

НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА И ОБЪЕМЫ ПЕРЕЛИВАЕМЫХ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Шатохин А.В.

*Краевая клиническая больница №1, АРО-3,
Краснодар*

Поддержание нормального трофического статуса пациента при тяжелой черепно-мозговой травме имеет первостепенное значение для профилактики ранних и поздних осложнений. Одним из показателей контроля эффективности нутриционной поддержки (НП) является состояние висцерального пула белка.

Целью нашего исследования был анализ коррекции висцерального пула белка при проведении интенсивной терапии (ИТ) до и после выхода приказа МЗ РФ № 330 от 05 августа 2003г.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов по картам ИТ за 2001 год и проспективное исследование по применению нутриционной поддержки (НП) пациентов в 2004 году, анализировался объем инфузии препаратов крови (свежезамороженная плазма, альбумин, эритроцитарная масса). Все пациенты схожи по исходному состоянию (ТЧМТ, по Глазго ≤ 8 баллов), проводимой интенсивной терапии (ИВЛ, поддержание АДср > 70 мм.рт.ст.). В проспективной группе введение свежезамороженной плазмы проводили только при дефиците факторов свертывания крови, введение альбумина при его уровне < 25 г/л, введение эритроцитарной массы при Hb < 80 г/л.

Основные результаты. Введение адекватной и метаболически обусловленной НП в 2004 году позволило сократить количество переливаемой свежезамороженной плазмы в 5,6 раза по сравнению с 2001 годом (99,7 л. и 17,8 л. соответственно), инфузии раствора альбумина не потребовалось вовсе. Объемы инфузии эритроцитарной массы снизились на 15 %. При этом показатели висцерального пула белка в проспективной группе составили: абсолютное число лимфоцитов = $2,1 \pm 1,1$, общий белок = $71 \pm 2,3$ г/л, альбумин = $38 \pm 2,8$ г/л.

Заключение. Применение нутриционной поддержки, как обязательной составляющей комплекса интенсивной терапии ТЧМТ, позволило сократить объемы переливания потенциально опасных препаратов крови при сохранении нормального трофического статуса пациента.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Шатохин А.В.

*Краевая клиническая больница №1,
Краснодар*

Несмотря на определенные достижения по проблемам обеспечения нутриционной поддержки в российской федерации: издание приказа №330 МЗ РФ от 05.08.03г., с инструкциями по методологии применения энтерального и парентерального питания, остае-

ся множество дискуссионных вопросов, в частности, вопрос об оптимальном доступе для обеспечения нутриционной поддержки (НП) при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ).

Целью настоящей работы было сравнение эффективности, доступности, количества осложнений при проведении нутриционной поддержки (НП) с применением эндоскопической оро- или назоинтестинальной интубации кишечника и наложения стомы (гастро- или еюно-).

Материал и методы исследования: 16 больных которым НП проводилась через оро- или назоинтестинальный зонд, установленный эндоскопически и 2 больных которым НП проводилась через стому (один с еюностомой, один с гастростомой). Все больные схожи по тяжести состояния при поступлении (изолированная ТЧМТ, кома I-II, по шкале Глазго ≤ 8 баллов) и протоколу ведения.

В АРО-3 (нейрореанимация) ККБ № 1 введена и успешно применяется схема проведения энтеральной НП: при поступлении больного проводится промывание желудка через назогастральный зонд, затем, (через 4-6ч.) проводится эндоскопическая интубация кишечника и начинается введение электролитных растворов, с целью лаважа и оценки всасывающей способности кишки, затем, проведение собственно НП сбалансированными смесями в возрастающих дозировках и концентрации (от 20 до 200 мл/час; от 0,5 до 2,0 ккал/мл). Интестинальное введение смеси, по мере восстановления функции желудка, постепенно заменяется на желудочное. Одновременно проводится комплекс мероприятий, направленных на профилактику вторичных осложнений: придание полусидячего положения (аспирация), уход за полостью носа (синуситы), профилактическая замена зондов через каждые 10 дней кормления (пролежни, поломка зонда). Выполнение нашей схемы энтеральной НП при изолированной ТЧМТ посредством эндоскопической интубации кишечника и начала ранней НП позволило избежать возникновения стресс-язв и кровотечений ЖКТ при полном отказе от профилактического назначения антацидов.

Проведение НП через стомы потребовало большей дозировки седативных препаратов, т.к. при выходе из седации начинались произвольные движения руками (которые иногда заканчивались удалением зонда из гастростомы), что требовало или продолжающейся седации пациента, или более жесткой фиксации конечностей, что ограничивает возможности ухода за больным и ведет к дополнительному стрессу для пациента. Следует отметить, что уровень сознания является одним из главных критериев терапии ТЧМТ и углубление седации с целью обеспечения НП малооправданно. Определенные трудности вызвал уход за кожными покровами вокруг стомы: раздражение кожи небольшими количествами содержимого ЖКТ, как следствие зуд и желание пациента удалить зонд.

Выводы: мы считаем эндоскопическую интубацию кишечника методом выбора для проведения НП при тяжелой черепно-мозговой травме, она позволяет относительно безопасно и в ранние сроки начать полноценную энтеральную НП. Наложение стомы в пер-

вые часы пребывания больного с ТЧМТ приведет к дополнительному стрессу и потенциально опаснее, чем проведение эндоскопии. Уход за стомой у больного с ТЧМТ (наличие психических нарушений при

выходе из комы – «лобная» психика) затруднен и более дискомфортен для больного.

