%$ 13			Мезиальный, перекрестный и глубокий 18 $0,67 \pm 0,16\%$ 2
Мезиальный и открытый 273 $10,20 \pm 0,59\%$ 27			Мезиальный, перекрестный и открытый 20 $0,74 \pm 0,17\%$ 2
Σ 2222 $83,03 \pm 0,73\%$ 222	Σ 103 $3,84 \pm 0,37\%$ 10	Σ 169 $6,32 \pm 0,47\%$ 17	Σ 182 $6,81 \pm 0,49\%$ 18 267

По результатам исследования, представленного в табл. 1, дистальный прикус являлся самой распространенной формой нарушения соотношения зубных рядов у детей и подростков ($76,79 \pm 0,97\%$). Чаще всего он сочетался с глубоким прикусом

($61,25 \pm 0,92\%$). Наиболее редким являлась комбинация дистального прикуса с перекрестным и открытым ($2,09 \pm 0,28\%$).

Глубокий прикус определялся вторым по распространенности среди детей и подростков – $72,57 \pm 0,95\%$. Преимущественно он сочетался с дистальным прикусом $61,25 \pm 0,92\%$. Совсем редко встречалась комбинация глубокого прикуса с перекрестным и мезиальным ($0,67 \pm 0,15\%$). Характерным для мезиального прикуса, который регистрировался у $16,92 \pm 0,48\%$ детей и подростков являлась его комбинация с открытым ($10,20 \pm 0,59\%$) и глубоким ($4,82 \pm 0,41\%$) прикусами. Сочетание мезиального прикуса с перекрестным определялось как редкая форма аномалийного соотношения зубных рядов ($0,49 \pm 0,13\%$).

Перекрестный прикус имел место у $16,96 \pm 0,72\%$ детей и подростков. Преимущественно он сочетался с открытым ($3,77 \pm 0,37\%$) и дистальным ($3,40 \pm 0,35\%$) прикусами. Наиболее редкой формой нарушения соотношения зубных рядов являлось сочетание перекрестного и мезиального прикусов ($0,49 \pm 0,13\%$). Открытый прикус у детей и подростков встречался в $23,56 \pm 0,69\%$ наблюдений. В большинстве случаев он сочетался с мезиальным прикусом ($10,20 \pm 0,45\%$). Наиболее редкой формой нарушения соотношения зубных рядов являлось сочетание открытого прикуса с перекрестным и мезиальным ($0,74 \pm 0,17\%$). Аномалия прикуса у $93,72 \pm 0,47\%$ детей и подростков являлась следствием структурных нарушений в пределах зубочелюстного комплекса и только в $6,28 \pm 0,47\%$ наблюдений отмечалась гнатическая (скелетная) форма патологического прикуса.

Результаты исследования позволили установить у всех обследованных детей и подростков аномалию прикуса в двух ($93,19 \pm 0,49\%$) или трех плоскостях ($6,81 \pm 0,49\%$). Одной из основных форм сочетанного прикуса являлось нарушение соотношения зубных рядов в сагиттальной и орбитальной плоскостях ($83,03 \pm 0,73\%$). Более редкой являлась сочетанная форма нарушения прикуса в орбитальной и горизонтальной ($6,32 \pm 0,47\%$), а также сагиттальной и горизонтальной ($3,84 \pm 0,37\%$) плоскостях.

Среди многообразия возникающих комбинаций нарушения соотношения зубных рядов наибольшую распространенность имело сочетание дистального и глубокого прикусов ($35,23 \pm 0,92\%$), дистального и открытого ($5,75 \pm 0,45\%$), дистального и перекрестного ($3,40 \pm 0,35\%$), открытого и перекрестного ($3,74 \pm 0,37\%$), мезиального и открытого ($2,84 \pm 0,32\%$), мезиального и глубокого ($1,83 \pm 0,30\%$).

Определить в сформировавшейся комбинации основную значимость одного из вариантов нарушения соотношения зубных рядов не представляется возможным без уточнения его доминирующей роли в нарушении функции жевания и речи.

