результатами исследования электрических процессов в миокарде у этих рабочих.

Для уточнения характера изменений центральной гемодинамики у высокостажированных рабочих, мы провели ее изучение у 103 человек, проработавших 10 –15 лет. Полученные результаты свидетельствовали о развитии гипертонии у 26,2 % обследованных маляров. При этом регуляции гемодинамики переходит на качественно новый уровень функционирования. Повышаются все виды артериального давления (систолическое – у 24,3 %, диастолическое – у 22,3 %, боковое систолическое – у 23,3 % и СДД – у 39,8 %). Значительно увеличивается гемодинамический удар, УПС и расход энергии, в то время как МОС оставался на уровне показателей контрольной группы, а УОС достоверно уменьшался. Коэффициент адекватности увеличивался у 41,7 % обследованных. Изменения гемодинамики свидетельствовали о гипертоническом типе регуляции кровообращения, снижение резервных возможностей и нарушением сократительной способности миокарда.

Физиологическое значение этих явлений, по-видимому, заключается в том, что роль сердечно-сосудистой системы в ответ на неблагоприятное воздействие чрезвычайно велика. В связи со сказанным появляется возможность объяснить механизмы возникновения некоторых синдромов, характеризующих сократительную способность миокарда, а также вскрыть факторы, обуславливающие их развитие.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОГРОМНОГО ДЕФИЦИТА КОЖНОГО ПОКРОВА В КОРОТКИЕ СРОКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ НЕ СОВМЕСТИМОЙ С ЖИЗНЬЮ

Кахаров А.М.
Медсанчасть № 2.
Калининград

Актуальность проблемы термических поражений определяется их сравнительно большим удельным весом в общей структуре травматизма. По данным ВОЗ ожоговая травма по частоте занимает третье место среди прочих травм, а в некоторых странах, например в Японии, - второе место, уступая лишь транспортной травме.

Во многих ожоговых центрах мира занимаются проблемами выращивания аутокожи. Данная проблема настолько актуальна, что решение этой задачи позволила бы расширить возможности комбустиологов, оказывать посильную помощь обожженным с критическими травмами.

Под нашим наблюдением в Таджикском ожоговом центре с 1984 по 1989 годы (в период афганской войны) находилось 16 больных с травмой несовместимой жизнью --- с обширными глубокими (ШБ ст) ожогами (площадь поражения от 30% до 80% поверхности тела). Понимая, что такие травмы не совместимы с жизнью, поиск методов позволил нам найти более простой и на наш взгляд уникальный способ восстановления кожного покрова в сжатые сроки. Применяя этот метод нам удалось спасти 9 безнадежных больных (56%).

Столь досконально метод описывается впервые!

Суть метода заключается вот в чем:

После выведения больного из шокового состояния, что соответствует как правило 4 –5 суткам, на фоне инфузионно-трансфузионной терапии и продолжающейся коррекции гомеостаза, под масочным наркозом при помощи дермотома со всевозможных донорских участков максимально производится дермоэктомия (толщина 0,3 - 0,4 мм). Взятый расщепленный аутотрансплантат (назовем его резервным) помещается в стерильную посуду и хранится в холодильнике (температура 2 - 6 градусов тепла и особых условий консервации не требует) до 15- 25 дней, то есть до подготовки ран к кожной пластике. По мере отторжения некротических участков и подготовки ожоговых ран к кожной пластике, донорские участки эпителизируются, что позволяет вновь использовать их для пересадки. Таким образом, ко дню первой пластики, мы можем использовать заэпителизировавшие донорские участки и плюс к этому резервный кожный трансплантат. Это позволяет в короткие сроки 2 раза быстрее восстановить кожный покров на большом протяжении ожоговой раны.

Такой подход дает возможность не только в сжатые сроки восстановить кожный покров и избежать отягощения П и Ш стадии ожоговой болезни, но и улучшить прогноз выздоровления обожженных.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКА В ДИАГНОСТИКЕ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Киселева Т.Н.[1], Сашнина А.В.[1],
Гавриленко А.В.[2], Куклин А.В.[2]
ГУ НИИ глазных болезней РАМН,
Отделение хирургии сосудов РНЦХ РАМН,
Москва

Глазной ишемический синдром (ГИС) – это устойчивая совокупность симптомов ишемического поражения оболочек глазного яблока, сосудов глаза, сонных артерий единого генеза. В настоящее время огромное значение в диагностике ишемии сетчатки и зрительного нерва имеют неинвазивные ультразвуковые методы исследования орбитальных сосудов и сонных артерий.

Целью работы было исследование кровотока в глазничной артерии (ГА), центральной артерии сетчатки (ЦАС) и внутренней сонной артерии (ВСА) при двух типах течения ГИС.

Материал и методы. Выполнено ультразвуковое триплексное сканирование сосудов орбиты и сонных артерий у 180 больных с ГИС: у 104 пациентов с острым типом течения и у 76 пациентов с хроническим типом течения синдрома. Острый тип течения характеризовался острым началом, резким снижением зрения, односторонним поражением и имел различные клинические проявления: *amaurosis fugax* – 10, острая ишемическая оптическая нейропатия – 54, окклюзия ЦАС или ее ветвей – 40. Первично-хронический тип течения отличался медленным прогрессирующим

снижением зрения, двусторонним поражением и клинически разными проявлениями: хроническая ишемическая оптическая нейропатия – 21, хроническая ишемическая ретинопатия – 23, открытоугольная глаукома с ишемией переднего сегмента – 32.

