Изучены показатели качества жизни у 12 больных с гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области в раннем послеоперационном периоде. Установлено, что КЖ зависит от возраста, пола, распространенности воспалительного процесса, степени интоксикации, наличия сопутствующих заболеваний, а также метода проводимого лечения. Выявлено, что на 30-е сутки после операции общий показатель качества жизни у больных, которым проводились специфическая антибактериальная и иммуномодулирующая терапии (основная группа), составил 95 баллов (повышение на 53 балла), а у больных, получавших традиционную терапию (контрольная группа), - 81 балл (повышение на 30 балла).

Gafarov Kh.O.

Quality of life as standart of judgement to efficiency to treatment patients with flegmonas of maxillo-face area

Key words: quality of life, the general factor quality of life, physical operation, social status, emotional status, condition of the general welfare, faster-necrotic flagmen, postoperative period, specific antibacterial therapy.

Assessment quality of life (QL) 12 sick patients faster-necrotic flagmen's jaw-face area in early postoperative period. Installed, that the QL depends on age, flap, wide-spread inflammatory process, degree of poisoning, presence of the accompanying diseases, as well as method of the conducted treatment. Revealed that on 30-e day after operation general factor quality of life (GFQL) patients, which were conducted specific antibacterial and immunomodular therapies(the main group) has formed 95 balls(increasing on 53 balls), but at patients which got traditional therapy(the checking group) 81 balls (increasing on 30 ballets).

Косимов З.К., Хомидов Д.Б., Махмудов С.А., Наимов А.Х., Махмадёрв Ш.И.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТИППМК
ГКБ СМП г. Душанбе

Ключевые слова: гемодинамика, кровообращение, желчевыводящие пути, патология.

Актуальность

Комплексная оценка состояния гемодинамики у больных, осуществляемая в соответствии с отклонениями интегральных параметров от уровня, обеспечивающего эффективную жизнедеятельность при развитии критического состояния, позволяет точно определить и количественно отразить характер нарушений нейрогуморальных, метаболических и адаптационных механизмов, а также позволяет проводить более целенаправленную терапию.

В отечественной и зарубежной литературе приводится много сведений о гемодинамических нарушениях и их динамике при токсемии [3, 4, 9, 10]. Исследования сердечно-сосудистой системы больных желчнокаменной

болезнью [1, 2, 5, 6, 7, 8] выявили наличие недостаточности гемодинамики, выраженность которой соответствует степени тяжести токсемии. А.Н. Казюлин и др.(2004), А.В.Попов и др.(2004), исследуя больных с кардиальной патологией, отмечают высокую частоту поражения желчного пузыря, степень этих нарушений коррелируют со степенью недостаточности кровообращения. Выявленные патофизиологические изменения зависят от исходного состояния пациента, сроков заболевания.

Материал и методы исследования

Основу работы составили результаты комплексного обследования 112 больных с патологией желчевыводящих путей. Согласно причинам нарушения проходимости внепечен-

ночных желчных протоков, обследованные пациенты были распределены на три группы: первую группу составили 38 больных острым калькулезным холециститом; вторую группу - 37 пациентов холециститом, осложненным механической желтухой; в третью группу включены 37 пациентов с папиллостенозом, осложненным холедохолитиазом и холангитом. Контрольную группу составили 20 соматически здоровых пациентов, поступившие с диагнозом: "Хронический калькулезный холецистит" для планового оперативного лечения. Возраст больных от 18 до 85 лет. Подавляющее большинство больных составляют женщины (70), при этом соотношение мужчин и женщин в обследованных группах 1: 1,66.

Показатели кровообращения у больных исследовали аппаратом "SiemensacusonCV 70 (Toshiba)" и аппаратом "Phisioloquae Pressure Tranducer CE - 0470", "Capto Sp - 844", "DASH - 3000/4000 " (Dreger). Определяли следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление систолическое (АДсис), артериальное давление диастолическое (АДдиас), артериальное давление среднее (АДср), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), минутный объем кровообращения (МОК), ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ), индекс работы левого желудочка (ИРЛЖ), индекс работы правого желудочка (ИРПЖ). Расчеты показателей (ЧСС, АДсис., АДдиас., АДср., ОПСС, МОК, УИ, СИ, ИРЛЖ, ИРПЖ) производили по общеизвестным формулам.

Цифровой материал обработан с помощью программы электронных таблиц Excel - 97 (Microsoft) на IBM - 486 методом вариационной статистики. Для всех величин определены средние арифметические значения (M), ошибки средних ($\pm m$) и достоверность различий ($p < 0,05$) по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

У обследованных больных с острым калькулезным холециститом (табл.) частота сердечных сокращений в среднем составила 122,1%, ударный индекс 106,6% ($p < 0,05$), объем секундного сердечного выброса 101,3% ($p > 0,5$), артериальное давление систолическое 109,5%, диастолическое 106,8%, среднединамическое 113,1%, общее периферическое сосудистое сопротивление 111,8%, при ударном индексе 106,6% и индексе ударной работы левого желудочка 134,1% ($p < 0,05$), по отношению к контрольной группе.

