

блокирования нервных узлов через связывание с никотиновыми рецепторами, что обеспечивает избирательность подавления моторики ЖКТ [10, 12].

Во второй группе на 7-й день лечения диспепсические явления уменьшились у 28,4% больных, у 21,7% явления диспепсии достоверно уменьшились к 14 дню, к 21 дню еще у 15,1%. Явления диспепсических расстройств полностью купировались у пациентов первой группы к окончанию курса лечения в 72,6% случаев, что достоверно ниже чем в первой группе ($p < 0,05$). Лечение хорошо переносилось, из побочных явлений в 4 случаях больные предъявляли жалобы на чувство жара, головокружение, потливость на 5-8 сутки от периода начала лечения.

Дротаверин относится к миотропным спазмолитикам группы ингибиторов фосфодиэстеразы обуславливает повышение концентрации цАМФ и соотношения цАМФ/цГМФ, нарушая тем самым энергетические процессы в клетках гладкой мускулатуры и вызывая ее расслабление [10, 12].

Вывод:

Гиосцина бутилбромид достоверно более эффективен при лечении диспепсических явлений у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью и значительно снижает их интенсивность за 2 недели. При этом препарат отличается селективностью и не оказывают выраженных побочных действий.

Литература:

1. Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли // Фарматека. – 2005. – № 14. – С. 23-25.
2. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Клиническая фармакология средств, влияющих на моторноэвакуаторную функцию пищеварительного тракта: учебник. – М.: РГМУ, 1998. – С. 38.
3. Белоусова Е.А. Спазмолитики в гастроэнтерологии: сравнительная характеристика и показания к применению // Фарматека. – 2002. – № 9. – С. 40-46.
4. Ливзан М.А. Болевой синдром в гастроэнтерологии - алгоритм терапии // Медицинский совет. – 2010. – № 3-4. – С. 68-70.
5. Найхус Л.М., Вителло Д.М., Конден Р.Э. Боль в животе: учебное пособие. – М.: Бином. – 2000. – С. 287.
6. Шишкин А.Н., Мазуренко С.О. Болезни почек: учебник. – М.: СПбГУ. – 2005. – С. 124-137.
7. Шульпекова Ю.В., Ивашкин В.Т. Симптом висцеральной боли при патологии органов пищеварения // Врач. – 2008. – № 9. – С. 12-16.
8. Халиф И.Л., Макачук П.А., Головенко О.В. и др. Взаимосвязь между клинической эффективностью лечения спазмолитиками и изменениями двигательной активности и висцеральной чувствительности у пациентов с синдромом раздраженной толстой кишки // Болезни органов пищеварения. – 2010. – № 13. – С. 864-868.
9. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // Клиническая фармакология и терапия. – 2002. – № 11. – С. 1-4.
10. Abou Saif A., Льюис Дж. Х. Расстройства желудочно-кишечного тракта и печени в endstage почечной недостаточности и почечной трансплантации получателей // Adv. Почечной. Repl. Ther. – 2000. – № 7 (3). – P. 220-230.
11. Древес А.М., Греггсен Х., Arendt Нильсен Л. экспериментальной боли в гастроэнтерологии: переоценка человека исследований // Scand. J. Gastroenterol. – 2003. – № 38. – P. 1115-1130.

СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СНИЖЕНИИ УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СПЛАНХОТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

М.И. Франк, А.Ф. Сидорова

Тюменский ООД, г. Тюмень

Постоянство внутренней среды организма – основа нормального функционирования органов и систем. Объем циркулирующей крови (ОЦК) – один из основных параметров гомеостаза, колебания которого создают угрозу существования организма, как в случае избытка объема, так и при его снижении. Знание ОЦК дало возможность связать функциональное состояние внутренних органов со степенью кровопотери, определить тактику ведения больных с кровотечением, с внесосудистыми потерями жидкости, позволило определить степень компенсации кровопотери эритро массой и выработать допустимые пределы гемодилюции.

