

Особенности метаболического статуса нейрохирургических больных в послеоперационном периоде

Н.Ш. Гаджиева, И.Н. Лейдерман, А.А. Белкин

На основании исследования особенностей нутритивного статуса нейрохирургических больных в послеоперационном периоде было запланировано разработать комплексную программу ранней диагностики и своевременной адекватной коррекции расстройств белкового и энергетического обмена на фоне развития системной воспалительной реакции у больных нейрохирургического профиля. Имеющиеся данные российских и зарубежных исследователей по проблеме белково-энергетической недостаточности у больных нейрохирургического профиля свидетельствуют о наличии гиперметаболической и гиперкатаболической реакции у большинства пациентов, перенесших обширные интракраниальные оперативные вмешательства.

Однако, при проведении интенсивной терапии у таких пациентов необходимо учитывать целую группу факторов, значительно влияющих на степень гиперметаболизма. К ним относятся: тяжесть травмы или сопутствующих повреждений, объем выполненного оперативного вмешательства (травматичность, механические повреждения витально важных центров), степень мышечной активности, появления трофических расстройств (пролежней), развившиеся инфекционные осложнения (пневмония, бронхит), глубокую седацию, тотальную миоплегию. Существенную роль может сыграть также тип и режим выбранной респираторной поддержки. Типичными метаболическими характеристиками у подобных больных является: увеличенная энергопотребность - до 2500-3500 ккал в сутки, гиперкатаболизм, повышенные потери азота, спонтанная гипергликемия, как проявление феномена инсулинорезистентности, вторичный иммунодефицит.

К факторам, усугубляющим расстройство метаболизма следует отнести: психомоторное возбуждение, стойкую гипертермию центрального генеза, повреждение стволовых структур мозга, с расстройствами дыхательной функции, бульбарный и псевдобульбарный синдромы, развитие расстройств гипоталамо-гипофизарной системы (несахарный диабет). Дисфункция желудочно-кишечного тракта у таких пациентов наиболее часто проявляется: парезом желудка и кишечника, развитием эрозивного гастрита, стресс язв, желудочно-пищеводного рефлюкса.

Методы обследования

Исследование уровней свороточного альбумина, общего белка крови, экскреции азота суточной мочи, КЩС, электролитного состава крови, гемодинамический мониторинг, КТ, МРТ, ТК УЗДГ.

Результаты

Обследовано 20 больных ОРПТ в клинике нейрохирургии ГКБ №40: 6 - в остром периоде ЧМТ с удалением внутримозговых гематом, 6 - после клипирования АВМ на фоне САК, 5 - после удаления в/мозговых гематом, 3 - с новообразованиями головного мозга после наложения ВПШ. У всех больных имели место в послеоперационном периоде признаки гиперметаболизма и гиперкатаболизма, такие как: гипотрофнемия, гипоальбуминемия, абсолютная лимфопения, быстро прогрессирующая мышечная дистрофия, отрицательный азотистый баланс, потеря массы тела. Расстройства белково-энергетического обмена у всех больных сопутствовали развитию тяжелой системной воспалительной реакции и наиболее часто сочетались с дыхательной дисфункцией, требующей механической респираторной поддержки.

Выводы

Расстройства белкового и энергетического обмена в виде синдрома гиперкатаболизма-гиперметаболизма являются неотъемлемой метаболической составляющей реакций сис-

темного воспалительного ответа, развивающихся у больных после выполнения обширного интракраниального оперативного вмешательства.

Проблема профилактики инсульта в г. Екатеринбурге

В.В. Гусев, Е.А. Пинчук

По данным международных исследований определены важнейшие факторы риска развития инсульта: возраст, пол, наследственная отягощенность по цереброваскулярной патологии, артериальная гипертензия, повышенное содержание холестерина в сыворотке крови, нарушение толерантности к глюкозе, курение, нарушения сердечного ритма.

Большинство из перечисленных факторов (кроме первых трех), являются коррегируемыми. При наличии трех факторов, возможность развития инсульта повышается в восемь раз, при выявлении всех пяти коррегируемых факторов, инсульт возникает в 33% случаев.

В странах, где мероприятия по профилактике инсульта проводятся на государственном уровне, действуют национальные программы по ограничению курения, борьбе с артериальной гипертензией, заболеваемость и смертность от цереброваскулярной патологии, по разным источникам снизилась до 30% от исходного уровня.

По данным регистра инсульта в г. Екатеринбурге, за 10 месяцев 2001 года в Ленинском районе выявлено 372 случая заболевания инсультом. Из них у 309 человек (85%) выявлена артериальная гипертензия, у 45 человек (12%) выявлена мерцательная аритмия, у 114 человек (31%) была обнаружена гиперхолестеринемия выше 5,5 ммоль/л, сахарный диабет был у 45 (12%). Данные по курению были недостоверны.

Кроме того, из 309 больных с артериальной гипертензией у 46% лечение не проводилось, 18% гипотензивные препараты принимали эпизодически, при этом предпочтение отдавалось адельфану и клофелину.

Антиагрегантная терапия назначалась только после серьезных сосудистых катастроф, после транзиторных ишемических атак пациенты дезагрегантные препараты как правило не получали.

Анализ заболеваемости инсультом в нашем городе показал, что работа по выявлению и устранению факторов риска развития ОНМК проводится неадекватно.