

сосудисто-тромбоцитарного гемостаза), гетерозиготной генетической мутацией протромбина, гетерозиготной генетической мутацией ингибитора активатора плазминогена PAI-1 (нарушение фибринолиза), гипергомоцистеинемией на фоне имеющейся соединительнотканной дисплазии. Учитывая происшествя в виде инсультов, инфарктов, проявлений СТД в семейном анамнезе, можно предположить наследственный характер тромбофилии у данной больной.

В качестве профилактического лечения больной назначены: клопедогрел или тиклопидин по 1 таблетке через день, для купирования энтеролиза - сулодексид по 1 капсуле 250 (ЛЕ) 1 раз в день, гепатопротекторы (адemetионин, урсодехсохоловая кислота), курсовой прием витаминно-минеральных препаратов в течение 1 месяца 3 раза в год, ангиопротекторы - антистакс, ангиовит.

При таком сочетании нарушений риск развития тромбозов возрастает в геометрической прогрессии, что всегда должно учитываться при диагностике и выборе метода лечения. Вместе с тем, наличие таких сочетанных форм патологии существенно затрудняет процесс диагностики и заставляет врача не ограничиваться выявлением лишь одного какого-либо (даже весьма серьезного) вида тромбофилии, а в каждом случае про-

водить развернутое исследование всех вероятных в данной ситуации комплексных нарушений гемостаза. При обрывании диагностического процесса могут быть упущенные важные дополнительные нарушения, устранение которых может сыграть исключительно большую роль в предупреждении рецидивов тромбозов. Поэтому современные многопрофильные лаборатории гемостаза должны располагать максимальным числом методов идентификации большинства известных тромбофилий. Известно, что тромбофилия относится к мультифакториальным заболеваниям, так как они связаны с действием многих генов, их называют также полигенными. В фенотипической диагностике тромбофилий одно из ведущих мест должно занимать обследование не только пробандов, но и их кровных родственников, в том числе не страдающих тромбозами, ибо выявление у них одноклассных нарушений гемостаза раскрывает генетическую сущность заболевания и позволяет выделить лиц повышенного тромбогенного риска, которые могут легко трансформироваться в больных под влиянием различных патогенных факторов и условий жизни.

мутации Leiden в экзоне 10 гена фактора V при тромбофилиях // Биоорг. химия. - 1997. - Т. 23. - С.205-210.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З.С., Суханова Г.А., Бувеч Е.И. и др. Геморрагические мезенхимальные дисплазии: основные нарушения в системе гемостаза и принципы их коррекции // Consilium medicum. - 2000. - Т. 16, № 6. - С.6-9.
2. Зубаиров Д.М. Врожденная тромбофилия // Соросовский образовательный журнал. - 1997. - № 8. - С.33-37.
3. Зыков Е.С., Патрушев Л.И., Каюшин А.Л. и др. Новые аллель-специфические праймеры для обнаружения
4. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике. - М., 2003. - С.21-26.
5. Патрушев Л.И. Тромботические состояния и современные методы их диагностики // Русский медицинский журнал. - 1998. - № 3. - С.12-13.
6. Руководство по гематологии / Под ред. А.И.Воробьева. - М., 2007. - С.628-642.

Адрес для переписки:

66401, Иркутск, бульвар Гагарина, 4, Иркутская государственная областная детская клиническая больница, отделение онкогематологии. Фирсова Лариса Викторовна - врач-гематолог. E-mail: meveto@mail.ru, Денисова Анна Александровна - зав. лабораторией.