Литература

1. Водлацкий М.П. и др. Ортодонтия. – Ставрополь, 2005.
2. Дистель В.А. и др. Основы ортодонтии. – М., 2001. – 238 с.
3. Зубкова Л.П., Хорошилкина Ф.Я. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии. – Киев, 1993. – 342 с.
4. Малыгин Ю.М. Клинико-лабораторное обоснование топоико-морфометрической диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий и совершенствование методов их лечения. – М., 1990.
5. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. – М., 1996. – 46 с.
6. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. – М., 1989. – 267 с.
7. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. – М., 2006. – 541 с.

УДК 616,311,2-02; 616.314-085; 615.838

РОЛЬ ПРИРОДНЫХ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ КУБАНСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ И ПРИАЗОВЬЯ В ОПТИМИЗАЦИИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ И СВЕРТЫВАЮЩИХ СВОЙСТВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТОЧИВОСТЬЮ ДЕСЕН

И.Ю. КАМАЕВА*

Ключевые слова: реологические и свертывающие свойства крови

По свидетельству [4], население крупных субъектов Российской Федерации массово страдает синдромом кровоточивости десен, т.к. только зарегистрированная в официальных органах медицинской статистики обращаемость взрослых и детей в стоматологические учреждения Урала и Сибири с подобными жало-

* Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) Федерального медико-биологического Агентства.

бами составила за последние 3 года 1203,7 случая на 100 тыс. населения (в среднегодовом исчислении). Одновременно [3] указывают на тот факт, что имеющиеся схемы медикаментозной терапии кровоточивости десен бывают успешны не более, чем в 50-60% наблюдений, а из существующих методик наиболее востребованными при названной патологии в муниципальных стоматологических поликлиниках России являются процедуры тубусного УФО (известные еще с начала XX века) или ординарный электрофорез по классической гингивальной методике. Вместе с тем, [1], анализируя эффективность новых форм немедикаментозной терапии для больных, страдающих кровоточивостью десен, пишут о целесообразности использования для подобных пациентов магнитолазерной фототерапии и талассолечения. Однако наш собственный контент-анализ официальных и литературных источников по поднятой проблеме позволяет констатировать отсутствие утвержденных федеральных рекомендаций по задействию природным курортных факторов в сочетании с современными методами физиотерапии для лечения пациентов, страдающих описываемой патологией десен.

Цель исследования – формирование собственных немедикаментозных схем восстановительного лечения лиц с гингиворагией, отёком и эритемой десен (в части оптимизации реологических и свертывающих свойств крови).

Единицами наблюдения были сформированные методом непреднамеренного отбора 2 группы больных, страдающих кровоточивостью десен, где основная группа проходила в 2003-2008 годах ($n=279$, $p<0,05$) на базе Усть-Лабинской стоматологической поликлиники (поликлинический этап наблюдения) лечение по авторским методикам восстановительной терапии, а затем направлялась в здравницу Сочи (санатории «Волна» и «Ставрополье»). Контроль ($n=294$, $p<0,05$) – лечение только на поликлиническом этапе по стандартам физиотерапевтического лечения (гингивальный электрофорез по ординарным методикам).

