

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.14—089.819.1

**В. Е. Григорьев, В. П. Панкова, А. Г. Хисамутдинов, Р. И. Туишев (Казань).
Опыт использования лифузоля при катетеризации сосудов**

В последнее время для защиты операционных ран и послеоперационных кожных швов от инфекции (вместо наклейки и повязки), кожи от мацерации при свищах, для профилактики пупочного сепсиса у новорожденных довольно широко и с успехом используется аэрозольный пленкообразующий препарат лифузол. Действующим началом препарата является фурациллин, который активен в отношении ряда грамотрицательных и грамположительных микробов.

С целью профилактики осложнений в отделении анестезиологии и реанимации мы проводили клиническое испытание указанного препарата в качестве местного антисептического средства для фиксации катетера, находящегося в подключичной вене.

Методом случайной выборки были сформированы 2 идентичные группы больных из отделений различного профиля: нейрохирургического, хирургического, травматологического, детской хирургии, ЛОР, челюстно-лицевой хирургии. В 1-ю группу вошли 177 больных, у которых при катетеризации подключичной вены был применен препарат лифузол; 187 больным 2-й группы фиксация катетеров проводилась обычным способом с помощью лейкопластыря.

Лифузол рассыпали с расстояния 10—15 см от обрабатываемой поверхности в течение 1—2 с трехкратно, с небольшими паузами (15—30 с) для подсыхания пленки, затем катетер фиксировали пластырем.

Среди больных 2-й группы были зарегистрированы осложнения в виде сепсиса (у 1,6%), инфильтрации в области введения катетера (у 4,8%), мацерации кожи (у 1,1%), причем последняя отмечалась только у больных детского хирургического отделения.

У больных 1-й группы каких-либо инфекционных осложнений, а также мацерации кожи от пластыря и прочих осложнений, связанных с постановкой подключичных катетеров, не было зарегистрировано. Побочных эффектов при работе с лифузолом не выявлено. Данный метод может быть рекомендован в широкой практике отделений анестезиологии и реанимации с целью профилактики осложнений.

УДК 616.127—005.4—085.217.34

Л. С. Юданова, О. Д. Локшина (Саратов). Влияние нитроглицерина и обзидана на сократительную способность миокарда и гемодинамику у больных с различными типами кровообращения

Целью настоящего исследования являлась оценка влияния однократного приема нитроглицерина и обзидана на сократительную способность миокарда по показателям гемодинамики у больных с различными формами ишемической болезни сердца.

Клинико-инструментальное обследование проведено у 52 больных (40 мужчин и 12 женщин) ишемической болезнью сердца в возрасте от 42 лет до 71 года. Среди них было 9 больных со стабильной формой стенокардии напряжения II и III функционального класса, 4 — с прогрессирующей стенокардией, 24 — с острым инфарктом миокарда, 7 — с недостаточностью кровообращения I и IIА степени (из них у 3 было нарушение сердечного ритма). У 15 больных ишемическая болезнь сердца сочеталась с гипертонией. По данным инструментальных исследований были выделены следующие гемодинамические варианты: эукинетический (у 6), гипокинетический (у 17), гиперкинетический (у 21), застойный (у 8).

В исходном состоянии утром натощак, через 5 мин после приема 0,5—1,0 мг нитроглицерина сублингвально и через 60 мин после приема внутрь 80 мг обзидана регистрировали ЭКГ в 12 отведениях, апекскардиограмму и тетраполярную реограмму. Были проанализированы 8 параметров: ударный и минутный объем, сердечный индекс, удельное периферическое сопротивление, объемная скорость изгнания крови, мощность сердечных сокращений, расход энергии на перемещение 1 л минутного объема, конечное диастолическое давление в левом желудочке.

Однократный прием обзидана в обычной дозе снижает нагрузку на сердце и уменьшает потребность в кислороде только у тех больных ишемической болезнью сердца, у которых в исходном состоянии отмечались признаки гипердинамии и удовлетворительные сократительные резервы миокарда. У больных с тяжелым поражением миокарда и исходно низкими показателями сердечного выброса ($<0,05 \text{ л} \cdot \text{с}^{-1} \cdot \text{м}^{-2}$)

последний повышается, при этом увеличивается конечное диастолическое давление в левом желудочке и потребление кислорода, что следует учитывать при плановом применении β -адреноблокаторов у больных с недостаточностью кровообращения, особенно при лечении коронарной недостаточности.

Нецелесообразно назначение нитроглицерина больным с эу- и гипокINETическим типом гемодинамики, с исходным низким сердечным индексом ($<0,05 \text{ л}\cdot\text{с}^{-1}\cdot\text{м}^{-2}$), так как нитроглицерин еще более его снижает.