При анализе состояния большого круга кровообращения у обследованных больных первой группы, по сравнению с контрольной

группой, выявлено достоверное повышение ударного индекса (УИ), общего периферического сосудистого сопротивления и среднего артериального давления и возрастание ударной работы левого желудочка на фоне повышения сердечного индекса на 21,4% ($p > 0,5$).

Наличие умеренного повышения постнагрузки при стабильном сердечном выбросе обеспечивало гипердинамический тип кровообращения у больных калькулезным холециститом.

Согласно таблице, у больных холециститом, осложненным механической желтухой, гемодинамика поддерживается по эукинетическому типу при достоверно сниженных величинах ударного индекса, составляющего 93,4%, объема секундного выброса 84,4%, общего периферического сосудистого сопротивления 93,5% и среднего артериального давления 92,8% на фоне умеренной тахикардии ($p < 0,05$), при минутной производительности сердца 107,9% ($p > 0,5$), по отношению к контрольной группе.

Гемодинамика у больных холециститом, осложненным механической желтухой, поддерживается по эукинетическому типу вследствие умеренной постнагрузки на фоне достоверно сниженной разовой производительности сердца.

При исследовании показателей большого круга кровообращения (табл.) у пациентов с папиллостенозом, осложненным холедохолитиазом, холангитом, отмечается достоверное снижение разовой производительности сердца, т.е. ударного индекса на 32,3%, объема секундного выброса на 31,0%, показателей постнагрузки: общего периферического сосудистого сопротивления на 30,1% среднего артериального давления на 20,0% при сопоставлении с контрольной группой, при сердечном выбросе, равном в среднем $3,12 \pm 0,46$ л/мин.

Следовательно, у данной группы больных гемодинамика поддерживается по гипокинетическому типу на фоне токсемии, сопровождающейся снижением разовой производительности сердца. Сердечный выброс поддерживается за счет выраженной тахикардии, направленной на поддержание перфузии тканей.

Итак, при сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы большого круга кровообращения у пациентов 3 группы с данными контрольной группы отмечается гиподинамический тип кровообращения, характеризующийся снижением постнагрузки вследствие снижения систолического, диастолического, среднего артериального давления и общего сосудистого сопротивления. Между тем, на фоне относительной периферической

сосудистой недостаточности отмечается и несостоятельность центральных механизмов

гемодинамики, обусловленная угнетением сократительной функции миокарда.

Показатели гемодинамики большого круга кровообращения (M±m)

Показатели	ЧСС, в мин	УИ, мл/м ²	ОСВ, мл/с	СИ, л/мин х м ²	ОПСС, дин./с. х см ²	Адср, мм рт.ст.	ИУРЛЖ, гм/ м ²
Контр. n=20	72 ±1,18	45,31 ±0,72	296,1 ±3,61	3,26 ±0,16	1374,17 ±42,36	84,16 ±1,36	3,91 ±0,022
1-я гр. n=30	80,17* ±2,16	48,31* ± 1,46	300,22 ±6,26	3,86 ± 0,33	1536,24* ±53,42	95,31* ±2,42	5,24* ±0,031
2-я гр. n=30	86,25* ± 2,26	42,33* ±1,17	250,44 ±5,27	3,52 ±0,42	1284,32 ±61,28	80,44 ±2,84	3,88 ±0,036
3-я гр. n=22	91,32* ±2,41	34,64* ±1,54	226,44* ±5,36	3,12 ±0,46	1056,36* ±76,42	70,31* ±2,16	3,02* ±0,029

Примечание - * достоверность показателей по

Вывод

В остром периоде у пациентов с патологией желчевыводящих путей наблюдались взаимосвязанные и меняющиеся в течение патологического процесса изменения гемодинамики большого круга кровообращения, выраженность которых зависела от степени тяжести холедохолитиаза, холемии и токсемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батиров У. Б., Мизиков В. М., Юрьева Л. К. Проблема анестезиологического обеспечения больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при лапароскопических холецистэктомиях. // Материалы 5-го Всероссийского съезда анестезиологов-реаниматологов. М., 1996. С. 41.
2. Бергалиев М.К., Куандаков Т.К., Артикбаев Ж.Т. Изменение показателей гемодинамики и гомеостаза при операциях на печени и желчевыводящих путях. // Материалы 1-го съезда анестезиологов и реаниматологов Узбекистана. Ташкент, 1999. С.52.
3. Вахидов А.В., Исматулаев Н.Р., Амиркулова Л.Т. Состояние сердечно-сосудистой системы при инфекционно-токсическом шоке. // Матер. Междунар. Симпозиума, посвященного 90-летию со дня рождения академика РАМН В.А. Неговского. М., 1999 С.32.
4. Зарубина Т.В., Гаспарян С.А. Управление состоянием больных с использованием новых информационных технологий. М: Титуса, 1999. 265с.
5. Усмонов А.М., Исламова С.Н., Шарипов Р.А. Состояние центральной гемодинамики у больных с хирургической патологией гепатобилиарной системы. // Матери-

отношению к контрольной группе.

