

2. Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // *Өмір сапасы. Медицина*, 2003, №2, Б.10-15.

3. Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н., Ермолаева О.А. Атеротромбоз и острый коронарный синдром // *Клиникалық медицина*, 2005, №2, Б.4-9.

4. Лобань Г.А. Взаимосвязь свертывания крови с наследственным полиморфизмом ее антигенов // *Проблемы гематологии и переливания крови*, 1982, №4, Б.43-46.

5. Шабалин В.Н., Серова Л.Д. Клиническая иммуногематология. Медицина, 1988, 312 с.

6. Tarjan Z, Tonelli M, Duba J, Zorandi A. Correlation between ABO and Rh blood groups, serum cholesterol and ischemic heart disease in patients undergoing coronary angiography // *Orv Hetil*, 1995, Vol. 136(15), P.767-769.

7. Gillum R.F. Blood groups, serum cholesterol, serum uric acid, blood pressure and obesity in adolescents // *J Natl. Med. Assoc*, 1991, Vol.83 (8), P.682-688.

8. Sapozhnikov I. Relationship between serum cholesterol content, arterial blood pressure and the ABO blood group phenotype in middle-aged men. // *Kardiologia*, 1977 May; Vol.17 (5), P. 108-113.

9. Horby J., Gyrtrup H.J., Grande P., Vestergaard F. Relation of serum lipoproteins and lipids to the ABO blood groups in patients with intermittent claudication // *J. Cardiovasc. Surg. (Torino)*, 1989, Vol.30(4), P.533-537.

10. Назаретян А.К., Нерсисян В.М., Мартиросян И.Г. және басқалар. Особенности распределения иммуногенетических маркеров эритроцитарных систем при ишемической болезни сердца // *Гематология және трансфузиология*, 1993, №6, Б.40-41.

УДК 616.12-008.341+612.13

АСПЕКТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

А.А. Дюсупова, Г.Б. Жумагулова, И.Х. Альпаева, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова, В.Т. Ахметова

*Кафедра общей врачебной практики и эндокринологии
Государственный медицинский университет города Семей*

Тұжырым

ИНФУЗИОНДЫ-ТРАНСФУЗИОНДЫ ТЕРАПИЯ ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ОРТАЛЫҚ ГЕМОДИНАМИКА АСПЕКТІЛЕРІ

Бұл жұмыста науқастарда инфузионды-трансфузионды терапия жүргізу кезіндегі орталық гемодинамиканы зерттеу нәтижелері көрсетілген. Волемиялық асқынудың алдын алу мақсатында ОВҚ бастапқы және посттрансфузионды деңгейі мен өкпе гемодинамикасының көрсеткіштерін бақылау қажет. ОВҚ 30 мм сын.бағ жоғары болуы кезінде өкпе гипертензиясы белгілері анықталған.

Summary

ASPECTS OF CENTRAL HAEMODYNAMICS AT CARRYING OUT OF INFUSION-TRANSFUSIONAL THERAPY

In the present work results of studying of central haemodynamics at patients are resulted at carrying out infusion-transfusal therapy. For the purpose of prevention of volemic complications the control for initial and posttransfusional level CVP and indicators of pulmonary haemodynamics is necessary. At CVP more than 30 mm of Hg. signs of a pulmonary hypertension are revealed.

В соответствии с литературными данными критерием адекватности противошоковой терапии, основу которой составляет инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ), является показатель центрального венозного давления (ЦВД) [1,2,4].

В литературе в качестве исходных показателей венозного давления на периферических венах конечностей (ПВД): в локтевой вене и в венах стопы приводятся величины от 50-60 до 110-120 мм вод.ст. [1,2,4]. Исследователи более позднего периода [5-7] в качестве показателей ЦВД в верхней полой вене приводят почти аналогичные цифровые данные от 30 до 120 мм вод.ст., совпадающие с данными ПВД предыдущих исследователей. В наших же предыдущих работах установлены другие показатели нормального ЦВД от отрицательного до слабо положительного, не более 30-40 мм вод.ст. [3].

В связи с этим нами решено было провести оценку состояния центральной и легочной гемодинамики у больных до и после проведения ИТТ.

Материалы и методы. Состояние центральной и легочной гемодинамики оценивали методами инвазивного (измерение ЦВД) и неинвазивного мониторинга (эхокардиографическое исследование сердца). С целью

измерения ЦВД в палате интенсивной терапии (ПИТ) всем обследуемым проводилась катетеризация подключичной вены по Сельдингеру. Подключичный катетер с соблюдением всех правил по уходу продолжал функционировать и в условиях профильного травматологического отделения. Остальные параметры (прямые и расчетные) центральной и легочной гемодинамики (МО-минутный объем, УО-ударный объем, УИ-ударный индекс, СИ-сердечный индекс, ФВ-фракция выброса, ЛП-левое предсердие, ПЖ-правый желудочек, ОЛС-общее легочное сопротивление, ДЛАСр.-среднее давление в легочной артерии, диаметр ЛА-легочная артерия, максимальную скорость кровотока через ЛА, ОПСС-общее периферическое сосудистое сопротивление, ИУРПЖ-индекс ударной работы правого желудочка и ИУРЛЖ-индекс ударной работы левого желудочка) регистрировались с помощью метода эхокардиографического исследования сердца.

Методики мониторинга применялись у 18 больных, получавших лечение в ПИТ и в специализированном травматологическом отделении больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей ВКО. Из них 42,8% составили больные с отморожениями 2-4 степени,

43,4% - лица с ожогами 2-3Б степени, остальные 13,8% - больные с переломами голеней. Средний возраст пациентов составлял $49,6 \pm 1,6$ лет, площадь поверхности тела - $1,62 \pm 0,03$ м².

