

Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств у новорожденных и детей раннего возраста

А. М. ШАМСИЕВ, В. А. РЯЗАНЦЕВ, К. Р. БОБОЕРОВ, Ю. А. ТУРАЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд.

УДК 612.648:616.089.5

Новорожденные и дети раннего возраста в анестезиологическом аспекте рассматриваются как пациенты высокого риска.

Используя в нашей практике классификацию операционно-анестезиологического риска в педиатрии, предложенную Московским научным обществом анестезиологов-реаниматологов, состоящую из пяти степеней, мы убедились, что даже небольшая по объему, продолжительности и травматичности операция относится к II-III степени риска.

Решая вопрос о выборе метода обезболивания значительное большинство анестезиологов предпочитают ингаляционный наркоз, как наиболее управляемый.

При операционном вмешательстве по поводу врожденной кишечной непроходимости, атрезии пищевода со свищем, атрезии анального отверстия, перитонита новорожденных, незавершенного поворота кишечника и др. мы у 208 детей применили внутривенную общую анестезию.

По мере необходимости пациентам проводилась предоперационная подготовка в виде инфузионной терапии, которая продолжалась во время операции и в послеоперационном периоде. Для нее использовались растворы рео- или полиглюкина, инфезола, 10% глюкозы, Рингера из расчета 2-5 мл/кг час. По показателям вводилась свежезамороженная плазма или Рефортан 6,200/0,5 из расчета 33 мл/кг в сутки.

Учитывая вышеизложенное всем больным проводилась подключичная кавакатетеризация.

Для премедикации использовались 0,1% раствор атропина из расчета 0,02 мг/кг, 1% димедрол и 25% раствор анальгина по 0,1 мл, а также сибазон или дормикум.

Учитывая такие достоинства, как стабильность гемодинамики и отсутствие угнетающего действия на нее, быстрое на-

ступление хирургической стадии наркоза мы стали широко использовать кетамин, как в качестве вводного наркоза, так и для поддержания при операциях продолжительностью до 30-40 мин.

Наш более чем 7 летний опыт применения кетамина у этой группы больных убедил в том, что при некоторых ситуациях кетаминовый наркоз можно считать методом выбора при анестезии у новорожденных. Дозировка препарата составляла 2 мг/кг.

В ряде случаев для вводного наркоза использовался 20% раствор оксибутирата натрия из расчета 80-100 мг/кг.

Для поддержания наркоза при операциях свыше 1 часа помимо половинной дозы кетамина использовали 0,005% раствор фентанила 12-15мкг/кг.

С момента поступления ребенка в операционную и в послеоперационном периоде осуществлялась подача кислорода.

Во всех случаях использовалась эндотрахеальная методика наркоза с применением мышечных релаксантов, как короткого, так и длительного действия в зависимости о продолжительности оперативного вмешательства.

ИВЛ проводилась аппаратом искусственной вентиляции фирмы «Драгер».

Все пациенты после операции переводились в реанимационное отделение для наблюдения и проведения интенсивной терапии. В тех случаях, когда у ребенка не восстанавливалось адекватное дыхание, он оставался на продленной интубации и ИВЛ до полного восстановления адекватного дыхания.

Используя такую методику анестезии мы ни в одном случае не имели осложнений наркоза, как во время индукции, поддержания, так и в посленаркозном периоде.

Анализ отдаленных результатов лечения эхинококкоза у детей

А. М. ШАМСИЕВ, Ж. А. ШАМСИЕВ, И. Ч. ГИМАДДИНОВ, И. У. ТОГАЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд.

УДК 616.8-002.951.21

Эхинококкоз относится к тяжелым паразитарным эндемическим заболеваниям и остается серьезной медико-социальной проблемой в ряде стран мира, в том числе и в Республике Узбекистан. Стандартизованные исследования показали, что в стране интенсивный показатель заболеваемости эхинококкозом составляет 6-9 человек на 100000 населения, каждый год хирургическому лечению подверга-

ются до 2 тысяч человек, а более четверти из них страдают из-за развившихся осложнений.

Отдаленные результаты лечения эхинококкоза анализированы у 108 (59,3%) из 182 детей в сроки от 6 месяцев до 6 лет. Основное количество наших пациентов (88,8%) обследовано в отдаленные сроки после операции от 3 до 6 лет. Для оценки результатов проведенного лечения эхинококко-



за в отдаленном периоде, кроме жалоб, и данных осмотра у всех 108 детей мы исследовали кислотность желудочного сока, состояние иммунологического статуса, проводили УЗС брюшной полости и рентгенографию грудной клетки в прямой проекции, а при необходимости повторяли данные исследования.