© ЮСУПОВ Ш.А. - 2009

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

Ш.А. Юсупов

(Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан, ректор - проф. А.М. Шамсиев, кафедра хирургических болезней детского возраста, зав. - проф. А.М. Шамсиев)

Резюме. С целью изучения возможностей ультразвуковой сонографии (УЗС) при разлитом гнойном аппендикулярном перитоните (РГАП), осложненном параличом кишечника (ПК) у детей, для объективной оценки двигательной активности кишечника, степени распространенности патологического процесса в брюшной полости и при динамическом контроле эффективности лечения обследовано 93 больных в возрасте от 2 до 15 лет с аппендикулярным перитонитом. Больные разделены на 2 группы: I группа сравнения - 45 больных с аппендикулярным перитонитом, осложненным парезом кишечника I-II стадий. Во II вошли 48 детей с РГАП, осложненным ПК (основная группа). Оценивали следующие эхографические показатели: наличие жидкости в брюшной полости и ее локализация; наличие перистальтики кишечника; диаметр и толщина кишечника; скопление жидкости и воздуха в просвете кишечника; характер продвижения химуса по кишке. При сравнении дооперационных показателей УЗС с результатами интраоперационной ревизии брюшной полости выявлено, что в 91,2% случаев эхографические данные совпадали с интраоперационными. УЗС в послеоперационном периоде позволяет обнаружить не только положительную клиническую картину, но и способствовать раннему распознаванию послеоперационных внутрибрюшных осложнений (абсцессы брюшной полости, спаечные осложнения).

Ключевые слова: аппендикулярный перитонит у детей, ультразвуковая сонография, диагностика.

A DIAGNOSIS IMPORTANCE OF AN ULTRASOUND SONOGRAPHY WHILE INFANTILE APPENDICULAR PERITONITIS

Sh.A. Yusupov

(Samarkand State Medical Institution, Uzbekistan)

Summary. The main aim of the research is to study the possibilities of ultrasound sonography (USS), for assessing objectively the active motion of intestines and to identify the level of spreading of pathological process in a peritoneal cavity and under the dynamic control of the effectiveness of the treatment in a spreader festering appendicular peritonitis (SFAP), which develops the paralyzes of intestines (PI). 93 patients (children from 2 to 15 years) with appendicular peritonitis were tested. All patients were divided into 2 groups. The first group is a group of 45 patients with appendicular peritonitis with a complicated cut (1st 2d stage) of intestines. The second group are 48 infants with SFAP and complicated PI (the main group). The

following echo graphical indices were assessed: the presence of liquid in peritoneal cavity and its localization, the presence of the peristaltic of intestines, the diameter and the thickness of intestines, gathering of the liquid and gases between the gaps of intestines and controlling the movement of the humus through intestines. While comparing of preoperational evidences of USS with the results of intraoperational revision of peritoneal cavity in 91,2% of echographical evidences were similar to an intraoperational. USS in post operational period allows to recognize not only pros of a clinic evidence but also allows to identify post-operational innerperitoneal complications (such as abscesses of peritoneal cavity, complications in commissure).

Key words: infantile appendicular peritonitis, ultrasound sonography, diagnostics.

Разлитой гнойный аппендикулярный перитонит (РГАП), осложненный параличом кишечника (ПК), является одной из актуальной проблемой хирургии детского возраста.

Диагностика РГАП, осложненного ПК, и правильная оценка его тяжести до операции у детей является основанием для выбора дальнейшей лечебной тактики и прогноза заболевания [5,10,11]. Для исследования распространенности гнойного процесса и моторной функции кишечника при аппендикулярном перитоните используют различные методы [1,2,4,8]. Исследования, при которых требуется введение инородных тел (инструменты, контрастные и радиоактивные вещества), приемлемы лишь в дооперационном периоде по показаниям, но их нельзя использовать в ближайшие часы и дни после операции, так как они сами могут стать причиной серьезных осложнений [6]. Применяемые для объективной оценки активности кишечника фонотерография и электроэнтерография наряду с регистрацией перистальтических шумов кишечника, регистрируют так же сердечные тоны и легочные хрипы [7], что приводит к затруднению диагностики. Все это доказывает, что проблема диагностики формы аппендикулярного перитонита, а также степени выраженности пареза кишечника в дооперационном периоде остается актуальной.

В этой связи представляет большой научный и практический интерес использование ультразвуковой сонографии (УЗС) брюшной полости для оценки распространенности патологического процесса в брюшной полости и степени пареза кишечника при перитоните у детей в пред- и послеоперационном периодах [3,9].

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей УЗС при РГАП, осложненном ПК, у детей для объективной оценки двигательной активности кишечника, степени распространенности патологического процесса в брюшной полости и при динамическом контроле эффективности лечения.

