

сродства гемоглобина к кислороду у пациенток с ХФПН, можно расценивать в качестве компенсаторного механизма, который приводит к усилению процессов диссоциации оксигемоглобина и, как следствие, улучшению оксигенации тканей.

Таким образом, применение инстенона у беременных с ХФПН эффективно улучшает состояние кислородтранспортной функции крови. Его эффект максимален при раннем начале лечения и практически отсутствует на поздних сроках гестации. Данный факт обуславливает необходимость раннего начала терапии ХФПН.

ЭФФЕКТ НЕБИВОЛОЛА НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зинчук Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.А. Лис

Воздействие на патологические процессы, лежащие в основе развития гипоксии, улучшает исход дисфункции эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ). В клинической фармакологии относительно недавно появился новый класс препаратов, которые способны увеличить продукцию NO в организме, одним из которых является небиволол, новый "атипичный" β -блокатор, относящийся к третьему поколению, обладающий выраженными вазодилатирующими свойствами [Cockcroft J., 2004]. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния β -селективного адреноблокатора небилета (небиволол) на кислородтранспортную функцию (КТФ) крови при дисфункции эндотелия у больных АГ.

Больные первой (17 больных АГ II степени, в том числе 8 мужчин) и второй (12 человек АГ III степени, 6 мужчин) групп в течение 2 недель получали медикаментозную терапию, которая включала β -адреноблокатор – атенол (50 мг в сутки) и ингибитор ангиотензинконвертирующего энзима – эналаприл (20-40 мг в сутки). Третью группу составили 11 больных АГ II степени (в том числе 5 мужчин), четвертую группу - 12 больных АГ III степени (5 мужчин), которые в течение 2 недель получали небиволол (5 мг в сутки) и эналаприл (20-40 мг в сутки).

Для оценки эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации использовались пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином по методике, описанной Celermajer D.S. (1992). Признаком дисфункции эндотелия считали прирост пульсового кровотока (ПК) на реактивную гиперемию менее 10% и достоверную разницу между приростом ПК на реактивную гиперемию и прием нитратов. Уровень конечных метаболитов NO – нитратов и нитритов в плазме крови определяли спектрофотометрическим методом с применением реакции Грисса (Schmidt M.H., 1995). Показатели КТФ крови определялись на микрогазоанализаторе. Для определения $p50$ применялся метод «смешивания». Показатель сродства гемоглобина к кислороду рассчитывали при реальных значениях pH, pCO_2 крови и температуры ($p50_{\text{реал}}$ - напряжение кислорода, при котором гемоглобин крови насыщается кислородом на 50%) и его значение при pH = 7,4, pCO_2 = 40 мм рт.ст. и $t = 37^\circ\text{C}$ ($p50_{\text{станд}}$).

В результате лечения небилетом и эналаприлом у всех больных АГ отмечалось улучшение общего состояния, снижение систолического и диастолического давления. После назначения небилета у больных третьей группы уровень нитратов/нитритов повысился по сравнению с исходным на 39,3% ($p < 0,01$) и достиг нормальных показателей, а у больных четвертой группы - на 38,5% ($p < 0,01$). При этом происходило существенное улучшение эндотелийзависимой вазодилатации в обеих исследуемых

группах, особенно у больных АГ II ст (прирост ПК на реактивную гиперемия увеличился ($p < 0,05$) до уровня здоровых лиц). Применение небилета у больных АГ II ст. улучшало кислородное обеспечение, увеличивался pO_2 , уменьшалось pCO_2 . У больных АГ III ст. под влиянием небилета уменьшались проявления гипоксии (снижалось pCO_2), однако pO_2 изменялось незначительно. Изменения $p50$ в большей степени зависели от исходного уровня. Так, у больных АГ II ст. $p50_{реал}$ не изменилось, а $p50_{станд}$ достоверно уменьшилось (на 6,3%; $p < 0,05$). У больных АГ III ст. под влиянием небилета $p50_{реал}$ увеличилось (на 9,2%; $p < 0,05$), ингибитор – (на 8,3%; $p < 0,05$), т.е. отмечалось нормализующее влияние небилета на сродство гемоглобина к кислороду. Таким образом, двухнедельный прием небилета оказывает не только благоприятное влияние на АД, но и улучшает функцию эндотелия, увеличивает синтез NO, положительно действует на показатели КТФ крови.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Зубель Д.С., Саванчук Т.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассист. Пакульневич Ю.Ф.

Введение. Лечение острого панкреатита - одна из сложных проблем экстренной хирургии. Непрерывный рост больных с данной патологией, высокая частота деструктивных форм, неудовлетворенность хирургов результатами консервативных и оперативных методов лечения, высокая летальность оставляют эту проблему в числе самых актуальных в абдоминальной хирургии.

Материал и методы. С 1999г. по 2006г. в клинике общей хирургии находилось на лечении 2652 больных панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1059 (39,9%), острый у 1593 (60,1%), острый некротический панкреатит (ОНП) установлен у 99 больных в возрасте от 28 до 84 лет. Мужчин было 84 (84,8%), женщин 15 (15,2%). У лиц пожилого и старческого возраста среди причин ОНП преобладала желчекаменная болезнь и ее осложнения (23,3%), у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов (76,8%).

Результаты и обсуждение. Все больные с ОНП были госпитализированы в отделение реанимации, где проводилась интенсивная консервативная терапия. При появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 70 (70,7%) больных выполнялась лапароскопия, во время которой проводились санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с последующим перитонеальным диализом, у 39 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы, у 19 пациентов, при наличии желчной гипертензии и механической желтухи, выполнялось чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке у 22 больных осуществлялись их пункция и дренирование под УЗ-контролем.

В связи с развитием гнойных осложнений, у 29 (29,3%) больных возникли показания к лапаротомии, в ходе которой осуществлялась тщательная ревизия сальниковой сумки, аспирация жидкого содержимого, некр- и секвестрэктомия, марсупиализация и дренирование сальниковой сумки. У больных с распространенным процессом для программирования санации брюшной полости формировалась лапаростома.