

возрасте 50-55 лет, страдающих ХСН IIА, ФК II-III (классификация NYHA), обусловленной ИБС (постинфарктный кардиосклероз, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий). Больные получали кардиопротективный препарат Мексикор 0,3г/сут. на фоне традиционного лечения (эналаприл 5-10мг/сут., метопролол 50мг/сут.). Продолжительность лечения 1 месяц. Контрольная группа получала традиционную терапию (эналаприл 5-10мг/сут., метопролол 50мг/сут.). Физическую толерантность оценивали по тесту 6-ти минутной ходьбы.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что при лечении Мексикором у больных ХСН ишемического происхождения повышалась физическая толерантность, что проявилось в увеличении пройденного расстояния по данным ТШХ, по сравнению с исходными данными. В контрольной группе, отмечено достоверно меньшее увеличение физической толерантности, которая, вероятно, обусловлена проводимой терапией иАПФ и бета-блокаторами.

Полученные результаты свидетельствуют о способности Мексикора улучшать сократительную функцию левого желудочка, что обусловлено кардиопротективными свойствами препарата.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что применение Мексикора в дозе 0,3г/сут. на фоне традиционных средств лечения ХСН улучшает толерантность к физической нагрузке больных ИБС, осложненной ХСН. Мексикор может использоваться в комплексной терапии в сочетании с традиционными средствами.

КАРДИОИНТЕРВАЛОМЕТРИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Семенкин Р.В., Трушин С.Н., Коробков Е.Е.,
Куцкир В.Г.

*Ряз. ГМУ им. Акад.И.П. Павлова, Областная
клиническая больница, Рязань*

Опыт применения в мировой и отечественной практике метода многократных ревизий и санаций брюшной в лечении распространенного гнойного перитонита полости получил признание большинства хирургов. Основным критерием оценки метода являются показатели летальности. По данным М.И.Кузина (1996г.) наиболее низкие показатели были получены при программированном этапном промывании брюшной полости (20,2%). Наша клиника располагает опытом лечения 230 больных с общим гнойным перитонитом, которым была применена методика программированных релапаротомий с промыванием (санацией) брюшной полости. Летальность составила 23,5% (55 больных). Основным критерием выбора данного метода, по нашему мнению, является морфологическая оценка состояния брюшной полости во время первой лапаротомии. В условиях ургентной хирургии, у большинства хирургов, балльная система оценки и прогнозирования состояния больных (SAPS, APACHE 2, SOFA и др.) не получили распространения. Данные методы применимы для статистической оценки групп

больных, но не позволяют индивидуализировать хирургическую тактику. У 151 больного из 230 число релапаротомий составило 1, т.е. на первой программированной релапаротомии макроскопические признаки перитонита отсутствовали или наблюдалась картина разрешения воспалительного процесса. Летальность в этой группе составила 2,5% (умерло 2 больных от сопутствующей кардиальной патологии). Послеоперационные осложнения наблюдались у 2х. пациентов (у одного бльного развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, у второго сформировался поддиафрагмальный абсцесс слева). Очевидно, что части из 151 оперированных релапаротомия не требовалась, но число осложнений и летальность показывают, что первая программированная санация брюшной полости достаточно безопасна. При последующих релапаротомиях число осложнений, связанных как с продолжающимся перитонитом, так и самой операцией, возрастает. Так летальность после 4х ревизий брюшной полости составила 33%. Для индивидуализации показаний к следующей ревизии (если на последней релапаротомии или лапаротомии у нас возникали сомнения в ее целесообразности) основную роль отводим объективизации состояния брюшной полости в динамике этапного хирургического лечения: УЗИ или МРТ органов брюшной полости на 1-е сутки после операции, клиническая оценка перитонеальных симптомов, лабораторных показателей воспаления, моторики кишечника. Важное значение придаем оценке общих адаптационных возможностей организма и степени напряжения регуляторных систем. В режиме реального времени, раньше лабораторных показателей, на изменения внутреннего гомеостаза (динамику выраженности гнойно-деструктивного процесса в брюшной полости) реагирует сердечно-сосудистая система. Состояние регуляторных систем сердечного ритма оценивали с помощью методики математического анализа сердечного ритма по Баевскому Р.М. (1984). Вычисляли интегральный показатель ПАРС (показатель активности регуляторных систем) путем компьютерного анализа динамического ряда из 100 кардиоинтервалов. Результат оценивали по 10-балльной шкале, где 0-1 оптимальное регулирование, 9-10 истощение процессов регуляции.

Кардиоинтервалометрия проводилась 41 пациенту с распространенным гнойным перитонитом. Исследование осуществлялось в утреннее время в положении лежа за 1-2 суток перед предполагаемой релапаротомией и на 1-2 сутки после ушивания брюшной полости наглухо после разрешения интраабдоминального воспаления. Число релапаротомий составило от 0 до 7, в среднем 3 релапаротомии. Было произведено 61 кардиоинтервалометрическое исследование. Результаты были разделены на 2 группы. Первая группа из 25 результатов соответствовала функциональному состоянию больных за 1-2 суток перед релапаротомией, на которой выявлялись признаки продолжающегося перитонита. В нее также включены данные кардиоинтервалометрии больных после ушивания брюшной полости наглухо, но с последующим выявлением у этих больных интраабдоминальных осложнений связанных с перитонитом (прогрессирование вя-

лотекущего перитонита, формированием абсцессов брюшной полости и кишечных свищей).