Материалы и методы

В клинике Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ педиатрии под нашим наблюдением находилось 93 больных в возрасте от 2 до 15 лет (40 — девочки, 53 — мальчиков), поступивших в хирургическое отделение с диагнозом «перитонит». Для уточнения степени выраженности пареза кишечника, распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, определения дальнейшей хирургической тактики и оценки эффективности проводимого лечения больным с РГАП, осложненным ПК, в комплексе обследования проведена динамическая УЗС органов брюшной полости. При этом изучались моторно-эвакуаторная деятельность кишечника, степень распространенности воспалительного процесса у больных детей с аппендикулярным перитонитом в динамике, оценивались локализация и распространенность свободной жидкости в брюшной полости, наличие перистальтики кишечника и ее характер, диаметр кишки, скопление жидкости и газа в его просвете, динамика продвижения химуса по кишечной трубке. Исследования выполнялись без предварительной подготовки больного, в горизонтальном положении на спине, аппаратами ALOKA-500-SSD, SIEMENSE SOWOLINE SI-450 с использованием линейных датчиков 3,5; 5,5; и 7,5 МГц, в режиме реального времени с использованием дозированной компрессии датчиком на брюшную стенку.

Результаты и обсуждение

В зависимости от результатов первичного хирургического осмотра и выраженности клинических проявлений пареза кишечника, а также проводимого вида лечения, все обследованные больные были разделены на две группы. В первую группу включены 45 больных с

аппендикулярным перитонитом, осложненным парезом кишечника I-II стадии (группа сравнения). Во вторую группу вошли 48 детей из 98 больных с РГАП, осложненным ПК (основная группа). По возрастному составу обе группы были равноценны, что облегчает проведение сравнительного анализа.

96% больных первой группы с аппендикулярным перитонитом поступили на 1-4 сутки от начала заболевания, во второй же группе все больные (100%) поступили в более поздние сроки — на 3-10 сутки. В первой группе у 4 больных определен местный, у 36 — диффузный и у 5 больных — разлитой аппендикулярный перитонит. Во второй группе у всех больных диагностирован РГАП.

Больные первой группы (45 детей, группа сравнения), в зависимости от метода ликвидации пареза кишечника, распределены на три подгруппы. Больным первой подгруппы (24 больных) в пред- и послеоперационном периодах посредством назогастрального зонда отсасывали застойное желудочное содержимое и периодически желудок промывали 2% раствором натрия гидрокарбоната, применяли очистительную гипертоническую клизму, инфузионную дезинтоксикационную терапию, коррекцию дефицита калия. В результате разрешился парез кишечника.

Детям второй подгруппы (11 больных) с целью купирования пареза кишечника к вышеперечисленному лечению пареза кишечника дополнительно применяли прозерин.

Больным третьей подгруппы (10 больных), устранить парез кишечника вышеуказанными способами не удалось, и комплекс лечения дополняли длительной перидуральной анестезией лидокаином.

48 детям с РГАП, осложненным ПК (вторая группа), когда вышеперечисленный комплекс мероприятий для стимуляции моторно-эвакуаторной функций кишечника не давал эффекта, дополнительно применяли ретроградную декомпрессию тонкого кишечника специальной зондом через цекостомию или аппендикостомию.

Первичную УЗС больных проводили в пределах от 1 до 12 часов с момента поступления в стационар. Затем в послеоперационном периоде исследовали в динамике каждого больного по 3-4 раза. Результаты УЗС сопоставляли с клиническими признаками, и они получали подтверждение интраоперационными данными.

При УЗС брюшной полости для диагностики степени распространенности воспалительного процесса и выраженности пареза кишечника оценивали следующие эхографические показатели: наличие жидкости в брюшной полости и ее локализация; наличие перистальтики кишечника; диаметр и толщина кишечника; скопление жидкости и воздуха в просвете кишечника; характер продвижения химуса по кишке.

