

зультате массивных повреждений мозгового вещества или костных структур лицевого скелета; либо носовые кровотечения, усугубляя «гемостазиологический дисбаланс» сами «запускают» патогенез внутрисосудистой коагуляции.

Нами обследовано 113 пациентов с травматическими носовыми кровотечениями. У 53 больных имел место множественная лицевая травма, без повреждения внутричерепных структур; у 13 пострадавших – тяжелая ЧМТ (переломы передней черепной ямки); у 47 пациентов диагностированы сочетанные повреждения (фациально - краниальные травмы). При исследовании коагулограмм (кровь из локтевой вены) признаки компенсированного, латентно протекающего ДВС- синдрома были диагностированы у пациентов с тяжелыми ЧМТ и сочетанными (кранио - фациальными) травмами у 74 пациентов. У остальных пострадавших лабораторные признаки тромбо - геморрагического синдрома были обнаружены только при исследовании эндоназальной гемокоагуляции – локализованное внутрисосудистое свертывание (ЛВС-синдром). Кроме того, при дополнительном исследовании интраназального кровотока (кровь из нижней носовой раковины) в первой и второй группе пациентов было обнаружено, что ДВС-синдром протекает параллель с признаками ЛВС-синдрома. У таких пациентов кровотечения рецидивируют более, чем в 72 % случаев. Стандартная гемостатическая терапия и обычные методы тампонады носа далеко не во всех случаях были эффективными. Поэтому нами был разработан способ локальной гемостатической терапии носовых кровотечений при травмах головы, протекающих с признаками ЛВС- синдрома или ЛВС- синдрома на фоне симптомокомплекса ДВС.

Суть метода заключается в подслизистом введении 3-4 мл свежезамороженной плазмы (или криопреципитата -1 доза на 5 мл физ. р-ра) по типу инфльтрации нижней носовой раковины. В результате этой методики создается своеобразное «депо» небольших доз гемостатика непосредственно в «очаге поражения». При этом гемостатический компонент постепенно проникает в микрососудистое русло слизистой оболочки полости носа, обеспечивая пролонгирование эффекта. В некоторых случаях, строго по показаниям и ориентируясь на показатели коагулограмм, к гемостатику добавляли микродозы гепарина, что позволило адекватно коррегировать проявления ЛВС-синдрома на местном уровне, без усиления кровотечения и нарушений общей свертывающей способности крови. Кроме того, данная методика позволила отказаться от переливания больших доз компонентов крови, а применение малых доз таких препаратов позволило почти полностью исключить нежелательные последствия переливания «чужеродной среды» и значительно снизить осложнения, связанные с введением донорских препаратов крови.

Однако, наша методика не лишена недостатков: болезненность при введении препарата (часто), нанесение дополнительной микротравмы хорошо кровоснабжаемого участка полости носа (носовые раковины), методика трудновыполнима при профузных носовых кровотечениях из передних отделов полости носа в виду плохого обзора в зоне манипулирования.

Подана заявка на изобретение (положительное решение).

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г. Паттайа (Тайланд) Поступила в редакцию 20.12.04

ВАРИАНТ ТАМПОНАДЫ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Петров В.В.

*Астраханская государственная
медицинская академия*

Травматические носовые кровотечения довольно частое осложнение лицевых и черепно - мозговых повреждений. Нередко черепная и лицевая травма носят сочетанный характер, что обуславливает сложности терапии геморрагического синдрома при такой патологии. Одной из особенностей травматических носовых кровотечений является склонность их к рецидивированию. Такие состояния нередко приводят к различным осложнениям (геморрагический шок, анемия), что несомненно отягощает течение основной патологии.

При лечении рецидивов травматических носовых кровотечений стандартные консервативные методы лечения далеко не всегда эффективны, что требует применения более сложных оперативных методик. Это отчасти обусловлено спецификой травмированной области и особенностями патогенетических механизмов таких кровотечений.

Одной из причин рецидивов носовых кровотечений при фациально - краниальных травмах является нарушение механизмов гемомикроциркуляторного русла полости носа – в частности кинин - калликреиновой системы, играющей важную роль в регуляции системы гемокоагуляции, преимущественно микроциркуляторного русла. Здесь важно отметить, что между кининовой системой, свертывающим компонентом гемостаза и фибринолизом существует тесная структурно - функциональная связь, осуществляемая через калликреин и фактор Хагемана. Специфичность кининов, как известно, связана с их сопряженностью с центральными компонентами гемостаза, определяющими жидкое состояние крови и сосудистый тонус.

