

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-