У детей с аппендикулярным перитонитом первой подгруппы характерными были следующие эхографические признаки. В правой подвздошной области всегда отмечался локальный парез кишечника: визуализировались участки с «немыми» петлями кишечника, диаметр которых не изменен, выявлялся пневматоз петель кишечника, небольшое локальное скопление жидкости в просвете тонкой кишки в одной или двух областях, либо жидкость не определялась. Продвижение химуса замедлено в зоне наибольшей болезненности. В остальных участках брюшной полости продвижение химуса равномерное, без замедления. Местный аппендикулярный перитонит эхографически характеризовался скоплением свободной жидкости в области купола слепой кишки.

У больных второй и третьей подгрупп петли кишечника умеренно растянуты с преобладанием жидкого со-

держимого над пневматизацией, движение химуса слабое, поступательное, перистальтические движения редкие. При диффузном аппендикулярном перитоните определялось скопление свободной жидкости в межпетлевых пространствах, правом латеральном канале, правой подвздошной области и в проекции малого таза.

У больных второй группы (48 детей) по всей брюшной полости визуализировались петли кишечника, резко растянутые жидким содержимым с единичными пузырьками газа или без них. Перистальтика кишечника отсутствует, движение химуса слабое маятникообразное, либо совсем отсутствует. Значительное количество жидкости во всех отделах брюшной полости. При РГАП, осложненном ПК, скопление свободной жидкости визуализировалось во всех отделах брюшной полости (5 и более отделов брюшной полости).

Полученные клинические признаки и данные УЗС у больных с РГАП, осложненным парезом кишечника, сопоставляли с интраоперационными показателями.

У больных первой-второй подгрупп интраоперационно выявляли распространение воспалительного процесса за пределы слепой кишки, гнойный экссудат был расположен между петлями кишок, не выходя за границу нижнего этажа брюшной полости. Париетальная брюшина выглядела тусклой, отечной. Петли кишечника в диаметре были не изменены, пульсация сосудов и перистальтика кишечника сохранены.

У обследованных детей третьей подгруппы на операции было выявлено, что воспалительный процесс распространялся на нижний и средний этажи брюшной полости, оставляя свободными поддиафрагмальные пространства. Выпот во всех случаях был гнойным, нередко с характерным колибациллярным запахом. Париетальная и висцеральная брюшина выглядела отечной, тусклой, с фибринозными наложениями в области илеоцекального угла. Петли кишечника были умеренно раздуты, гиперемированы, на расстоянии 40-70 см от илеоцекального угла имелись фибринозные наложения. Перистальтика кишечника и пульсация сосудов брыжейки визуально были ослаблены, в просвете содержалось много жидкости и газов.

Наиболее тяжелыми среди наших больных были дети второй группы с РГАП, осложненным ПК. Во время операции выявляли тотальное поражение висцеральной и париетальной брюшины. В брюшной полости обнаруживали большое количество гнойно-фибринозного выпота с колибациллярным запахом. Макроскопически брюшина выглядела утолщенной, инфильтрированной с массивными фибринозными наложениями на всем протяжении. У 38,3% больных отмечены петехиальные кровоизлияния на серозном покрове тонкой кишки, нередко с множественными межпетлевыми гноиниками. Петли кишечника резко раздуты в диаметре, наполнены кишечным содержимым — «тяжелая кишка». Перистальтика кишечника отсутствует, пульсация сосудов брыжейки кишечника резко ослаблена, цвет кишечника изменен, гиперемирован, с багровым оттенком, стенки утолщены, покрыты фибринозным налетом.

Следовательно, клинические дооперационные симптомы практически у всех больных верифицированы на основании интраоперационной ревизии брюшной полости. При сравнении дооперационных показателей УЗС с результатами интраоперационной ревизии брюшной полости выявлено, что в 91,2% случаев эхографические данные совпадали с интраоперационными данными. В остальных 8,8% случаев отмечена гипердиагностика, связанная с освоением метода.

Использование в послеоперационном периоде динамической УЗС у всех больных с аппендикулярным перитонитом позволяет обнаружить не только положительную клиническую картину, но и способствовать раннему распознаванию послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

Так, у 17 (18,3%) больных детей из 93, были выявлены различные внутрибрюшные осложнения. При по-

мощи УЗС послеоперационные осложнения диагностировались у 8 больных на 4-7 сутки, а у остальных 9 больных — на 7-14 сутки.