Результаты и их обсуждение. Всем больным оказывалась неотложная помощь, основой которой являлась ИТТ. ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. По результатам анализа выявлено, что объем внутривенной инфузии составил от 500 до 1300 мл/сутки.

Исследованием исходных значений параметров центральной и легочной гемодинамики у больных до начала ИТТ в целом по группе выявлено нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.

Иная ситуация сложилась после проведенной инфузионной терапии. Так зарегистрировано статистически значимое повышение величин ЦВД от $6,3 \pm 0,8$ до $48 \pm 3,3$ мм вод.ст., АДср. от $96 \pm 1,2$ до $107,7 \pm 1,6$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). Частота сердечных сокращений возросла до $94,6 \pm 1,2$ ударов в минуту ($P < 0,05$). Показатели МО и СИ достоверно отличались от исходных их значений ($7,1 \pm 0,2$ л/мин и $4,1 \pm 0,1$ л/мин/м²) и составили соответственно $8,2 \pm 0,1$ л/мин, $4,9 \pm 0,1$ л/мин/м². То же самое можно сказать и о ЛП и ПЖ, полостные размеры которых увеличились до $3,3 \pm 0,04$ и $2,7 \pm 0,03$ см при исходных значениях $3,1 \pm 0,05$ и $2,4 \pm 0,04$ см соответственно ($P < 0,05$). Касательно параметров ФВ, УО и УИ, то динамика последних носила характер тенденции ($P > 0,05$). Сократительная же функция миокарда при проведении ИТТ значимо увеличилась, несколько превышая их нормальные значения (ИУРПЖ $12,7 \pm 0,7$, ИУРЛЖ $75,3 \pm 2,2$ т·м/ м²/уд, $P < 0,05$). Последним изменением соответствовало достоверное снижение ОПСС с $1153 \pm 24,9$ до $1064 \pm 20,4$ дин/с/см⁵. При этом обнаружена достоверная корреляция показателей сократительной способности миокарда с ударным индексом: ИУРПЖ и УИ – коэффициент корреляции $R = 0,37$ ($P < 0,05$, $n = 18$); ИУРЛЖ и УИ – $R = 0,83$ ($P < 0,05$, $n = 18$);

Относительно динамики параметров легочной гемодинамики, то выявлено достоверное повышение ДЛАСр. и диаметра ЛА от $12,6 \pm 0,7$ и $2,1 \pm 0,05$ до $17,7 \pm 0,8$ мм рт.ст. и $2,4 \pm 0,03$ см соответственно ($P < 0,05$). Обнаружены повышенные значения ОЛС - $310 \pm 13,6$ дин/с/см⁵ ($P < 0,05$) и максимальной скорости легочного кровотока - $1,0 \pm 0,04$ м/с ($P < 0,05$). Выявлена достоверная корреляция указанных показателей ЦВД и ДЛАСр. – коэффици-

ент корреляции $R = 0,77$ ($P < 0,01$, $n = 18$); ЦВД и ОЛС - $R = 0,61$ ($P < 0,01$, $n = 18$).

Выводы.

1. При проведении ИТТ с целью профилактики волемиических осложнений необходим контроль за исходным и посттрансфузионным уровнем ЦВД и показателями легочной гемодинамики (ДЛАСр., ОЛС, максимальная скорость кровотока ЛА).

2. Эхокардиографическое исследование сердца в сочетании с измерением ЦВД позволяет получить объективную информацию о состоянии центральной и легочной гемодинамики у больных в процессе проведения ИТТ и предупредить развитие гипертонического состояния

3. При значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии

4. Между показателями ЦВД и ДЛАСр. и ЦВД и ОЛС - выявлена достоверная корреляция – коэффициенты корреляции $R = 0,77$ ($P < 0,01$) и $R = 0,61$ ($P < 0,01$) соответственно.

Литература:

1. Аденский А.Д. Методика и техника исследования венозного давления // Венозное давление и значение его в клинике сердечно-сосудистых заболеваний.- Минск.- 1953.- С. 8-56.

2. Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Централизация кровообращения // Трансфузионная терапия при острой кровопотере.- Медицина.- 1977.- С. 7-8.

3. Дюсюпова А.А. Гемодинамические аспекты при инфузионной терапии в неотложной практике.- Республиканский журнал «Поиск» №2.- Алматы, 2007.- С. 120-123.

4. Мартыничев А.Н., Никитина Н.И., Трунин М.А. Краткие анатомо-физиологические данные о венозном давлении // Венозное давление в хирургической клинике.- М., 1963.- С. 5-17.

5. Пермяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии.- Москва. «Медицина». 1985г.

6. Чибуновский В.А. Центральное венозное давление. Его роль при оценке кровообращения и в контроле инфузионной терапии. Методы его измерения. Алматы. 1991/2005г.

7. Чеберев Н.Е., Пакалев Г.М., Шабанов В.А. и др. Венозное давление // Венозная гипертензия.- Нижний Новгород.- 2003.- С. 13-15.

УДК 616.12-008.331-10

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Р.Е. Кулубеков, А.С. Дюсюкенова

Государственный медицинский университет города Семей,
КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей

Резюме

За редким исключением все виды нарушений ритма сердца и проводимости являются признаком какого – либо патологического процесса и его успешное лечение, как правило, приводит к устранению аритмии.

Тұжырым

КЕЙБІР СҰРАҚТАР ЕМДЕУ АНТИАРИТМКАЛЫҚ ДӘРІ

Антиаритмикалық дәрілермен емделудің әртүрлі сұрақтары. Жүрек соғысының барлық түрлері және өзгеру процесінің жақсы емделуі аритмияның жоюына әкеп соқтырады.