Вторую группу составили 36 результатов кардиоинтервалометрии больных без признаков продолжающегося перитонита, проведенной за 1-2 суток перед релапаротомией и результаты кардиоинтервалометрии больных, которым релапаротомия не проводилась и в последующем интраабдоминальных осложнений у них не наблюдали. В первой группе больных ПАРС составил $8 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), во второй группе пациентов ПАРС составил $5,01 \pm 2,25$ ($p < 0,05$ $t=7$). Как видно из приведенных данных, у больных с продолжающимся перитонитом наблюдаются максимальные значения оценки уровня состояния вегетативного гомеостаза со слабым разнообразием признака. У пациентов в стадии разрешения перитонита наблюдается сильное разнообразие значений ПАРС (от 0 до 10), что объясняется неспецифичностью метода кардиоинтервалометрии к конкретной нозологической форме.

Сопутствующая соматическая патология, операционная травма и "постагрессивная реакция" обуславливают крайние степени напряжения регуляторных систем, несмотря на разрешение интраабдоминального инфекционного процесса. Очевидна высокая прогностическая значимость низких и средних значений оценки состояния регуляторных систем. Так, при $p=0,001$, прогрессирование перитонита при значениях ПАРС < 7 маловероятно. Высокие значения ПАРС прямо коррелируют с традиционной клинико-лабораторной оценкой состояния больных с общим гнойным перитонитом.

Анализ вариабельности сердечного ритма является объективным методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций у больных с распространенными формами перитонита, позволяющим оценить в динамике состояние вегетативного гомеостаза и эффективность проводимых лечебных мероприятий в комплексе с общепринятыми критериями, а в ряде случаев позволяет индивидуализировать хирургическую тактику у пациентов с высоким уровнем адаптационных реакций.

РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ ЧЕСНОКА В КОРРЕКЦИИ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ

Середичкая Ж.Е., Громнацкий Н.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск

В настоящее время получены убедительные данные о целесообразности проведения гиполипидемической терапии с целью первичной и вторичной профилактики ишемической болезни сердца. Однако выбор методов снижения уровня липидов в крови дискутируется. Среди фармакологических подходов, нормализующих липидный обмен, определенное значение отводится фитопрепаратам.

Цель исследования: оценить возможности коррекции атерогенных дислипидемий алликором (препаратом пролонгированного действия на основе порошкообразного чеснока).

Материалы и методы: в исследование были включены 44 пациента в возрасте от 40 до 64 лет

($52 \pm 0,8$ лет), у которых после 8 недель гиполипидемической диеты на основании определения показателей липидного спектра крови диагностированы атерогенные дислипидемии. Из них 43 пациента (97,7%) страдает артериальной гипертензией I-III ст., 36 человек (81,8%) – ожирением, 12 пациентов (27,3%) - ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия напряжения II-III функциональный класс), 12 пациентов (27,3%) - стенозирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ишемия 1-2 степени). Курение как фактор риска отмечали 12 человек (27,3%). Все больные принимали алликор (чесночные таблетки, 300 мг в сутки) в течение 12 недель, наряду с соблюдением гиполипидемической диеты (уменьшение потребления жиров до 30% общей калорийности за счет насыщенных жиров, ограничение потребления холестерина с пищей до 300 мг/сут и легкоусвояемых углеводов). Для оценки эффективности в исходном состоянии и через 12 недель проводили измерение АД по общепринятым правилам, общеклиническое обследование, исследовали показатели липидного спектра крови: уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), расчетным путем – уровень холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ХСЛПНП, ХСЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА). Критериями включения служили: отсутствие приема гиполипидемических препаратов в течение 2 месяцев до включения в исследование, отсутствие диффузного токсического зоба, хронической печеночной недостаточности, хронической почечной недостаточности, инфекционных заболеваний и лихорадки в период включения, информированное согласие пациента на включение в исследование.

Результаты: у 15 пациентов в исходном состоянии выявлена гиперлипидемия IIa типа (34%), у 29 больных - IIb типа (66%) по Fredrickson (ВОЗ). Под влиянием алликора через 12 недель приема отмечалась динамика показателей липидного спектра крови: уровень ОХС снизился на 12,5%, ХС ЛПНП - на 14,7%, ХС ЛПОНП – на 27,9%, ТГ – на 27,9%, коэффициент атерогенности - на 22,7%; повысился уровень ХС ЛПВП на 9,6% по сравнению с исходным уровнем. Во время исследования не было выявлено существенных изменений общего и биохимического анализа крови, а также ЭКГ. Побочных эффектов препарата не отмечалось.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что алликор представляет собой потенциально эффективное и безопасное средство с умеренным гиполипидемическим действием и требует дальнейшего исследования.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ ТАБЛЕТОК «ЭКОСОРЬ»

Сухотерина Н.В., Турецкова В.Ф., Гуляева М.Г.
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ», Барнаул

Одной из актуальных проблем современной фармации является разработка иммобилизованных лекар-