

В группе больных, в премедикацию которых был включен аминазин, рост общего периферического сопротивления был минимальным и составлял 25%, в 1-й же группе оно возросло на 74,9%. Период его высокого значения был существенно короче — уже на 10-й минуте анестезии этот показатель был выше исходного всего на 3,2%. Соответствующим образом менялись и ударный объем сердца, и минутный объем кровообращения: первый уменьшался на 14,3% (в контроле — на 37,5%), причем к 10-й минуте анестезии уже превышал исходную величину на 3,7%; второй показатель к этому же времени достоверно возрастал.

Поскольку сократительная способность миокарда в ходе кетаминовой анестезии не страдает, более того, миокард начинает работать в режиме гипердинамики [3, 4, 8], можно предположить, что прессорный эффект кетамина захватывает в первую очередь систему микроциркуляции. По-видимому, происходит стимуляция α - и β -адренорецепторов, причем первых в большей степени. Возрастание периферического сопротивления настолько велико, что происходит снижение ударного объема сердца и минутного объема кровообращения, хотя миокард работает в режиме гипердинамики. Препараты, предотвращающие рост периферического сопротивления, вызванного кетамином (аминазин и в меньшей степени дроперидол), воздействуют на гипоталамическую область и ретикулярную формацию, вызывая их торможение, поэтому можно считать, что симпатомиметический эффект кетамина связан с возбуждением именно упомянутых отделов ствола мозга. Эта гипотеза объясняет, кроме того, многообразие клинических проявлений кетаминовой анестезии.

ВЫВОДЫ

1. Возрастание периферического сопротивления при кетаминовой анестезии у детей приводит к снижению ударного объема сердца и минутного объема кровообращения.

2. Включение в премедикацию центрального адренолитика — аминазина позволяет избежать снижения данных показателей за счет значительного уменьшения роста общего периферического сопротивления.

3. Использование в премедикации дроперидола дает возможность получить эффект, аналогичный действию аминазина, но менее выраженный в связи с меньшим центральным и периферическим адренолитическим воздействием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопухов В. М. Клинико-физиологическая оценка диазепам-кетаминовой анестезии при гинекологических операциях. Автореф. канд. дисс. М., 1981.—2. Ванеевский В. Л. Вестн. АМН СССР, 1983, 10, 43.—3. Горшенин П. В., Шалимов В. Н. В кн.: Научные труды Казанского медицинского института, 1983, т. 6.—4. Дамир Е. А., Шаронова В. С. Экспер. хир. и анест., 1974, 1, 59.—5. Дундуа Н. Г., Одилавадзе З. Н. Анест. и реаниматол., 1982, 3, 17.—6. Дьяченко П. К., Лобач Б. И. Вестн. хир., 1977, 9, 62.—7. Михельсон В. А., Острейков И. Ф. Вестн. АМН СССР, 1983, 10, 55.—8. Пиляева И. Е., Ростунова Н. В. Анест. и реаниматол., 1982, 3, 15.—9. Balogh D., Bauer M. et al. Anaesthesist, 1983, 32, 3.

Поступила 06.06.85.

УДК 616.36+616.379—008.64

ПРОБА С УЁВИРИДИНОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

М. М. Еселев, П. Г. Сценуро, Г. Н. Сорокина

*Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета (зав.—проф. Л. С. Юданова)
Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

Проба с введением уёвиридина относится к числу высокоинформативных тестов, отражающих функциональное состояние печени, поскольку препарат является органоспецифичным. Проведение пробы технически несложно, непродолжительно по времени и возможно вне зависимости от степени гипербилирубинемии. Препарат хорошо переносится больными, практически лишен антигенных свойств [3, 5].

Целью настоящей работы было сравнительное изучение поглотительной функ-

ции печени при помощи пробы с уёвридином при сахарном диабете и некоторых заболеваниях печени.

