

Т.Х. Махмамов

Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Республика Узбекистан

Анестезиологическое обеспечение магнитно-резонансной и мультиспиральной компьютерной томографии у детей в онкологии

Актуальность. Комбинированная анестезия представляет собой сочетание одного из вариантов центральных нейроаксиальных блокад с общей многокомпонентной анестезией. Такая комбинация позволяет создать не только эффективную антиноцицепцию, но и обеспечить быстрое пробуждение и восстановление самостоятельного дыхания, а также раннюю послеоперационную реабилитацию, что чрезвычайно важно для пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и низкими коронарными резервами.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности общей комбинированной анестезии на основе спинально-эпидуральной блокады при длительных и травматичных онкоурологических операциях у больных с низкими коронарными резервами.

Пациенты и методы. Всего мультимодальная комбинированная анестезия использована у 40 больных в возрасте от 39 до 68 лет. Физический статус больных соответствовал III–IV классу по классификации ASA.

Результаты. Продолжительность оперативных вмешательств колебалась от 3,5 до 6 ч, интраоперационная кровопотеря составила 800–1200 мл. У большинства больных имели место снижение коронарных резервов, а также недостаточность кровообращения (II–III ФК по NYHA), обусловленная преимущественно ишемической болезнью сердца, мультифокальным атеросклерозом, постинфарктным кардиосклерозом.

Методика анестезии. Все больные поступали в операционную после премедикации Дормикомом (2,5–5 мг). Пункцию — катетеризацию эпидурального пространства — проводили на уровне L1–L2. После тест-дозы (2 мл 2% лидокаина) и отсутствия признаков спинальной анестезии вводили 14–16 мл 0,25% раствора бупивакаина в сочетании с 1,4 мкг/кг фентанила. С появлением первых признаков сенсорно-моторной блокады проводи-

ли индукцию в наркоз (кетамин по 1–1,5 мг/кг), вводили 1,4 мкг/кг фентанила, мышечные релаксанты; больных переводили на искусственную вентиляцию легких. Поддержание анестезии обеспечивали ингаляцией закисно-кислородной смеси (2:1; 1:1) или внутривенным введением Рекофола (1–1,2 мг/кг в час), а также эпидуральным введением 0,25% раствора бупивакаина (1/2 первоначальной дозы через каждые 90 мин).

Заключение. Полученные результаты позволяют утверждать, что данный способ анестезии при длительных и травматичных онкоурологических операциях у больных с недостаточностью кровообращения и низкими коронарными резервами обеспечивает надежную антиноцицептивную защиту организма от хирургической агрессии, обеспечивает гладкое течение анестезии и ближайшего послеоперационного периода.

В.М. Мерабишвили

Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

60

Заболееваемость, смертность и выживаемость детского населения (0–14 лет) Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований (популяционное исследование)

Актуальность. Совершенствование системы учета и динамического наблюдения судеб больных детей в России требует особенного внимания.

Цель исследования: улучшение системы учета первичных случаев заболеваний детей злокачественными новообразованиями и объективной оценки эффективности деятельности противораковых мероприятий.

Пациенты и методы. В основу исследования взята база данных первого в России детского Популяционного ракового регистра, работающего по международным стандартам. Общее число наблюдений по анализу заболеваемости за период с 1994 по 2011 г. составило 1573, по анализу смертности детей — 306, по анализу наблюдаемой и относительной выживаемости — 1423.

Результаты исследования. Последние годы в Санкт-Петербурге среди детского населения в возрасте 0–14 лет ежегодно регистрируется до 70–90 новых случаев злокачественных новообразований. При создании Популяционного ракового регистра (1994), в том числе детского, было зарегистрировано 102 первичных случая злокачественных новообразований, из них 55 у мальчиков и 47 у девочек. При этом наблюдался недо-

учет заболевших детей: лечение некоторых из них осуществлялось не по месту жительства, первичная медицинская документация на заболевших во многих случаях не поступала в территориальный раковый регистр. В настоящее время показатель заболеваемости детей практически не изменился (12–15‰). В структуре онкопатологии мальчиков (2002–2011 гг.) 1-е место занимают лейкозы (31,6%), 2-е — злокачественные новообразования головного мозга (15,6%), 3-е — неходжкинские лимфомы (9,0%). У девочек первые 2 места также принадлежат лейкозам и новообразованиям головного мозга (соответственно, 32,4 и 11,4%), на третьем месте — новообразования почек (10,2%). Важно отметить, что после организации детского Популяционного ракового регистра показатели заболеваемости детей в Санкт-Петербурге практически удвоились, а ее величина приблизилась к уровням, регистрируемым в экономически развитых странах. В то же время изменилась структура онкологической заболеваемости, которая стала идентична среднеевропейским величинам. Показатель смертности (2007–2008) находится в пределах 3–4‰. Пятилетняя относительная выживаемость детей за последние 10 лет