

валась III фаза моторной активности, отсутствовавшая или недостаточно проявляющаяся после приема стандартных прокинетиков. Во время операции для коррекции питательного статуса больным заводили один зонд назогастрально – для аспирации желудочного содержимого, и второй назоинтестинально – для проведения энтерального зондового питания (ЭЗП).

Результаты. От 1-х до 3-х суток больным проводили парентеральное питание. Со 2-4-го дня через назоинтестинальный зонд капельно начинали вводить глюкозо-солевые растворы через каждые 2 часа со скоростью 50 мл/час в суточном объеме до 400 мл. У 2 человек (13%) до 3-х суток сохранялся гастростаз, и им назначили эритромицин 200 мг (3 мг/кг) через каждые 4 часа. При отсутствии моторно-эвакуаторных нарушений и достаточном усвоении глюкозо-солевых растворов с 4-5-6х суток начинали переход к ЭЗП. Смеси для энтерального питания вводили в 1-й день со скоростью 50 мл/час, в суточном объеме 500 мл, во 2-й – 80 мл/час, 1000 мл/сут; в 3-й – 100 мл/час, 1300 мл/сут, в 4-й – 120 мл/час, 1500 мл/сут. Для профилактики послеоперационного панкреатита и абдоминального дискомфорта смеси вводили равномерно в течение суток и добавляли микрогранулированные ферменты. По мере восстановления всасывательной и моторной функции кишки сначала проводили парентерально-энтеральное, затем полное энтеральное питание, через 5-7 дней отменяли эритромицин.

Заключение. Использование прокинетиков и эритромицина в схеме энтерального питания пациентов с ХДН позволяет снизить риск развития послеоперационных моторно-эвакуаторных нарушений до 13% и начать у большинства больных ранее энтеральное введение глюкозо-солевых растворов (со 2-х суток) и питательных смесей (с 4-го дня). Ранее энтеральное введение корректирующих растворов и питательных смесей более полноценно и позволяет сохранить структуру и функциональную целостность желудочно-кишечного тракта. Правильно проведенная нутриционная поддержка снижает количество и тяжесть послеоперационных осложнений, а при нарушении трофического статуса пациента она становится определяющим фактором выздоровления.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Сергеева Г.И., Князькова Л.Г., Могутнова Т.А.
ФГУ «НИИ патологии кровообращения им.
акад. Е.Н. Мешалкина Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»,
Новосибирск

Обеспечение адаптивных реакций после операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения в значительной мере определяется активностью синтетических и биотрансформационных процессов в печени.

Цель исследования: биохимическая оценка функционального состояния печени и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных при-

обретенными пороками сердца (ППС) после операции протезирования клапанов в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Методы. Обследовано 52 больных ППС в возрасте от 30 до 63 лет перед операцией, в 1-е и 8-12-е сутки после кардиохирургического вмешательства. В крови определяли содержание билирубина, общего белка (ОБ), альбумина (АЛБ), холестерина (ХС), церулоплазмينا (ЦП), малонового диальдегида (МДА), уровень молекул средней массы (МСМ), а также активность каталазы (КАТ), аспарагиновой и аланиновой аминотрансфераз (АСТ и АЛТ). Биотрансформационную активность печени оценивали по фармакокинетике антипирина. Продолжительность ИК составила $152,9 \pm 8,8$ мин, длительность пережатия аорты – $115,3 \pm 7,4$ мин, температура $33,3 \pm 0,5^\circ\text{C}$.

Результаты. К исходу первых суток после хирургического вмешательства в крови статистически значимо снижалось содержание ОБ, АЛБ, ЦП, ХС ($P < 0,001$), в то же время концентрация МДА и билирубина возрастала ($P < 0,05$). Регистрировалось повышение активности КАТ ($P < 0,001$) и аминотрансфераз ($P < 0,001$). Период полувыведения антипирина в это же время достоверно увеличивался ($P < 0,05$), а величина клиренса снижалась ($P < 0,001$), что свидетельствовало о замедлении процессов микросомального окисления в печени и снижении ее биотрансформационной активности. Обнаруженные статистически значимые корреляционные связи между содержанием МДА и концентрацией билирубина ($r = 0,49$), холестерина ($r = -0,37$), активностью АЛТ ($r = 0,38$) позволяют судить о патогенетической роли активации ПОЛ в развитии гиперферментемии, нарушении синтетической и экскреторной функций печени, а корреляции между содержанием МДА и МСМ, как олигопептидной ($r = 0,43$), так и ароматической ($r = 0,44$) фракций, отражают вклад ПОЛ в развитие токсических реакций в ранние сроки после операции. Достоверная зависимость между клиренсом антипирина и уровнем церулоплазмينا указывает на снижение защитной роли антиоксидантов, ограничивающих перекисидацию липидов и повреждение цитохрома P-450 активированными кислородными метаболитами. На 8-12-е сутки после кардиохирургического вмешательства на фоне возрастания антирадикальной активности регистрировалось достоверное уменьшение периода полувыведения антипирина и увеличение его клиренса по сравнению с первыми сутками, что свидетельствовало о восстановлении биотрансформационной активности печени. Вместе с тем нормализации белоксинтетической функции и активности перекисных процессов в эти сроки не происходило, поскольку уровень МДА и АЛБ не достигал дооперационных значений.