Полученные результаты исследования кислотности желудочного сока у 108 пациентов катамнестической группы по сравнению с нормой убедительно показывают, что даже в отдаленном периоде после операции, в катамнестической группе, показатели как базальной, так и стимулированной кислотности желудочного сока достоверно ниже по сравнению с нормальными показателями. Среди обследованных детей у 25 (23,1%) отмечено нормоацидное, а у 83 (76,9%) пациентов гипоацидное состояние желудочной секреции. При индивидуальном сопоставлении с данными исследования кислотности желудка у этих детей в остром периоде различий не найдено, то есть у больных с пониженной кислотностью желудочного сока с течением времени перехода в нормоацидное состояние и наоборот не отмечалось. Следовательно, у обследованных больных понижение кислотообразующей функции желудка может носить промежуточный характер. Это свидетельствует о том, что само по себе заболевание эхинококкозом никак не влияет на кислотообразующую функцию желудка и сниженная кислотность желудочного сока приводит к заражению паразитом, а не эхинококкоз вызывает снижение кислотности.

Нами изучено состояние АИР в катамнезе. Исследованы все параметры, которые использовали в дооперационном периоде. При этом, обследуемые разделены на группы с нормальной и гипоацидной кислотностью желудочного сока. У детей в обеих группах отмечается снижение по сравнению с нормой содержания в крови Т-лимфоцитов, Т-хелперов, в то же время выявлено повышение Т-супрессоров, IgA, IgM, IgG и ЦИК.

При ультразвуковом и рентгенологическом обследовании у 11 (10,2%) больных выявлен эхинококкоз: в 7 (6,4%) случаях эхинококкоз печени, в 2 (1,85%) случаях эхинококкоз легких и у 2 (1,85%) больных было сочетанное поражение легких и печени.

Наиболее часто в отдаленном периоде диагностировались солитарные эхинококковые кисты печени — 7 (6,5%) и множественный эхинококкоз печени — 4 (3,7%), в 2 (1,9%) случаях обнаружен сочетанный эхинококкоз легких и печени. Эхинококкоз легкого выявлен всего в 1 (0,9%) случае, также у 1 (0,9%) ребенка найдена остаточная полость эхинококковой кисты в легком. Рецидив заболевания значительно чаще возникал у больных с гипоацидным состоянием желудочной секреции — 13 (15,6%), по сравнению с детьми с нормальной кислотностью желудочного сока — 2 (8%). Эти больные были повторно госпитализированы и оперированы в нашей клинике. Этот факт еще раз подтверждает значение кислотообразующей функции желудка в структуре заболеваемости эхинококкозом у детей. Отдаленные результаты лечения больных с эхинококкозом оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Так хорошие результаты у детей с нормоацидным состоянием кислотности желудка были получены в 68,0% случаях, а у больных с гипоацидностью — у 59% детей. Удовлетворительных результатов в группе детей с нормальной кислотообразующей функцией желудка отмечалось у 6 (24,0%) обследованных, у детей с гипоацидным состоянием желудочной секреции они были обнаружены в 21 (25,3%) случае. Число неудовлетворительных результатов в группе детей с нормальной кислотностью желудочного сока было значительно меньше — 2 (8,0%), чем у больных с нарушенной кислотообразующей функцией желудка — 13 (15,7%). Таким образом, исходя из полученных данных, при обнаружении пониженной кислотности желудочного сока, на наш взгляд, целесообразно проводить коррекцию кислотообразующей функции желудка.

Особенности периода адаптации у новорожденных от курящих матерей

А. С. ЭЙБЕРМАН, Л. Г. БОЧКОВА, М. В. ЕРШОВА
ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, Саратов.

УДК 614.2

Цель исследования: сравнительная оценка особенностей периода новорожденности у детей от курящих и некурящих матерей.

В условиях родильного дома, второго этапа выхаживания и детской поликлиники были обследованы 125 новорожденных. Из них 92 ребенка родились у курящих матерей, 33 ребенка — у некурящих. Наблюдение за детьми проводилось в течение первого месяца жизни в динамике.

Для проведения исследования применялись следующие методы: оценка клинического и неврологического статуса новорожденного; нейросонография (на 5-7 сутки и на 25-27 сутки); в пуповинной крови определение уровней гормонов: тиреотропного гормона (ТТГ), дигидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С), эстрадиола ИФА-методом; изучение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) методом хемолуминисценции; липидный состав сыворотки пуповинной крови (общий холестерин, триглицериды).

В основной группе 40 (48,7%) детей были отнесены в группу маловесных, т.к. имели массу тела менее 2500,0 гр., в отличие от группы контроля, где оказалось только 2 (8,6%) маловесных ребенка. Самыми частыми осложнениями явились перинатальная энцефалопатия: в основной группе у 65 (79,2%) новорожденных, в группе контроля у 5 (21,7%) детей; пролонгированная желтуха: в основной группе у 32 (39%) детей, в группе контроля не была отмечена. Кроме того, был диагностирован синдром рвоты и срыгивания: в основной группе у 8 (9,7%) новорожденных, в контрольной группе у 1 (3,6%) ребенка; дисбиоз кишечника: в основной группе у 7 (8,5%) детей, в контрольной у 1 (4,3%) ребенка. Токсическая эритема 3 (3,6%) и полицитемия 3 (3,6%) были отмечены только у детей основной группы. Максимальная убыль массы тела в основной группе достигала 11%, в отличие от группы контроля (7%).

Имелись также метаболические нарушения у детей курящих матерей. Высокие показатели уровней ТТГ (11,592