Методы лечения. Больным основной группы наблюдения рекомендовались реабилитационные мероприятия в виде: авторских модификаций питьевых режимов (3 раза по 180 мл за 35-40 мин. до еды подогретой на водяной бане до $t^{\circ}=23-25^{\circ}\text{C}$) природной минеральной воды «Хадзыженская» скважины №50-3 (табл. 1); применения названной минеральной воды в виде ультразвуковых ингаляций высокодисперсными омагниченными аэрозолями на отечественном аппарате ингаляционной терапии TUR USI 50 с магнитной насадкой в виде колеблющего магнита при продолжительности вдыхаемой смеси 3 минуты и курсе лечения 10 процедур ч/день; гингивального фонофореза отжима лечебной грязи озера Ханское (курорт Ейск) с содержанием кальциевого и хлоридно-натриевого ионного состава грязевого раствора в пределах 45 г/дм^3 , плотностью тока $0,2-0,4\text{ Вт/см}^2$, курсовой кратностью до 8 процедур, ч/день; магнитолазерной фототерапии на гелиево-неоновом отечественном лазере АГ-201-03 «У» при использовании низкоинтенсивного некогерентного красного света с длиной волны $0,6-0,9\text{ мкм}$ и плотностью потока мощности на пораженные участки десен $30-50\text{ мВт/см}$ по 10-12 процедур на курс; талассопродур (по режиму умеренно-интенсивного воздействия после 2-3-дневной адаптации и однократного использования процедур фонофореза, больным с кровоточивостью десен рекомендовали гингивальный электрофорез с грязевым раствором вышеуказанной лечебной грязи озера «Ханское» (курорт Ейск). Этот грязевой раствор готовился по методике [2], когда грязевой раствор приготавливают способом центрифугирования без добавления посторонних жидких или твердых веществ (сохраняя нативные свойства грязи) либо с добавлением эстрогенов (воды с последующим центрифугированием, а также спирта, персикового или вазелинового масла). Гидрофильные прокладки обоих электродов смачивают грязевым раствором. Плотность тока на стандартном отечественном аппарате «Поток-1» составляет $0,05-0,1\text{ мА/см}^2$, продолжительность процедуры в начале лечения – 15 мин. минеральная вода малой минерализации, гидрокарбонатно-хлоридная натриевая, слабощелочная,

йодная, борная. Основные характеристики: XXVII-б группа, тип – Хадзыженский.

Таблица 1

Химический состав используемой для больных, страдающих кровоточивостью десен, природной минеральной воды «Хадзыженская» (скв. №50-3)

Формула ионного состава	Специфика, мг/дм ³	ДЕБИТ, м ³ /сут.
$\text{M } 3,9 \frac{\text{Cl}78(\text{HCO}_3^- + \text{CO}_3^{2-})21}{\text{Na}98} \text{ pH } 8,3$	$\text{H}_3\text{BO}_3\ 46,7\ 1\ 9,0$	40

Постепенно ее увеличивают до 30 мин., а к концу лечения опять уменьшают до 15 мин. Первые 10 процедур проводят ежедневно, последующие 10 – через день. Для оценки плазменного гемостаза анализировали показатели протромбинового, активированного парциального тромбопластинового, тромбинового времени и фибриногена. При изучении динамики показателей тромбоцитарного гомеостаза исследовали спонтанную агрегацию и агрегацию при воздействии индукторов разных концентраций – АДФ (5; 2,5; 1,25; 0,625 мкмоль), адреналина (5; 2,5 мкмоль), коллагена. Состояние реологических свойств крови оценивалось по следующим показателям: вязкости крови (ВК), определявшейся на капиллярном и ротационном (АРК-2) вискозиметрах (единицы измерения ВК – Спз – сантипуазель); 2) гематокрита (ГТ) по модифицированной А.Г. Аминтаевой и соавт. методике; 3) содержания фибриногена (ФГ), которое исследовалось суховоздушным методом по Р.А. Рутберг; 4) показателей агрегации тромбоцитов, определявшихся по методу G.Born, усовершенствованному J.O'Brien при воздействии АДФ и адреналина; 5) величины протромбинового индекса; 6) фибринолитической активности (ФА) крови по методике E.Bidwell, рассчитывался также индекс фибринолиза (ИФ).