Заключение. Активация ПОЛ в первые сутки после хирургического вмешательства на сердце вносит вклад в снижение биотрансформационной активности печени и ослабление ее барьерной функции. Терапевтическая тактика раннего послеоперационного периода требует дифференцированного подхода к лекарственной терапии, учитывающей функциональное состояние печени. Одним из подходов к коррекции нарушений биотрансформационной активности

печени может быть применение антиоксидантов, как стабилизаторов цитохрома P-450.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Сидорова С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Актуальность исследования нарушения памяти при ишемических инсультах обусловлена их распространенностью и несомненной значимостью в оптимизации процесса реабилитации больных. Нейропсихологические тесты позволяют выявить особенности расстройств памяти у больных с локальными ишемическими очагами.

Выделяют два основных типа нарушений памяти: модально-неспецифические и модально - специфические. Первые возникают при поражении дисцефальных образований, медиобазальных отделов лобной доли, структур лимбической системы. При некоторых поражениях обнаруживается корсаковский синдром в виде нарушения ориентировки в месте и времени, памяти на текущие события, конфабуляций. При поражении лобных долей обнаруживается нарушение семантической (категорийной) памяти. Эти расстройства характеризуются соскальзыванием на побочные ассоциации, снижением уровня общения.

Второй тип мнестических расстройств возникает при поражении вторичных и третичных корковых зон специфических систем. При этом нарушаются зрительная, слухоречевая, музыкальная, тактильная и двигательная память при сохранности периферического звена.

Цель работы: изучение особенностей нарушения памяти у больных ишемическим инсультом в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах в раннем восстановительном периоде.

Материал и методы

Обследованы 100 пациентов с ишемическим инсультом в восстановительном периоде (давность от 1 до 6 месяцев) заболевания. По локализации очага распределение больных было следующим: 58% пациентов перенесли ишемический инсульт в каротидном бассейне, 37% - в вертебробазиллярном бассейне, 5% - в обоих сосудистых бассейнах. Проведено углубленное клинично-неврологическое, психологическое обследование.

Для оценки памяти у больных с ишемическим инсультом разной локализации применялись тесты Векслера, Лурия, Бентона, Мейли. При функциональном тестировании использован также тест на семантическую память (категорийное определение сложных слов).

Результаты

Основой нейропсихологических расстройств при ишемическом инсульте является не только формирование очага дисгемии, но и существование зон с компенсированным и субкомпенсированным кровоснабжением, нарушение связей между мозговыми центра-

ми и формирование нового стереотипа межцентральных отношений. Функция памяти отражает интегративный процесс деятельности мозга и складывается из трех фрагментов: запечатления информации, хранения и воспроизведения. Тестирование для изучения мнестических функций включает изучение этапа воспроизведения информации. На качество запоминания влияют многие факторы: эмоциональная окраска восприятия, направленность внимания, уровень бодрствования, напряжение, мотивационное подкрепление.

Традиционно выделяют кратковременную и долгосрочную память. Кратковременную память делят на непосредственную (мгновенную), которая предполагает немедленное механическое воспроизведение, и рабочую, используемую во время выполнения текущей деятельности. При оценке кратковременной памяти существует практика оценки семантической, декларативной (узнавание), процедурной (приобретение новых навыков) памяти.

Всех больных разделили на 4 группы: первая (46% от общего числа больных) с ишемическим поражением в бассейне средней мозговой артерии (конвекситальные отделы лобной, теменной долей, внутренняя капсула, базальные ганглии, заднесредние отделы верхней височной извилины), вторая (12%) - с поражением передней мозговой артерии, третья (37%) - с поражением задней мозговой артерии, мозжечковых и стволовых структур, четвертая (5%) - с поражением каротидного и вертебробазиллярного бассейнов.

У больных первой группы отмечались нарушения памяти, преимущественно при использовании теста Мейли (10 картинок с изображением предметов предъявляются с интервалом в 2 секунды, с воспроизведением через 10 секунд) и теста Бентона (визуального анализа абстрактных картинок). Имелись трудности понимания переносного смысла пословиц, иносказательной речи, категорийного определения 35 сложных слов. Таким образом, в большей степени страдает семантическая и декларативная (конкретно-образная и абстрактно-образная) память. Показатели непосредственного воспроизведения (методика Лурия) при оценке слухоречевой кратковременной памяти были снижены на 50% относительно здоровых лиц. В речи пациентов появлялись вербальные парафазии, сходные по звучанию с необходимым словом.

У больных второй группы наибольшие затруднения возникали при использовании теста Векслера. Для оценки непосредственной памяти зачитываются вслух цифровые ряды от 1 до 9, необходимо повторить цифры в прямом и обратном порядке. Значительные расстройства выявлены также при применении методики Лурия. Таким образом, при данной локализации очага инсульта нарушалось непосредственное воспроизведение чисел, слов, что характеризует нарушения процедурной памяти.

У пациентов третьей группы имелись выраженные нарушения при воспроизведении изображений картинок (тест Мейли) и верификации абстрактных картин (тест Бентона), что свидетельствовало о нарушении семантической и декларативной памяти.

У пациентов четвертой группы имело место преимущественное снижение слухоречевой кратковре-