6. Худойбердиев А.Н., Наврузов С.Н., Джураев М.Д. Принципы интенсивной терапии больных раком гепатопанкреатобилиарной системы, осложненным механической желтухой. // Материалы второго съезда анестезиологов-реаниматологов Узбекистана. Бухара, 2003. С.73.
7. Худойбердиев А.Н., Наврузов С.Н., Джураев М.Д. Состояние центральной гемодинамики у больных раком гепатопанкреатобилиарной системы, осложненным механической желтухой. // Материалы второго съезда анестезиологов-реаниматологов Узбекистана. Бухара, 2003. С.84.
8. Шарипов Р.О., Атаханов Ш.Э., Усмонов А.М., Парпиев А.Г. Состояние центральной гемодинамики у больных гнойным холангитом. // Материалы второго съезда анестезиологов-реаниматологов Узбекистана. Бухара, 2003. С.83.
9. Cunnion R.E., Parrillo J. E. Myocardial dysfunction in sepsis. Hesen insights (See comments) // Chest. 1991. Vol. 96 (6). P. 941-945
10. Parker M.M., Shelhamer J.H., Bacharach S.L. Profound but reversible myocardial depression in patients with septic shock // Annals of internal medicine. 1991. Vol. 100(5). P.483-490

Косимов З.К., Хомидов Д.Б., Киёмов С.Э., Хомидов Д.Д., Махмадёрв Ш.И.

Ҳолати гемодинамикаи даврани калони гардиши хун дар беморони гирифтори бемориҳои роҳҳои талхабарор

Калимаҳои калидӣ: гемодинамика, гардиши хун, роҳҳои талхабарор, патология.

Дар 112 бемор бо бемориҳои роҳҳои талхабарор ҳолати гемодинамикаи давраи калони гардиши хун санчида баромада шудааст. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар беморони ба бемориҳои роҳҳои талхабарор гирифтор буда дар марҳилаи шадид аз тарафи давраи калони гардиши хун тағйиротҳои баҳамдигар алоқаманд ва тағйирёбанда дар раванди протесси патологӣ дида мешаванд, ки зоҳиршавии онҳо аз дараҷаи вазнинии холедохолитиаз, холемиа ва токсемия вобаста аст.

Косимов З.К., Хомидов Д.Б., Махмудов С.А., Наимов А.Х. Махмадёрв Ш.И.

Состояние гемодинамики большого круга кровообращения у больных с патологией желчевыводящих путей

Ключевые слова: гемодинамика, кровообращение, желчевыводящие пути, патология.

Касымов О.И., Касымов А.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕТИМЕДА (ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

Кафедра дерматовенерологии ТИППМК

Ключевые слова: идиопатическая крапивница, хроническая, лечение, сетимед.

Актуальность

Крапивница относится к распространенным заболеваниям кожи, возникающим хотя бы раз в жизни у 20% популяции [3, 4]. Хроническая крапивница характеризуется возникновением уртикарной сыпи ежедневно или почти ежедневно в период как минимум 6 недель. Во время высыпаний уртикарий возможны головная боль, слабость, повышение температуры тела, артралгии, при отеке слизистой желудочно-кишечного тракта - тошнота, рвота, диарея. Мучительный зуд может обусловить развитие бессонницы и невротические расстройства. Из-за стойкости клинических проявлений markedly снижается качество жизни больных и часто теряется их трудоспособность [3, 7]. Крапивница представляет собой своеобразную, чаще аллергическую, реакцию в ответ на различные раздражители и может являться единственным проявлением патологического процес-

У 112 больных с патологией желчевыводящих путей исследованы показатели гемодинамики большого круга кровообращения. Выявлены изменения гемодинамики, выраженность которых зависела от тяжести холедохолитиаза, холемии и токсемии.

Kosimov Z. K., Khomidov J. B., Mahmudov S. A., Naimov A. H., Mahmadirov S. I.

The hemodynamic condition of the systemic circulation in patients with biliary tract disorders

Keywords: hemodynamics, blood circulation, bile duct, pathology.

112 patients with biliary tract disorders have studied hemodynamic circulation. The changes of hemodynamic severity of which was dependent on the severity of choledocholithiasis, cholehemia and toxemia

са или одним из признаков какого-либо заболевания. Причинами хронической крапивницы часто являются очаги хронических инфекций в организме человека, нарушения обмена веществ, заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, сахарный диабет, почечная или печеночная недостаточность, болезни крови, злокачественные новообразования, кахексия, алкоголизм и наркомания, инфекционные заболевания, нарушения со стороны женской половой сферы, а также беременность. Тем не менее, несмотря на большой перечень нозологических единиц, на фоне которых может возникнуть крапивница, в более чем 95% случаев, даже при самом тщательном обследовании, не удается выявить этиологический фактор. Поэтому о таких формах говорят, как о хронической идиопатической крапивнице (ХИК). Она чаще встречается у взрослых [6, 7]. Лечение ХИК в настоящее время направ-