

нии данные обусловлены негативным влиянием симптомов заболевания на разные стороны жизнедеятельности больных.

И.Е. Голуб, Г.М. Абрамович, Е.С. Нетёсин, Л.В. Сорокина

ОБУЧЕНИЕ ПРИЕМАМ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ТРЕНАЖЕРНЫМ МЕТОДОМ

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В настоящее время для обучения методам догоспитальной помощи при клинической смерти от разных причин создан «Унифицированный реанимационный обучающий комплекс» на базе клинической больницы № 1 г. Иркутска. Кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИГМУ совместно с центром разработки и производства «Витим» ОАО Иркутского релейного завода создан уникальный 21-программный травматологический тренажер «Витим 2-21У» со звуковым сопровождением, не имеющий аналогов в мире. Особенность тренажера заключается в том, что на большом анатомическом дисплее (950 × 440 × 30 см), где спроецированы все органы человека, выведен демонстрационный режим, а также программы по остановке артериального и венозного кровотечения при переломах костей (предплечья, голени, бедра), синдроме длительного раздавливания (Краш-синдроме), открытому пневмотораксу, программы по общей реанимации: сердечно-легочной мозговой, при электротравме, утоплении, обтурации верхних дыхательных путей, дыхательной реанимации.

Работая на травматологическом учебном реанимационном тренажере обучаемые осваивают правила остановки артериального и венозного кровотечений, наложение транспортных шин при переломах костей, окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, приемы первой помощи при Краш-синдроме, контролируя свои действия на дисплее тренажера и комментариях звукового сопровождения. Одновременно с обучением методов оказания первой помощи при травме на тренажере отрабатываются приемы экстренной реанимации при остановке сердца от различных причин. Тренажер фиксирует периоды умирания человека: предагонию, агонию, клиническую смерть, при этом определяется качество проводимой реанимации на муляже тренажера (по зрачкам, пульсу на сонных артериях, дыханию), а также на дисплее по работе сердца, легких, ЭКГ, оксигеметрии. Тренажеры основаны на микропроцессорной технологии. Имеется 100% защита от перекрестного заражения инфекцией (съёмная носо-ротовая маска, которая дезинфицируется в специальном растворе). Необходимо отметить качество данного изделия, небольшие габариты и вес, он может легко транспортироваться, с ним легко работать в любых условиях.

Разработанный нами многопрограммный реанимационный тренажер серийно выпускается Иркутским релейным заводом. Он успешно использован для обучения методам оказания первой и реанимационной помощи организованного населения, школьников, студентов разных учебных заведений г. Иркутска.

В основу обучения положены современные представления о первой медицинской помощи и сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе: своевременность, оказание непосредственно при возникновении острых нарушений кровообращения, дыхания, травмы, утопления, поражении электротоком.

Подводя итоги работы кафедры анестезиологии и реаниматологии можно с уверенностью сказать о полной возможности и целесообразности обучения студентов с использованием тренажера «Витим». Таким образом, считаем целесообразным использование в учебном процессе студентов медицинских ВУЗов тренажеров «Витим».

И.Е. Голуб, А.В. Ковыршин, Е.С. Нетесин, Л.В. Сорокина

РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ АНЕСТЕЗИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА БРЮШНОМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Цель исследования — провести сравнительный анализ различных вариантов анестезиологического обеспечения реконструктивных операций на брюшном отделе аорты и артериальных сосудах нижних конечностей и оценить их влияние на некоторые показатели гомеостаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 85 пациентов с атеросклеротическим поражением артериальных сосудов нижних конечностей и брюшного отдела аорты. Все больные с атеросклеротическим поражением аорто-подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегментов имели хроническую ишемию 2б – 3 – 4 стадии по классификации Фонтена-Покровского (1979). В зависимости от варианта анестезиологического пособия больные разделены на три группы. Первую группу (контрольная группа) составили 30 пациентов, которым проводилась стандартная эпидуральная анестезия (ЭА). Вторая группа – группа клинического сравнения 1 (25 пациентов) – оперирована в условиях эпидуральной блокады в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением крови (ВЛОК). Больным третьей группы – группы клинического сравнения 2 (30 пациентов) – проводилась комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) в сочетании с ВЛОК. Исследовали уровень гормона стресса-кортизола, показатели перекисного окисления липидов, базовый омега-потенциал.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные результаты показывают, что при проведении реконструктивных операций на брюшном отделе аорты и артериальных сосудах нижних конечностей ЭА недостаточно обеспечивает ноцицептивную блокаду. Это подтверждается активацией симпатoadреналовой системы, процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), дисбалансом механизмов регуляции. ЭА в сочетании с ВЛОК, также неэффективно обеспечивает анестезиологическую защиту, так как на сегментарном уровне не происходит фармакологической блокады ноцицептивных импульсов всех модальностей из зоны хирургической травмы. КСЭА в сочетании с ВЛОК адекватно защищает больного от операционного стресса, что сопровождается уменьшением напряжения симпатoadреналовой системы и регуляторных механизмов, стабилизацией процессов ПОЛ и повышением антиокислительной активности плазмы крови.

ВЫВОДЫ

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением крови при реконструктивных операциях на брюшном отделе аорты и артериальных сосудах нижних конечностей обеспечивает адекватную анестезиологическую защиту за счет влияния на центральный, сегментарный и периферический механизмы болевой импульсации в сравнении с эпидуральной и сочетанной эпидуральной анестезией.

И.Е. Голуб, Е.С. Нетёсин, Л.В. Сорокина

**ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ
ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ АДРЕНАЛЭКТОМИЯХ**

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Цель исследования – повысить эффективность анестезиологической защиты при эндоскопических адреналэктомиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Программа анестезиологического обеспечения эндовидеохирургических вмешательств, как и традиционных «открытых» операций, определяется характером поражения надпочечников и степенью нарушений гомеостаза, обусловленных основным процессом и сопутствующей патологией. Во время операции основное внимание направлено на предупреждение гипертензии на первом этапе при выделении надпочечника и острой надпочечниковой недостаточности после его удаления. Вместе с этим при проведении эндоскопических операций имеются некоторые особенности, связанные с положением больного на операционном столе (правосторонняя или левосторонняя локализация опухоли), спецификой оперативного доступа и техникой оперативного вмешательства, предусматривающей введение углекислого газа в брюшную полость или забрюшинное пространство.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С учетом изложенных особенностей при проведении анестезий у больных с адреналэктомией необходимо создание адекватной анальгезии, нейровегетативной блокады и коррекция гемодинамических нарушений. Методом выбора у данных больных являлась многокомпонентная сочетанная анестезия с ИВА. Для обеспечения интра- и послеоперационного обезболивания перед операцией осуществ-