Таблица 2

Состояние реологических и свертывающих свойств крови у больных, страдающих кровоточивостью десен, до и после реализованных схем восстановительного лечения в 2003-2008 годах

Перечень показателей ($p<0,05$)	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после	до лечения	после
ФГ, г/л ($N=2,4-2,6$)	$1,5\pm0,1$	$2,3\pm0,1$	$1,5\pm0,3$	$1,8\pm0,2$
ФА, %, $N=14,5-14,8$	$12,3\pm0,2$	$14,8\pm0,1$	$12,3\pm0,2$	$13,0\pm0,1$
ИФ, $N=0,7-0,9$	$1,3\pm0,04$	$0,86\pm0,02$	$1,3\pm0,05$	$1,1\pm0,01$
ВК $10\text{ с}^{-1}\text{C}_1\text{C}_2$, $N=4,1-4,2$	$3,5\pm0,2$	$4,1\pm0,05$	$3,5\pm0,3$	$3,8\pm0,09$
ИЛ, % ($N=40,2-40,4$)	$36,8\pm1,1$	$40,4\pm0,1$	$35,9\pm0,8$	$38,3\pm0,1$
Агрегация тромбоцитов:				
- с адреналином, % ($N=40,3-40,5$)	$35,3\pm0,5$	$40,4\pm0,1$	$35,2\pm0,9$	$38,6\pm0,5$
- с АДФ, % ($N=42,6-42,8$)	$37,2\pm0,6$	$42,7\pm0,1$	$37,3\pm0,6$	$39,3\pm0,2$
Протромбиновый индекс, % ($N=80-100\%$)	$69,9\pm1,3$	$89,3\pm0,3$	$69,6\pm1,1$	$74,8\pm0,5$

Анализируя данные табл. 2 следует остановиться на таком факте: поскольку подавляющее число наблюдаемых пациентов как в основной (76,3%), так и в контрольной группе (75,8%) были в возрасте от 52 до 65 лет, а 23,7-24,15% пациентов из этих же групп наблюдения были старше 65 лет, то предстояло на этапе их восстановительного лечения оптимизировать состояние реологических и свертывающих свойств крови предложенными схемами реабилитационных мероприятий. Это в полной мере удалось для пациентов основной группы наблюдения, когда исходно деформированные у них показатели ФА ($12,3\pm0,2\%$ при $N=14,5-14,8\%$), а также измененный ИФ ($1,3\pm0,04$ при $N=0,7-0,9$) к концу лечения нормализовались до уровня $14,8\pm0,1\%$ и $0,86\pm0,02$ соответственно. Вместе с тем эти же показатели у пациентов из контрольной группы оказались практически стагнированными после поликлинического этапа реабилитации, удержавшись на уровне $13,0\pm0,01\%$ (ФА) и $1,1\pm0,01$ (ИФ). Вязкость крови, определявшаяся на капиллярном и ротационном вискозиметрах, у лиц основной группы, изначально составлявшая $3,5\cdot10\text{ с}^{-1}\text{ед. Спз}$ при $N=4,1-4,2\cdot10\text{ с}^{-1}\text{ед. Спз}$ оптимизировалась до уровня $4,1\pm0,05\cdot10\text{ с}^{-1}\text{ед. Спз}$, а у пациентов из контрольной группы остановилась на отметке $3,8\pm0,09\text{ с}^{-1}\text{ед. Спз}$, т.е. была на 12,2% ниже нормы. Последнее затрудняло прогнозирование состояния этих пациентов, т.к. вышеуказанная деструкция показателей вязкости крови протекала на фоне изначально сниженного уровня агрегации тромбоцитов наблюдаемых пациентов как при пробе с адреналином (35,3% при $N=40,3-40,5\%$), так и с АДФ (37,2% при $N=42,6-42,8\%$). Естественно, что вязкость крови и агрегация тромбоцитов солидаризировались в своей первичной деструкции (при поступлении на восстановительное лечение) еще с одним значимым реологи-

ческим показателем, каковым является протромбиновый индекс. Этот маркер, составляющий в норме 80-100%, в контроле был изначально снижен до 69,6%, а в основной – до 69,9%. После предложенных схем восстановительного лечения протромбиновый индекс возрос у лиц основной группы наблюдения до уровня 89,5±1,2%, оставшись у больных из контрольной группы на уровне 74,8±0,5%, т.е. не достигнув процентной нормы.