Проблемы экологического мониторинга

СОДЕРЖАНИЕ Мп, В I В ПОЧВАХ ГОРНОЙ ЗОНЫ ДАГЕСТАНА

Дибирова А.П. Ахмедова З.Н.,
Рамазанова Н.И. Гаджимусиева Н.Т.
*Прикаспийский институт биологических ресурсов
Дагестанского научного центра
Российской Академии наук
Махачкала*

Горная зона Дагестана занимает около 2,04 млн га, что составляет 38,3% от площади республики. **Горно-луговые** почвы занимают 16% от общей площади республики, формируются в интервале абсолютных высот 1200-3500 м на вершинах и склонах хребтов всех экспозиций. Имеет несколько подтипов: горно-луговая типичная, горно-луговая дерновая, горно-луговая эродированная горно-луговая долинная горно-луговая остепненная.

Изучены данные типы почв в Ахтынском, Ботлихском, Тляротинском, Хивском, Цумадинском, Цунтинском, Чародинском административных районах Дагестана.

В верхних горизонтах **горных лугово-лесных** почв обнаружено относительно высокое содержание Мп (валовый – 392 мг/кг, подвижный – 76 мг/кг), с резким уменьшением его на глубине 20-40 см. Среднее содержание подвижного бора в слое 0-20 см – $3,7 \pm 0,23$ мг/кг, коэффициент варьирования 50%.

Подтип **горно-луговая типичная** содержит валового Мп от 836 до 886 мг/кг, подвижного – 31 мг/кг. Среднее содержание подвижного бора в слое 0-20 см – $2,36 \pm 0,42$ мг/кг; среднее содержание подвижного I – $5,14 \pm 1,0$ мг/кг, коэффициент варьирования – 77%.

Горно-луговым дерновым почвам принадлежит около 17% Горной зоны. Содержание гумуса в них превосходит таковое в других типах почв. Среднее содержание валового Мп по всему почвенному профилю составило 221 мг/кг, подвижного – 34 мг/кг. Среднее содержание подвижного бора в слое 0-20 см – $2,18 \pm 0,07$ мг/кг, коэффициент варьирования – 97%.

Горно-луговые эродированные почвы формируются в результате бессистемного, бесхозяйственного использования других подтипов горно-луговых почв. Также характеризуются подавленностью микробиологических процессов. Содержание валового и подвижного Мп 337 мг/кг и 18 мг/кг соответственно. Среднее содержание подвижного бора в слое 0-20 см – $1,9 \pm 0,2$ мг/кг, коэффициент варьирования 61%.

Горно-луговые долинные почвы имеют содержание валового Мп 386 мг/кг, подвижного – 18 мг/кг. Среднее содержание подвижного бора в слое 0-20 см

$-1,61 \pm 0,04$ мг/кг, коэффициент варьирования 26%; подвижного йода – $1,88 \pm 0,2$, коэффициент варьирования 41,8%.

Горно-луговая остепненная формируется по склонам южной, юго-восточной и юго-западной экспозиций. Содержание подвижного йода варьирует в широких пределах от 0,84 до 14,67 мг/кг, средняя взвешанная для горизонтов А+В+С 5,96 мг/кг, коэффициент вариации 90%.

Из приведенных данных видно, насколько велики пределы колебаний концентрации микроэлементов, коэффициентов их варьирования, что весьма характерно для различных подтипов горно-луговых почв. Это зависит от самих типов почв, от высоты расположения объектов над уровнем моря, от характера почвообразующих пород, от мезо- и микроклиматических факторов и представляет довольно сложную картину, что характерно для всех микроэлементов в горных ландшафтах.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОЧЕТАННЫХ ПРИРОДНЫХ ОЧАГОВ ОПИСТОРХОЗА И ТУЛЯРЕМИИ В ПОЙМЕННО-РЕЧНОЙ ГЕОСИСТЕМЕ

р. КОНДЫ

Ушаков А.В.

ФГУН Тюменский НИИ

*краевой инфекционной патологии Роспотребнадзора,
Тюмень*

Экологический мониторинг природных очагов описторхоза и туляремии в пойменно-речной геосистеме р. Конды в периоды депрессий и массовых размножений водяной полёвки (*Arvicola terrestris*) имеет свои особенности, связанные с уровнем сочетанности данных очагов.

Экологические основы сочетанности природных очагов зоонозов включают в себя абиотические и биотические основы. В качестве абиотических основ сочетанности выступают морфологическая структура и гидрологический режим ландшафтов (ландшафт понимается нами как геосистема [Сочава, 1978]). Сочетанность природных очагов предопределяется, в первую очередь, морфологической структурой ландшафта и, во вторую – совпадением – полным или частичным – паразитарных систем очагов.

Морфологическая структура пойменно-речного ландшафта р. Конды, обуславливая приуроченность природных очагов описторхоза и туляремии к одним и тем же фациям и урочищам данной геосистемы является, таким образом, фундаментальной абиотической основой их сочетанности.