

за. Перфузия 1-2 ОЦК, через сорбенты приводила к снижению уровня среднемолекулярных пептидов с $0,414 \pm 0,04$ до $0,293 \pm 0,02$ усл. ед., $p < 0,05$, концентрации мочевины с $15,97 \pm 1,39$ до $10,8 \pm 1,03$ ммоль/л, $p < 0,01$, билирубина с $31,51 \pm 3,54$ до $22,93 \pm 3,24$ мкмоль/л, $p < 0,1$, удлинению парамечийного теста с $11,3 \pm 1,27$ до $18,5 \pm 1,76$ мин., $p < 0,05$. Из 45 пациентов леченных с применением перитонеального диализа по описанной методике и гемосорбции. Умерли 8 или 17,8%. Среди больных, у которых не применялись вышеуказанные современные методы детоксикации в лечении, приводили к летальности до 29,9%.

Таким образом, тяжелый синдром эндогенной интоксикации, является одной из основных причин смерти больных разлитым гнойным перитонитом. Резкая активация протеолиза в перитонеальном экссудате и сыворотке крови и накопление в крови среднемолекулярных пептидов, являются важными моментами патогенеза развития интоксикации при развитии перитонита. Лечение интоксикационного синдрома зависит от степени его

выраженности, поэтому необходимо по строгим показаниям применение перитонеального диализа, лимфосорбции, гемосорбции. Мы считаем в этом, решение проблем в хирургии при тяжелых формах распространенного перитонита, которые будут своевременно внедряться, и применяться в клинической практике хирурга. Это современные инновационные технологии, конкретных новшеств в медицинскую практику, при дифференцированных клинических показаний к широкому их использованию.

Литература:

1. Линденберг А.А., Кригер А.Г., Шуркалина Т.Х., Мельник И.П. Гемосорбция в комплексном лечении распространенных форм перитонита. – Хирургия. - 1984, №8, - С. 120-124.
2. Савельев В.С. и др. «Руководство по хирургии». - Т-1,3, 2009, 2010г.
3. Ерюхин И.А., Хирургия гнойного перитонита, Росс. Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, 2002г.

УДК 616-089.163

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Г.Ж. Ыגיעв

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Тұжырым

ОПЕРАЦИЯ АЛДЫДАҒЫ КЕЗЕНДЕГІ ИНФУЗИОНДЫ ТЕРАПИЯ

Г.Ж. Ыגיעв

Инфузионды терапия ұзақ уақытты хирургиялық іс-шаралардың және анестезиологиялық құралдың маңызды және біртұтас бөлігі болып саналады. Жаңа замандағы анестезиологиялық құралдар ауырсыну аумағындағы ауырсыну импульсациясын басу үшін тек қана наркотикалық анальгетиктерді енгізу ғана емес, сонымен қатар организмнің қызметін бақылау, яғни ең алдымен тыныс алу және қанайналым жүйесін басқару. Бұл міндеттер инфузионды терапияны қолдану арқылы жүзеге асады.

Summary

INFUSION THERAPY AT PERIOPERATIVE PERIOD

G.Zh. Ygiyev

Infusion therapy at long surgical operations is important part of anesthesiological help. Modern anesthesiological help consist of not only introduction of narcotic analgetics but also medicines to depress pain pulsation from zone of operation and to management of organism functions, first of all respiration and blood circulation. These goals are realized by using of infusion therapy.

Инфузионная терапия является серьезным инструментом анестезиолога-реаниматолога и может дать оптимальный лечебный эффект только при соблюдении двух неперемных условий: врач должен четко понимать цель применения препарата и иметь представление о механизме его действия. Нарушение водно-электролитного обмена может привести к тяжелым расстройствам сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. В связи с этим рациональной можно считать только ту программу инфузионной терапии, которая основывается на четких знаниях водно-электролитного обмена[1].

Инфузионная терапия при длительных хирургических вмешательствах является неотъемлемой и важной частью анестезиологического пособия. Во-первых, это обеспечение пациента водой и электролитами с учетом физиологических потребностей до операции и во время нее. Во-вторых, большие по объему операции сопровождаются более или менее значимой кровопотерей. В-третьих, необходимо учитывать перспирацию жидкости из зоны операции. Открытая лапаротомная рана сама по себе является источником водных потерь.

Инфузионные растворы - это лекарственные препараты на водной основе, применяемые для парентеральной терапии с целью восполнения и поддержания водно-электролитного баланса и обеспечения оптимального метаболизма организма. С позиций интенсивного лечения водно-электролитных нарушений инфузионные среды целесообразно распределить в следующей последовательности:

1) Плазмозамещающие растворы (плазмозаменители и кровь). Основная цель их применения - быстрое восстановление плазматического и глобулярного объемов, улучшение реологии крови.

2) Базисные инфузионные растворы глюкозы и электролитов. Применяются для поддержания водно-электролитного баланса в течение необходимого времени.

3) Корректирующие инфузионные растворы, в том числе молярные растворы электролитов и гидрокарбоната натрия, предназначенные для коррекции нарушений гидроионного и кислотно-щелочного баланса.