Вышеуказанные данные и результаты собственных исследований (на 113 пациентах) дали нам основание определить одну из ведущих ролей кининовой системы в рецидивах травматических носовых геморрагий. Функциональное состояние ККС (кинин - калликреиновой системы) оценивали по содержанию прекалликреина и активности калликреина в системном кровотоке и в эндоназальной крови. Исследования показали, что нередко на фоне нормальных показателей гемокоагуляции (по данным коагулограмм) в системном кровотоке и эндоназальной гемоциркуляции отмечается активация системы ККС, преимущественно на интраназальном уровне.

В связи с этим, на фоне «стандартной» гемостатической терапии мы применяли при рецидивах носо-

вых кровотечений тампонаду носа с пропитыванием марлевых тампонов растворами ингибиторов протеаз – трасилол или контрикал. Положительное влияние этих препаратов на агрегационные свойства крови давно известно, но до сих пор эти средства применялись на системном уровне (В\В-капельно), и то далеко не всегда. Применяя для тампонады полости носа при кровотечении тампоны, смоченные раствором этих лекарственных средств мы добивались выраженного клинического (гемостатического) эффекта даже при однократном использовании. Эффективность такого варианта локальной гемостатической терапии обусловлено, на наш взгляд, ингибированием активности ККС на местном (эндонозальном) уровне – т.е. непосредственно в патологическом очаге.

Кроме того, нами отмечена эффективность такого способа тампонады носа при использовании биологических тампонов – консервированной сублимированной сушкой ксеногенной брюшины, которую мы интенсивно импригнировали в растворе контрикала (или трасилола).

Таким образом, применение тампонов, импригнированных растворами протеаз (контрикал, трасилол), позволяет эффективно коррегировать гемомикроциркуляторные нарушения на эндонозальном уровне и предупреждать рецидивы носовых кровотечений при фациальных и кранио - церебральных травмах.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г. Паттайа (Тайланд) Поступила в редакцию 20.12.04

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фурсов С.А., Наров Ю.Э.,
Любарский М.С., Морозов В.В.
*Институт клинической и
экспериментальной лимфологии,
Новосибирск*

При развитии любых патологических состояний лимфатическая система обеспечивает транспорт из тканей в кровь продуктов нарушенного метаболизма, некробиоза и других токсических веществ. Являясь «первым барьером» организма, лимфатическая система у онкологических пациентов испытывает значительную функциональную нагрузку за счет наличия выраженной в различной степени эндогенной интоксикацией сложного генеза. Кроме того, выполнение по поводу рака толстой кишки радикальных операций вследствие большого операционного объема и исходно скомпрометированной реактивности организма пациентов определяет существенное напряжение защитных сил организма. Вышеперечисленные факты предполагают, что ранний послеоперационный пери-

од у онкологических больных становится критическим моментом, и во многом могут объяснить высокую частоту послеоперационных осложнений, в том числе и гнойно-воспалительных. Исходно наблюдаемая эндогенная интоксикация значительно усугубляется на фоне проведения первого курса адьювантной полихимиотерапии в раннем послеоперационном периоде.

Следовательно, для компенсации естественных систем детоксикации организма, в первую очередь, лимфатической, требуется потенцирование или протезирование дренажно-детоксикационной функции лимфатической системы, то есть, необходима стройная программа лекарственной терапии нарушенных функций лимфатических сосудов и нодулярного аппарата. Имея большой опыт применения методов клинической лимфологии в различных областях медицины, для обеспечения желаемого лечебного воздействия были выбраны две методики – энтеросорбцию и межкостистые лимфотропные инъекции. При выборе руководствовались принципом достижения максимального эффекта при минимальном воздействии.

Энтеросорбция является одним из наиболее легко воспроизводимых и безопасных для пациентов методов детоксикации, при чем сорбенты, поглощая токсины со скоростью приблизительно равной лимфатической системе, позволяют «заменить» (протезировать) ее на время. При включении в их состав антибактериального препарата возможным является быстрое насыщение им лимфатической системы в регионе толстой кишки. При этом благодаря рецептуре межкостистой лимфотропной инъекции создается своеобразное тканевое «депо» лекарственных веществ, позволяющее длительное время поддерживать в регионарных лимфатических узлах терапевтическую концентрацию антибактериального препарата.

Таким образом, используя комбинированную методику, мы сочетали детоксикацию организма путем энтеросорбции и усиление барьерной функции регионарных лимфатических узлов за счет лимфотропной антибиотикотерапии. Данная методика с успехом применена у больных колоректальным раком, перенесших радикальную операцию и получавших курс адьювантной полихимиотерапии. В результате проведенной коррекции эндотоксикоза и профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений удалось улучшить результаты лечения, что проявилось положительной динамикой клинических и лабораторных показателей, отсутствием осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, улучшением качества жизни пациентов и переносимости ими полихимиотерапии.

Работа представлена на II научную конференцию студентов, молодых ученых и специалистов с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 19-26 февраля 2005г. Хургада (Египет). Поступила в редакцию 27.12.04г.