Выводы. Предложенные схемы немедикаментозной терапии (с обязательным задействованием вышеперечисленных природных курортных факторов кубанского Причерноморья и Приазовья) эффективны для коррекции реологических и свертывающих свойств крови у лиц, страдающих кровоточивостью десен. Природная минеральная вода «Хадыженская» вместе с отжимом лечебной грязи озера Ханское особо эффективны для купирования кровоточивости десен в рамках: применения названной минеральной воды в виде ультразвуковых ингаляций высокодисперсными омагниченными аэрозолями; гингивального фонофореза отжима лечебной грязи озера Ханское (курорт Ейск) с содержанием кальциевого и хлоридно-натриевого ионного состава грязевого раствора в пределах 45 г/дм³, плотность тока 0,2-0,4 Вт/см², курсовой кратностью до 8 процедур, ч/день.

Литература

1. Ануфриев У.П., Жжёнв В.С. // Мед. вест. здравниц Северного Кавказа. – 2009. – №1. – С.5-7.
2. Быкова Т.В. и др. Пеллоидотерапия. Метод. пос. для ведомств. здравниц ОАО «Российские железные дороги». – М.: РЖД, 2006. – 51 с.
3. Лютченко А.К., Столбов М.Р. // Блокнот практ. стоматолога. – 2009. – №1. – С.59-61.
4. Реутова Н.Н., Гипкало Л.П. // Сибирский стоматол. ж. – 2008. – №2. – С.72-74.

УДК 616.316.1-002

ВНЕОРГАНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

С.С.КИРЕЕВ*, В.А.АСЛАНЯН*, В.Н.ГУРГЕНИДЗЕ*, А.А.АСЛАНЯН*, О.В.АНТОШИНА**

Ключевые слова: брюшная инфекция, гемодиализ

Гнойно-септические заболевания, сопровождающиеся эндотоксикозом в 60-80% случаев, осложняются развитием полиорганной дисфункции [1,4,5,6]. В случае развития системного воспалительного ответа летальность достигает 65-90% [2,3], несмотря на совершенствование хирургических технологий и применение современных антибактериальных средств. За рубежом, а в последние годы и в клиниках РФ, в комплексном лечении больных с хирургическим эндотоксикозом и полиорганной недостаточностью широко используются: гемодиализ (ГД), пролонгированная гемофильтрация (ГФ) и гемодиализация (ГДФ). Эти методы являются высокотехнологическими, достаточно эффективны в элиминации токсичных лигандов, и наиболее физиологичны для организма больного [2,6]. В клиниках РФ эти методы (ПРИСМА-технологии) в настоящее время применяются весьма ограничено вследствие недостаточного оснащения дорогостоящей диализной аппаратурой (аппараты «ПРИСМА», «МУЛЬТИФИЛЬРАТ» и др.).

Цель работы – обосновать методику пролонгированной низкпоточной веновенозной гемодиализации в комплексном лечении хирургических эндотоксикозов. Задачи исследования: оптимизировать методику проведения НПВВГДФ применительно к лечению эндотоксикоза у больных с острым панкреатитом (объем, показание, продолжительность и частота сеансов); оценить возможности неинвазивного мониторинга центральной гемодинамики и жидкостного баланса на фоне проводимого лечения.

Материалы и методы. Исследование баланса водных секторов проводилось по методу спектральной биоимпедансометрии с использованием анализатора водных секторов АВС-01 НТЦ МЕДАСС и гемодинамики на аппарате «Симона».