Триплексное сканирование, включающее серошкальное ультразвуковое исследование (В-режим), цветовое допплеровское картирование и импульсную допплерографию, проводилось при помощи многофункционального ультразвукового диагностического прибора DIASONICS (США) и линейного датчика с частотой излучения 10 МГц. Исследование орбитальных сосудов производили контактным транспальпебральным методом. Определение кровотока в ГА проводили в ретробульбарном пространстве на глубине 35-40 мм, В ЦАС на участке до 10 мм от заднего полюса глаза (от места входа в толщу ствола зрительного нерва до глазного яблока). Цветовое допплеровское картирование использовали для визуализации потока крови в сосудах. Импульсная допплерография позволяла регистрировать спектр кровотока и определить его показатели: максимальную систолическую скорость (Vs), конечную диастолическую скорость (Vd), среднюю скорость (Vm) и индекс резистентности (RI).

Направление хода сонных артерий, степень их стенозирования, характер атеросклеротической бляшки определяли методом дуплексного сканирования с использованием ультразвуковой системы Acuson 128 XP (США) и линейного датчика 7 МГц.

Результаты. При остром типе течения ГИС наблюдались следующие признаки нарушения кровотока в сосудах орбиты: отсутствие кровотока в ЦАС или выраженное уменьшение потока в ней, выраженное уплощение пика систолической волны допплеровского спектра кровотока в ГА и ЦАС, снижение максимальной систолической скорости в 2 раза, конечной диастолической скорости кровотока в 5 раз и увеличение индекса резистентности в 1,5 раза по сравнению с нормой. При *amaurosis fugax* вне приступа преходящей монокулярной слепоты регистрировались минимальные изменения кровотока в орбитальных артериях. При хроническом типе течения ГИС отмечалось умеренное снижение потока в ЦАС, снижение максимальной систолической скорости в 1,5 раза, конечной диастолической скорости кровотока в ГА, ЦАС в 3 раза по сравнению с нормой. Ультразвуковое исследование сонных артерий позволило установить наличие выраженного (70% и более) стеноза или окклюзии ВСА.

При помощи корреляционного анализа были определены достоверные взаимосвязи между показателями индекса резистентности (RI) внутренней сонной артерии и глазничной артерии (r=0,52), внутренней сонной артерии и центральной артерии сетчатки (r=0,37). Установлено *каротидно-офтальмическое соотношение (КОС)* – соотношение индекса резистентности кровотока внутренней сонной артерии к индексу резистентности кровотока в глазничной артерии: *RI ВСА/RI ГА* и соотношение индекса резистентности кровотока внутренней сонной артерии к индексу резистентности кровотока в центральной артерии сетчатки: *RI ВСА/ RI ЦАС*. Мы рассчитали показатели КОС для здоровых лиц и пациентов с острым и хроническим типом течения ГИС. В норме данный показатель находился в пределах от 0,96 до 1,5. КОС от 0,85 и ниже регистрировалось у пациентов с ГИС.

Заключение. Выполненные ультразвуковые исследования сосудов орбиты и сонных артерий позволили определить выраженные изменения кровотока в ГА, ЦАС и ВСА при остром и хроническом течении ГИС. Разработанные критерии нарушения кровотока в орбитальных артериях могут быть использованы в диагностике ГИС и оценке степени поражения сосудов.

КОМБИНИРОВАННАЯ СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Клюшкин[1] И.В., Григорьева[2] А.И.
[1] *Казанский государственный медицинский университет, Казань,*
[2] *Городская клиническая больница №18, Казань*

Заболевания гепатобилиарной системы и их осложнения занимают значительное место в практике как хирургических, так и терапевтических клиник.

В связи с широким распространением наркомании, различных форм инфекционного гепатита возрастает смертность от осложнений чаще цирротического характера.

Частота хронизации при вирусном гепатите В составляет 5-10%, при суперинфекции вирусного гепатита Д - 60-70%, вирусный гепатит С - 75-80% (Vilgrain V., 2001). У значительной части больных инфекционный процесс стабилизируется, гепатит становится необратимым. В результате хронические формы вирусного гепатита (ХВГ) встречаются несравненно чаще, чем острые.

По расчетным данным ВОЗ в разных странах мира их суммарное количество уже превышает 1млрд. человек (Ghendon V.Z.,1993). Только в США число инфицированных вирусным гепатитом В достигает 1млн. человек (Hoofnagle J.H., 1993).

Следующей стадией морфогенеза хронического вирусного гепатита является цирроз печени(ЦП). Так среди носителей HBsAg цирроз печени по данным динамического клинического наблюдения формируется в 10% случаев, а при морфологическом контроле биоптатов - в 20-60% (Perrilo R.P.,1993), при хроническом вирусном гепатите С по данным клинического обследования - у 20-25% (Bukh J., Miller R.H., Purcell R.H., 1995; Fried M.W., Hoofnagle J.H.,1995), при гистологическом контроле биоптатов - у 50% (Olynyk J.K., Bacon B.R.,1995).

В связи с этим, диагностика перехода хронического вирусного гепатита в цирроз печени имеет большое значение.

Значительное место в диагностике хронического гепатита и цирроза печени занимают ультразвуковые исследования (УЗИ), радионуклидные исследования, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, при этом оценка диагностической значимости данных методов значительно варьирует по данным различных авторов. Например, Metter F., Шерлок Ш., считают, что данные радионуклидного