

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу исследования положен предложенный и запатентованный способ оценки степени тяжести кровопотери:

$$\frac{АДс \times Нв}{ЧСС \times Чд} = КК_i$$

где: АДс — артериальное давление систолическое (мм рт. ст.); ЧСС — частота сердечных сокращений (в мин); Чд — число дыханий (в мин); Нв — концентрация гемоглобина (г/л).

Клинико-лабораторные исследования проводились у больных с тупой травмой живота, сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением (n = 34) и у пациентов с профузным желудочно-кишечным кровотечением различной этиологии (n = 99). Средний возраст больных первой группы составил 22,5 ± 7,9 года, второй — 46,1 ± 11,6 года. Учитывая наличие высокой корреляционной зависимости между величиной дефицита ОЦК и значениями КК (в первой группе r = -0,811, во второй r = -0,880 при p < 0,01) был проведен анализ динамики значений КК в соответствии с изменениями величины дефицита ОЦК. Величина кровопотери в первой группе определялась в ходе операции, во второй группе дефи-

цит ОЦК рассчитывали по гематокритному методу F. Moore.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ позволил выявить четкую закономерность между дефицитом ОЦК и КК, соответственно при КК = 1 дефицит ОЦК составил более 50 %, при КК = 2 — 45 %, при 3 — 40 %, 4 — 35 %, 5 — 30 %, 6 — 25 %, 7 — 20 %, 8 — 15 %, 9 — 10 %, 10 — до 5 % и при КК = 11 — до 3 %. Эти данные позволили разработать математическую формулу для расчета объема инфузионной терапии с учетом тяжести состояния больного, представленного в виде значений КК и массы тела больного:

$$V = M \times (65 - 5 \times КК),$$

где: V — расчетный объем инфузионной терапии (мл); M — масса тела больного (кг); КК — значение коэффициента компенсации.

ВЫВОДЫ

Предлагаемый способ оценки степени тяжести больных с острыми кровотечениями основанный на расчете КК дополнительно позволяет оценить величину дефицита ОЦК и сразу назначить адекватную инфузионную терапию с учетом тяжести состояния пациента и массы его тела.

В.Ю. Погребняков, П.А. Иванов, С.И. Курупанов

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Областная клиническая больница (Чита)

Основной задачей настоящего исследования было изучить лабораторные проявления синдрома системного ответа на воспаление у больных, пролеченных с использованием пунктирно-дренирующих вмешательств под лучевым контролем. С этой целью наряду с изучением общеклинических и лабораторных показателей провели исследование концентрации провоспалительных цитокинов IL-1α, IL-1β, IL-8, TNFα у 17 больных с неосложненными кистами поджелудочной железы, печени и почек. Исследование проводили в до- и ближайшем послеоперационном периоде.

Установлено, что при рентгенохирургических вмешательствах в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдается существенных системных реакций. В то же время у 7 больных (41 %) наблюдалось повышение уровня TNFα в пределах 10 — 20 % от исходного уровня. Наряду

с этим в 14 (82 %) случаях через сутки после вмешательства отмечалось увеличенное количество эозинофилов, а у 12 (70 %) больных наблюдалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Повышение уровня TNFα мы склонны объяснить с позиций операционной травмы. Умеренная эозинофилия в сочетании с температурной реакцией обусловлены, по нашему мнению, реакцией на рентгеноконтрастные йодсодержащие препараты (урографин, тразограф), применявшиеся при вмешательствах.

Таким образом, предварительное изучение послеоперационного периода у больных с малоинвазивными рентгенохирургическими вмешательствами показало наличие вышеуказанных специфических отклонений, что свидетельствует о целесообразности дальнейшего углубленного изучения данного раздела.