

тельные периодические боли в эпигастральной области и в правом подреберьи. Живот мягкий, безболезненный, активно участвует в акте дыхания, печень слегка выступает из-под правого подреберья, безболезненная. Послеоперационный рубец линейный, мягкий, безболезненный.

УДК 618.1—06:616.981.25—073.173

Д. Ф. Костючек, Э. В. Баграмянцев (Ленинград). Интегральная реография тела в комплексной диагностике сепсиса у гинекологических больных

Мы применили интегральную реографию тела (ИРГТ) для оценки центральной гемодинамики у 10 больных с акушерско-гинекологическим сепсисом. У 8 женщин сепсис развивался вследствие внеблочного инфицированного аборта при сроках беременности от 7 до 26 нед, у 2 — как осложнение после гинекологической операции. Септицемия была у 7 больных, септикопиемия — у 3, септический шок — у 2, причем у одной больной он осложнился острой почечной недостаточностью; перитонит диагностирован у одной женщины.

В результате раздельного анализа параметров ИРГТ у больных выявлены следующие закономерности: 1) значительное увеличение сердечного и ударного индексов, коэффициента дыхательных изменений и с односторонним возрастанием коэффициента резерва, что свидетельствовало о глубоких нарушениях функции дыхания (у 5 больных имели место тахипноэ от 22 до 38 в 1 мин с акроцианозом и рентгенологические изменения в легких); 2) снижение ударного и сердечного индексов, коэффициента резерва в 1,5—2 раза (у 2 больных) при крайне тяжелом состоянии, что указывало на декомпенсацию сердечной деятельности вследствие токсического поражения миокарда при сепсисе; 3) снижение коэффициента интегральной тоничности в среднем на 15,4% ($64,5 \pm 0,1$ при норме $76,2 \pm 0,3$); 4) увеличение минутного объема кровообращения в 1,5—3 раза (у 8), что следует расценивать как фактор гипердинамической реакции при сепсисе вследствие повышения тканевой потребности в кислороде и гипертермии тела; 5) наличие легочной гипертензии в виде появления дополнительной пресистолической волны (у 4) и ее корреляция с коэффициентом дыхательных изменений, что является плохим прогностическим признаком и указывает на глубокие расстройства функции дыхания; трое из 4 больных с легочной гипертензией погибли при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Лишь раннее применение искусственной вентиляции легких под положительным давлением, а также использование всего комплекса интенсивной терапии, включая удаление очага инфекции, гипербарическую оксигенацию, гемосорбцию, ультрафиолетовое облучение крови, помогло сохранить жизнь одной больной; 6) наличие токсического влияния на миокард инфекционного процесса; о нем судили по показателю стабильности тонуса: у 7 больных он превышал нормальную величину в 1,3—1,5 раза, коррелируя с данными ЭКГ (токсическое поражение миокарда, дистрофические изменения, нарушения питания сердечной мышцы).

Наибольшие трудности представляет ранняя диагностика септического шока. Для каждой больной с сепсисом даже на фоне проводимой интенсивной терапии существует реальная опасность развития септического шока. Видимая гипердинамическая фаза септического шока — явление вторичное, ей предшествуют глубокие тканевые нарушения окислительных-восстановительных процессов.

Следовательно, по динамике наиболее информативных показателей интегральной реографии тела, таких как увеличение коэффициента дыхательных изменений, показателя стабильности тонуса при стабильно сниженном коэффициенте интегральной тоничности и тенденции к тахикардии, тахипноэ, гипотонии, в совокупности с общепринятыми методами диагностики, можно выявлять ранние симптомы септического шока и своевременно решать вопрос о хирургическом лечении.

УДК 616.61—002.3—06:616.12—008.331.1—072

Н. Н. Крюков (Куйбышев). Эхокардиографическая оценка хронического пиелонефрита с артериальной гипертензией и без нее

Изучали состояние кардиогемодинамики у больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией и без нее по данным эхокардиографического исследования (ЭхоКГ).

Обследовано 149 больных хроническим пиелонефритом в возрасте от 17 до 70 лет (мужчин—51, женщин—98). Средний возраст больных составил 43,9 года. С синдромом артериальной гипертензии было 90 пациентов, без него—59. В контрольную группу вошли 32 здоровых человека. Больные хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией в зависимости от характера течения гипертонии были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли лица с мягкой формой артериальной гипертензии (35), во 2-ю — со стабильной (46) и в 3-ю — со злокачественной (9) формой заболевания.

Важнейшим объективным показателем, характеризующим различные стороны синдрома артериальной гипертензии, является гипертрофия левого желудочка. Поэтому проведен анализ 6 основных эхокардиографических параметров по отношению к синдрому гипертрофии левого желудочка. Оказалось, что у больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией мягкой формы нормальные конечные диастолический и систолический размеры без гипертрофии левого желудочка регистрировались в 42,8% случаев, а при различных типах гипертрофии — лишь в 14,3%. Сердечный выброс был нормальным или повышенным почти в одинаковом проценте случаев у лиц с гипертрофией левого желудочка и без нее. Сократительная функция миокарда левого желудочка сохранялась удовлетворительной у 60% больных рассматриваемой группы, при этом у 20% с гипертрофией левого желудочка.

При стабильном течении хронического пиелонефрита с артериальной гипертензией в большинстве случаев гипертрофия левого желудочка сочеталась с увеличенными конечными диастолическим и систолическим размерами. У каждого третьего больного констатирована