Положительные свойства гемодилюции известны, пределы допустимой гемодилюции определены: показанием к переливанию переносчиков газов крови при острой анемии вследствие массивной кровопотери является потеря 25-30% ОЦК, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70-80 г/л и гематокрита ниже 25%, и возникновением циркуляторных нарушений (Приказ МЗ № 363 от 25.11.2002 г.),

Проведенные исследования ОЦК позволяют считать, что необходимым условием ведения больных с указанной анемией (гемодилюцией) является знание (определение) ОЦК. Снижение объема циркулирующей крови уже до 15% вызывает спазм сосудов органов желудочно-

кишечного тракта и уменьшение их перфузии. Уменьшение перфузии на фоне анемии вызывает гипоксию органов спланхотической зоны и нарушение их функций: парез органов желудочно-кишечного тракта и застой в них жидкости, появление эрозий и кровотечений, так называемые «стрессовые» язвы. Мы считаем, что основным симптомом снижения ОЦК является парез желудочно-кишечного тракта.

В своей практике мы определяли ОЦК красочным, изотопным, реологическим методами, синькой Эванса. Определение ОЦК синькой Эванса более простой и достаточно точный метод. Не имея возможности определять ОЦК указанными методами, мы решили оценить состояние сосудистого объема путем оценки ударного объема сердца. Снижение ударного объема сердца происходит за счет гиповолемии, сердечной недостаточности, сосудистой недостаточности. Чтобы определить причину снижения ударного объема сердца мы решили использовать методику внутривенной нагрузки объемом. Ориентир на ЦВД, АД, пульс, диурез при нормальном АД не достоверен. Ударный объем определяли аппаратом «Гемоносик» (транспифеодным УЗИ), аппаратом «Nico-2».

На первое струйное внутривенное введение 100 мл физиологического или коллоидного растворов больные с начальными проявлениями сердечной недостаточности могут увеличить ударный объем, но последующее введение у них 100 мл физиологического раствора увеличения ударного объема не дает. При гиповолемии увеличение ударного объема происходит и при следующих введениях жидкости.

Усиление инфузионной терапии, приводящее к стабилизации на нормальном уровне ударного объема окончательно убедило нас, что у больных была исходная гиповолемия. Эти больные с установленной гиповолемией в последующем контролировались определением сердечного выброса и клиническими показателями: пульс, АД, состояние желудочно - кишечного тракта.

Нами определялся сердечный выброс у 35 больных с парезом кишечника, застойными явлениями в желудке и эрозиями слизистой желудка после операций на желудочно-кишечном тракте. Как показали наблюдения у 28 больных (75%) имелось снижение ударного объема. У 25 пациентов с острой кишечной недостаточностью снижение ударного объема сочеталось с анемией – Hb 70-90 г/л.

Этих больных, со сниженным сердечным выбросом и анемией, можно отнести к категории риска, так как снижение объема крови у них протекает без клинической симптоматики, вызывая спазм сосудов пищеварительного тракта.

По данным Hinhav (1961), кровопотеря в 10% у собак приводит к снижению артериального брыжеечного кровотока на 27%, при потере 20% крови – брыжеечный кровоток падает на 50%. Эти нарушения возникают в результате повышения суммарно сопротивления сосудов. Печеночное сопротивление выше брыжеечного в 2,5 раза, что способствует депонированию крови в органах брюшной полости.

Мы считаем – снижение кровотока в спланхотической зоне брюшной полости в сочетании с анемией (70-90 г/л) ведет к развитию гипоксии органов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, уменьшение сердечного выброса, вызывая падение перфузии органов, ведет к гипоксии, а на фоне анемии гипоксия развивается стремительно и часто без явлений пареза ведет к эрозии слизистой, формированию «стрессовых язв».

Пусковым моментом в этом механизме является снижение объема, а от степени анемии и длительности снижения объема зависит тяжесть поражения. По нашим наблюдениям анемия – 80-90 г/л без снижения объема крови пареза, эрозий желудочно-кишечного тракта не вызывает.

Таким образом, снижение объема крови на 10-20% не проявляет себя клинически и при наличии анемии опасно развитием осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. Симптомом снижения ОЦК на 15-20% можно считать парез и застой полых органов брюшной полости. При выявлении указанных симптомов и наличии анемии необходимо срочное восполнение объема и переливание эритромаcсы, так как после восполнения ОЦК, гемодилюции уровень гемоглобина снизится еще ниже допустимого.

Вывод:

1. При наличии анемии с показателями уровня гемоглобина 80-90 г/л необходимо определение сердечного выброса.

2. Снижение сердечного выброса (гиповолемия) и наличие анемии в пределах 80-90 г/л требует переливания эритромаcсы.

О СТРУКТУРЕ ВЕДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АМПУТАЦИЕЙ ГОЛЕНИ