Обследовано 47 человек (27 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет. В 1-ю группу вошли 20 больных сахарным диабетом со среднетяжелой и тяжелой формами болезни и длительностью заболевания от 3 до 10 лет. У 6 из них сахарный диабет сочетался с клиническими признаками атеросклеротического поражения венечных и мозговых артерий. Во 2-ю группу были включены 27 больных, у 10 из них был диагностирован цирроз печени или хронический гепатит, у 7 — функциональная гипербилирубинемия (синдром Жильбера). 10 здоровых лиц в возрасте от 18 до 25 лет составили контрольную группу. Клинико-лабораторное обследование больных включало изучение активности трансаминаз, реакцию Гринстеда, определение протромбинового индекса, белковых фракций, холестерина и билирубина сыворотки крови.

Пробу с уёвридином проводили следующим образом. В локтевую вену в течение 30 с вводили уёвридин из расчета 0,5 мг/кг. До инфузии, а затем через 3 и 7 мин после нее производили взятие 5—7 мл крови. Оптическую плотность сыворотки определяли спектрофотометрически при длине волны 810 нм. По соотношению концентрации красителя во второй и третьей порциях сыворотки рассчитывали [4] полупериод поглощения препарата ($T_{\frac{1}{2}}$). Контролем служила сыворотка крови, взятой до введения красителя.

Нарушение поглотительной функции печени было установлено у больных 1-й группы ($T_{\frac{1}{2}} = 7,01 \pm 0,34$ мин). У 6 из них наблюдалось изолированное нарушение поглощения уёвридина, у остальных — в сочетании с умеренно выраженной диспротеинемией. У всех обследованных с тяжелой формой сахарного диабета было замедленное поглощение уёвридина; при среднетяжелом течении заболевания поглотительная функция была нарушена у 8 из 12 больных. Гипербилирубинемия, повышения активности трансаминаз, изменений уровня протромбина и холестерина ни у одного из обследованных больных не обнаружено.

Выявлено статистически достоверное различие показателей поглощения уёвридина в группе больных сахарным диабетом по сравнению с результатами пробы у здоровых лиц ($T_{\frac{1}{2}} = 2,50 \pm 0,41$ мин, $P < 0,001$). При сопоставлении результатов исследования у больных сахарным диабетом и у больных циррозом печени и хроническим гепатитом ($T_{\frac{1}{2}} = 8,20 \pm 0,62$ мин) статистически достоверной разницы между ними не установлено.

Снижение клиренса уёвридина у больных сахарным диабетом наблюдали также и другие авторы [1, 2], что обусловлено, по их мнению, жировой инфльтрацией печени. В ряде литературных источников подчеркивается информативность пробы на ранних стадиях поражения печени, когда нарушение поглотительной функции выявляется нередко как парциальный дефект. Данная особенность считается характерной для жировой дистрофии печени и может рассматриваться как дифференциально-диагностический признак этого вида повреждения ткани [3, 6, 7].

Резюмируя изложенное, можно сделать вывод о высокой чувствительности пробы с уёвридином, возможности ее применения для диагностики скрыто протекающих поражений печени у больных сахарным диабетом, а также для оценки выраженности указанных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Ю. П. Функциональное состояние гепатобилиарной системы у больных сахарным диабетом. Автореф. канд. дисс. М., 1973.
2. Алексеев Ю. П., Мирходжаев А. Х. Тер. арх., 1972, 5, 88.
3. Клемашев И. С. К характеристике функциональных и гемодинамических нарушений при хронических заболеваниях печени. Автореф. докт. дисс. М., 1973.
4. Логинов А. С., Кондашова З. Л. Тер. арх., 1970, 6, 101.
5. Соренсон С. Н., Салеев Г. А., Куксенков Е. С. Там же, 1980, 2, 59.
6. Ianeski I., Milewski B. Z. ges. inn. Med., 1970, 25, 505.
7. Seidel I., Hölzel H., Reibmann G. Ibid., 1971, 26, 436.

Поступила 04.12.84.