4) Растворы диуретиков. Основная цель их применения - восстановление диуреза, предупреждение почечной недостаточности и детоксикация.

5) Средства парентерального питания, являющиеся субстратами для энергообеспечения[2].

Основная цель проводимой инфузионной терапии в периоперационном периоде - поддержание адекватного сердечного выброса для обеспечения перфузии тканей при максимально низком гидростатическом давлении в просвете капилляров.

На объем инфузионной терапии во время операции влияет много факторов. Гиповолемия часто сочетается с хронической артериальной гипертензией, вызывающей увеличение общего сосудистого сопротивления. На объем сосудистого русла также влияют различные лекарственные препараты, которые больной принимал длительное время до операции или которые использовались в качестве предоперационной подготовки.

По современным представлениям, эффективная инфузионная терапия включает следующие этапы:

- I этап – восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) и интерстициальной дегидратации;
- II этап – коррекция дисгидрий, дезинтоксикация, коррекция водно-электролитных нарушений;
- III этап – энергетически-пластическое обеспечение.

В настоящее время большинство анестезиологов придерживаются следующей тактики: при абдоминальных вмешательствах скорость инфузии составляет от 10 до 15 мл/кг/час кристаллоидных растворов, плюс растворы, необходимые для возмещения кровопотери и введения лекарственных средств. Для торакальных вмешательств скорость инфузии составляет от 5 до 7,5 мл/кг/час. Таким образом, средний объем инфузии во время хирургического вмешательства, протекающего без осложнений и с умеренной кровопотерей, варьирует в пределах 500-800 мл/ч, что обеспечивает возмещение всех потерь жидкости, спокойный выход из наркоза, стабильность гемодинамики в раннем послеоперационном периоде.

Основные аргументы в пользу выбора того или иного раствора должны основываться на правильной интерпретации различных показателей, характеризующих данную клиническую ситуацию, и сопоставимости с ней физико-химических свойств препарата. Во время длительных хирургических вмешательств инфузионная терапия в основном состоит из кристаллоидных и син-

тетических коллоидных препаратов. В некоторых случаях (большая кровопотеря), если требуется, переливают компоненты крови (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса).

Кристаллоидные растворы - это водные растворы низкомолекулярных ионов, иногда в сочетании с глюкозой. Коллоидные растворы содержат не только ионы, но и высокомолекулярные вещества - белки и полимеры глюкозы (полисахариды). Кристаллоидные растворы делятся на: гипотонические, имеющие более низкое осмотическое давление, чем плазма; изотонические - такое же как у плазмы; гипертонические - более высокое осмотическое давление, чем плазма крови. Действие вводимых растворов на осмолярность зависит от концентрации натрия в растворе относительно его концентрации в сыворотке[3].

Состав инфузионной терапии должен включать в себя как кристаллоиды, так и синтетические коллоиды (ГЭК). Использование только одной группы растворов может привести к водно-электролитному и кислотно-щелочному дисбалансу и нарушениям в системе гемостаза.

Таким образом, выбор адекватного объема инфузии у пациентов с тяжелой гиповолемией и шоком является одной из определяющих величин. Быстрое восстановление адекватного для данной емкости сосудистого русла ОЦК служит ключевым моментом профилактики и лечения полиорганной недостаточности. С другой стороны, введение значительных объемов жидкости в условиях повышенной сосудистой проницаемости или у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы потенциально опасно развитием ятрогенных осложнений.

Литература:

1. Брюсов П.Г., Данильченко В.В., Калеко С.П. Актуальные вопросы трансфузиологического обеспечения пострадавших в экстремальных условиях // Трансфузионная медицина. Спец. выпуск журн. Мед. технологии. - 1995. № 5. - С. 8-10.
2. Сарсембаев Б.К. Инфузионная терапия. Учебно-методическое пособие. Алматы, 2009. - С. 9-10.
3. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д. Инфузионная терапия периоперационного периода. Петрозаводск.-2001.

УДК 616.351-006-072.1-084

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ, КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Б. Турганова

КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №2», г. Павлодар

Тұжырым

ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ-ТОҚ ІШЕК ТҮЙМШЕКТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМДЕУІНІҢ ӘДІСІ РЕТІНДЕ
Ә.Б. Тұрғанова

Бұл мақалада фиброколоноскопия тоқ ішек түймешектерінің ең тиімді әдісі ретінде қарастырылады. Тоқ ішек обырын алдын алудың ең негізгі мақсаты тоқ – ішек түймешектерінің нақты және дер кезінде анықталуы. Осы фиброскопия әдісі жаңа өспелердің нақтамасында шешуші рольді атқарады.

Summary

PHIBROCOLONOSCOPY AS THE METHOD OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF COLONIC POLYP
A.B. Turganova

In this article given information about phibrocolonoscopy as the most informative method of diagnostic polyp diagnostic. On time and exact diagnostic of colonic polyps is one of the principal problems in p prophylaxis of large intestine cancer. The main role in diagnostic of this neoplasm belongs to the method of phibrocolonoscopy.