Применение обзидана у больных с выраженным и обширным поражением миокарда, с гипокINETическим и застойным типом гемодинамики также нецелесообразно, ибо усугубляет уже имеющиеся застойные явления на периферии. Показанием к назначению обзидана следует считать гиперкинетический тип реакции гемодинамики с исходными высокими показателями сердечного выброса ($>0,5-0,06 \text{ л}\cdot\text{с}^{-1}\cdot\text{м}^{-2}$).

Применение нитроглицерина у больных с гиперкинетическим типом гемодинамики с исходным высоким сердечным индексом ($>0,05 \text{ л}\cdot\text{с}^{-1}\cdot\text{м}^{-2}$) благоприятно и экономично для миокарда, так как приводит к снижению расхода энергии.

УДК 616.5—004.1—085.355:577.157

А. И. Завьялов (Саратов). Коллалазин в терапии больных ограниченной склеродермией

В патогенезе склеродермии существенную роль играет интенсивный биосинтез коллагена, что обуславливает развитие фиброзно-склеротических поражений. В связи с этим патогенетически обосновано применение средств, действие которых направлено на снижение синтеза и повышение катаболизма коллагена.

Коллалазин (синонимы: коллагеназа, клостридиоэнзим А) — протеолитический ферментный препарат, получаемый из культуры *Clostridium histolyticum*. Он избирательно действует на коллаген, вызывая его деструкцию. Нами проведено лечение 54 больных (мужчин — 5, женщин — 49) с очаговой склеродермией в возрасте от 5 до 65 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 мес до 15 лет.

Методика лечения была следующей: коллалазин в дозе 500 КЕ растворяли в 10 мл дистиллированной воды и смешивали с 10 г ланолинового крема. Вводили препарат с помощью ультразвука интенсивностью 0,4—0,6 Вт/см² по лабильной методике со скоростью перемещения озвучателя 1—2 см с продольными и циркулярными движениями. Режим импульсный, продолжительность процедур — 5 мин, курс — 10—15 процедур.

В процессе лечения изменялась окраска очагов поражения, уменьшалась или совсем проходила эритема, кожа становилась мягче. В конце курса у большинства больных исчезали зоны роста очагов. При повторных курсах лечения, проведенных после 1—2-месячного перерыва, регресс очагов поражения продолжался.

Больные приняли от 3 до 5 курсов ультрафонофореза коллалазина, в результате у 5 наступило клиническое разрешение, у 42 — значительное улучшение, у 6 — частичное улучшение, у одного эффекта не было. Исчезновение очагов ограниченной склеродермии отмечено лишь у больных с поверхностными формами заболевания.

Под влиянием лечения уменьшились СОЭ (у 17), лейкоцитоз (у 13), эозинофилия (у 7), а также экскреция с мочой оксипролина (от $32,5 \pm 0,3$ до $29,6 \pm 0,2$ мг/сут), гликозаминогликоенов и креатинина.

Приведенные данные свидетельствуют о целесообразности применения ультрафонофореза коллалазина в комплексном лечении больных с ограниченной склеродермией.

УДК 616.248—085.849.19

Н. И. Максимов (Устинов). Отдаленные результаты лазеротерапии больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом

Мы провели курсовое лечение гелий-неоновым лазером ЛГ-75 в условиях поликлиники больных бронхиальной астмой (170 чел.) и хроническим обструктивным бронхитом (90). Воздействие лазерным лучом производилось с учетом опыта рефлексотерапии. Время воздействия на каждую биологически активную точку составило 10 с при мощности облучения 25 мВт (курс — 15—20 процедур).

Анализ отдаленных результатов лечения показал стойкий клинический эффект (с отсутствием приступов и полной или почти полной нормализацией функции внешнего дыхания) в течение года у 37 (33%) из 112 больных бронхиальной астмой инфекционно-аллергической формы, причем в основном у лиц с легким и среднетяжелым течением. У 51 (45,5%) больного выраженный и значительный эффект наблюдали от 6 мес до 1 года; у 21 (18,7%) констатировано улучшение состояния (с сохранением отдельных приступов удушья) продолжительностью от 1 до 6 мес; непосредственно после курсового лечения нормализация функции внешнего дыхания отмечена почти у всех больных. Лишь у 3 (2,7%) пациентов лечение оказалось неэффективным.

Спустя год только у одной из 14 больных атопической бронхиальной астмой возобновились приступы удушья. У остальных пациентов практически срок полной и стойкой ремиссии составил 6—12 мес.