

необходимо учитывать при подборе стента, с целью последующей его установки. Среднее значение диаметра бедренной артерии составило 9,37 мм (максимальное – 13 мм, а минимальное – 7,4 мм). В исследуемой группе значительно варьирует уровень отхождения глубокой артерии бедра относительно паховой связки. Так в 24,1% случаев артерия отходит на уровне 5 см, по 10,3% случаев приходится на уровни 3 см, 3,5 см, 4 см соответственно и такой же процент имеет отхождение глубокой артерии бедра выше паховой связки. На уровни 5,5 см, 6 см, 8 см приходится по 6,9%, а на уровне 2,5 см, 4,5 см, 7 см, 9 см по 3,5%. Эти данные также имеют практическое значение, например, при наложении лигатуры для перевязки бедренной артерии при кровотечении из указанного сосуда.

Кислухин В.В., Кислухина Е.В.
Научно-исследовательский институт скорой помощи
им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ РАЗВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ

Актуальность. К физическим свойствам крови относятся оптическая плотность, электрическая проводимость, ультразвуковая плотность. Если соединить пластиковой трубкой лучевую, или любую другую, артерию с яремной веной, то перечисленные свойства крови можно регистрировать датчиками, расположенными на трубке. Известно, что все используемые в реанимации и эксперименте растворы меняют характеристики крови. Выяснилось, что вводимые в объеме от 0.05 до 0.5 мл/кг, они позволяют получить сигнал, который можно зарегистрировать. Этот сигнал использовался для расчета сердечного выброса, СВ, объема циркулирующей крови, ОК; других параметров. Для регистрации сигнала использовались пульс-оксиметры разных видов, реографы, ультразвуковые флоуметры. При работе с этим оборудованием выяснилось, что совместное использование любых двух измерителей может дать дополнительную информацию.

Цель. Показать, что использование любых двух измерителей позволяет определить легочную воду, проницаемость эндотелия для мелких молекул (вода, глюкоза, NaCl, ...) и количество воды, перемещающейся между легочной тканью и кровью.

Методы исследования. Метод основан на быстром внутривенном введении (до 5 сек) изотонических и гипертонических растворов NaCl и/или глюкозы. Делается инъекция в венозный конец трубки перед датчиками. Сигнал, регистрируемый и на венозном, и на артериальном концах трубки, можно представить получаемым от суммы компонентов вводимого раствора. Пример: 20 мл 0,9% NaCl можно записать как 0,18 г NaCl и 20 мл H₂O, а 5 мл 6% NaCl представить в виде 0,3 г NaCl и 5 мл H₂O. Делая последовательно инъекции 0,9% и 6% NaCl, мы получаем на венозных датчиках площади от известного количества соли и воды, и можем найти чувствительности оптического (и любого другого) датчика отдельно к соли и к воде, другими словами откалибровать датчики. Инъекция 0,9% NaCl изотоническая и кривые, зарегистрированные артериальными датчиками, будут идентичны по форме. По-другому ведет гипертоническая инъекция. Проходя легкие, она вызовет переход воды из ткани в капилляры, а из-за избытка соли в инъекции, часть NaCl перейдет в ткань. По мере прохождения гипертонической инъекции вода начнет возвращаться в ткань, а соль в сосудистое русло. Поскольку чувствительность к соли и воде у разных датчиков различаются, то и полученные кривые будут иметь разную форму. Это позволяет определить перетоки воды и соли между тканью и капиллярами, а также проницаемость эндотелия и объем воды в тканях вокруг перфузируемых капилляров.

Результаты и их обсуждение. Ведя регистрацию физических свойств крови, обнаружили, что плотность (любая) крови, оттекающей от легких, меняется в такт с дыханием. Амплитуда изменений зависит от частоты дыхания, чем ниже, тем сильнее колебания плотности крови. Изменение плотности обусловлено перемещением воды между легочной тканью и капиллярами и вызвано вариацией внутригрудного давления, сопровождающей дыхание. Сравнение изменений плотности крови от дыхания с изменениями плотности от инъекции дает оценку количеству воды, перемещаемой между тканью и кровью при дыхании. Регистрации артериальной кривой разведения (после

внутривенного введения) позволяет измерять СВ и ОК. Использование растворов разной осмолярности и регистрация инъекции двумя приборами позволяет получить легочную воду и проницаемость легочного эндотелия для глюкозы, натрия и других мелких молекул.

Климович И.И.¹, Клименко Н.Ф.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Актуальность. Острый панкреатит (ОП), несмотря на большие достижения в его диагностике и лечении при развитии деструктивных, остается на сегодняшний день смертельно опасным заболеванием и летальность продолжает оставаться еще высокой, достигая 45–80%. Основной причиной последней является увеличение частоты развития инфекционных и других осложнений, которые клинически не всегда четко проявляются, что приводит к запоздалой их диагностике и развитию ДВС-синдрома, перфузионных нарушений, полиорганной недостаточности и смерти.

Цель. Определить и оценить роль лапароскопии, лабораторных и биохимических показателей в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Методы исследования. В течение 2021 и 2022 гг. в хирургическом отделении БСМП г. Гродно нами обследовано 93 пациента, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно с ОП в возрасте от 29 до 82 лет (средний возраст – 42,2 года). Мужчин было 65 (69,9%), женщин 28 (21,1%). Диагностика ОДП включала анамнез, клинические данные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Исследовали общий и биохимический анализы крови и мочи, определяли уровень панкреатических ферментов крови, выпота брюшной и плевральной полостей (амилазы, липазы). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, парапанкреатической, забрюшинной клетчатки