Измерение импеданса проводится при частоте тока 50 КГц по стандартной четырехполюсной схеме, в соответствии с кото-

рой одна пара электродов служит для пропуска зондирующего тока, а другая – для регистрации разности потенциалов. Модуль импеданса равен частному от деления величины напряжения на силу тока. Основной вклад в активное сопротивление вносят ткани с высоким содержанием жидкости, а реактивное сопротивление является характеристикой клеточных мембран. Жировая ткань содержит не более 5-10% воды и плохо проводит электрический ток. Одночастотные анализаторы используются для оценки состава тела у лиц с незначительными нарушениями гидратации, для оценки липидного, белкового и водного обмена. Из параметров водного обмена при этом используется лишь интегральная оценка объема воды в организме (ОВО). Режим процедуры непрерывной вено-венозной гемофильтрации: комплект «Prisma Set M100» (AN69), гепарин – 10 ЕД/кг/массы тела в час, скорость кровотока – 100-150 мл/мин, объем замещения: 40-45 мл/кг/массы тела в час, длительность – 10-40 часов, доступ – двухпросветный ЦВ-катетер (11,5-12,5 F). В качестве критерия эффективности детоксикации исследовались некоторые показатели гуморального гомеостаза: мочевина, креатинин, амилаза, билирубин, электролитный состав крови, глюкоза.

Результаты первичного измерения водных секторов представлены в табл. При исходном измерении у больных отмечался дефицит воды по секторам (средние значения): общая вода организма – 75% от нормы, внеклеточная вода организма – 94%, внутриклеточная вода организма – 72%, ОЦК – 96%, ОЦП – 96%, объем интерстициальной жидкости – 92% от нормы.

Таблица

Мониторинг водных секторов у больных во время проведения во время проведения интенсивной терапии

Показатель	н о р м а	До начала диализной терапии	5 часов диализной терапии	10 часов диализной терапии	Через 1 час после диализной терапии
Общая вода организма (ОВО), л		75%	96%	99%	99%
Внутриклеточная жидкость (ВнУКЖ), л		72%	94%	98%	99%
Внеклеточная жидкость (ВнеКЖ), л		94%	100%	101%	102%
ОЦК, л		96%	100%	102%	103%
ОЦП, л		96%	100%	102%	103%
Объем интерстици- альной жидкости (ОИЯЖ), л		92%	99%	101%	101%

У 18 больных проведено по одному сеансу, а у 5 пациентов – по 2 сеанса, при этом нами проведено 18 гемофильтраций и 5 гемодиализаций. Умер один пациент на фоне панкреонекроза и полиорганной недостаточности. У всех больных после процедуры отмечалась клиническая положительная динамика, двух больных удалось отлучить от искусственной вентиляции легких, у 9-ти пациентов существенно снижена инфузия симптоматиков. Лабораторно отмечена также положительная динамика – снизились маркеры эндотоксикоза, улучшились лабораторные показатели функции печени и почек.

При исследовании водных секторов через четыре часа процедуры регистрировалось выравнивание показателей по всем водным секторам, но дефицит еще удерживался на уровне 5-8% от средневозрастных показателей, через 8-10 часов экстракорпоральной детоксикации у всех больных отмечена нормализация показателей водных секторов, а у 3-х больных эти данные превышали средневозрастные показатели на 3-5%.

Следует отметить, что исходно наиболее выраженные сдвиги в водном обмене отмечены в клеточном секторе, зоне наибольшей метаболической ответственности и «медленных диффузионных процессов». Проводимая процедура у всех больных не вызывала «водной перегрузки», позволяла плавно выравнивать показатели водного обмена. Естественно, это давало возможность стабилизировать показатели гемодинамики и отказаться от использования симпатомиметиков у 85% пациентов, у которых до сеанса использовался допамин для поддержания гемодинамики. Нельзя исключать и того фактора, что у всех больных существенно снизились маркеры эндотоксикоза. Метод пролонгированной вено-венозной гемофильтрации, согласно клинико-функциональным и лабораторным показателям, обладал многофакторным положительным эффектом – детоксикацией и коррекцией водного обмена. В процессе работы нами определены положительные стороны методики: комплексное детоксикационное и

* Медицинский институт ТулГУ.

** Больница скорой медицинской помощи им. Д.Я.Ваныкина, г. Тула.