У двух больных в послеоперационном периоде был диагностирован продолжающийся перитонит. Данное осложнение проявлялось на 3-4 сутки после операции. Наблюдалось тяжелое клиническое течение, температура стабильно превышала 39°C, прогрессировали проявления интоксикации в виде бреда, иногда — эйфорического состояния, психомоторного возбуждения. Наблюдались тахипноэ, резкая тахикардия свыше 120 ударов в минуту, заостренность черт лица, сухость губ, кожи, снижение тургора. Через зонд выделялось обильное застойное желудочное содержимое с примесью желчи и запахом кишечной палочки. Показатели эндотоксикоза держались на высоких значениях, перистальтика кишечника не выслушивалась. При пальпации отмечалась либо выраженная, либо умеренная болезненность по всему животу. Напряжение мышц передней брюшной стенки было умеренным или незначительным, однако имелся выраженный положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При УЗС выявлено преобладание жидкого содержимого над пневматизацией в расширенных петлях тонкой кишки, редкие перистальтические движения или отсутствие перистальтики, наличие отека стенок, небольшое количество свободной жидкости между петлями. При подозрении на подобные изменения после операции необходимо ежедневное проведение динамической УЗС органов брюшной полости, при отсутствии положительной динамики рекомендуется изменение лечебной тактики.

У 12 детей были обнаружены абсцессы брюшной полости (АБП). Из них межпетлевые абсцессы были обнаружены у 3 больных, подпеченочные — у 3, правой подвздошной области — у 4, латерального канала — у 1 и внутритазовый — у 1 больного. На 3-5 дни послеоперационного периода температура имела тенденцию к росту, а вскоре превышала 39°C, показатели токсемии также повышались, появлялась локальная болезненность в передней брюшной стенке, однако эти симптомы были менее выражены, чем при продолжающемся перитоните.

Эхографическими признаками внутрибрюшных абсцессов являлось наличие образований неправильной формы с нечеткими контурами со сниженной эхогенностью, чаще с неоднородным содержимым. При наблюдении в динамике ультразвуковая картина не изменялась после еды и стимуляции кишечника.

4 больным с несформированными, межпетлевыми, множественными и осложненными АБП проведена ре-лапаротомия, а 8 больным со сформированными интраабдоминальными абсцессами — локальная минилапаротомия или чрескожное дренирование при их пристеночном расположении.

У 3 детей отмечались признаки ранней спаечной кишечной непроходимости (СКН). На УЗС различить паралитическую и механическую кишечную непроходимость сложно. При этом диагноз облегчается при тщательном обследовании всех отделов брюшной полости, если удастся обнаружить участки спавшихся петель кишечника, наряду с растянутыми. На ранних стадиях СКН при УЗС удастся увидеть участок кишки с перистальтической волной. Маятникообразное движение химуса, как бы ударяясь о препятствие, откатывается назад. Определяется неравномерное скопление жидкости и газов в просвете приводящей кишки. Больным со СКН проведено повторное хирургическое вмешательство.

Таким образом, применение УЗС при РГАП, осложненном ПК, у детей в дооперационном периоде позволяет не только установить степень распространенности перитонита, но и определить выраженность нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника. Динамическая УЗС позволяет прогнозировать течение

послеоперационного периода, своевременно выявить послеоперационные интраабдоминальные осложнения

и выбрать наиболее оптимальный вариант хирургической тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И.И. Применение фоноэнтерографии с количественной оценкой фонограмм в хирургической клинике // Хирургия им. Н.И. Пирогова. — 1980. — № 7. — С.56-59.
2. Бушмелев В.А., Заплетаяев Р.М. Оценка изменений локальной гемодинамики передней брюшной стенки при острых гнойных процессах в брюшной полости у детей // Материалы научно-практич. конф., посвящ. 25-летию Республиканской детской клинической больницы республики Башкортостан. — Уфа, 1997. — С.176.
3. Буянов В.М., Маскин С.С., Дорошев И.А. Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости // Вестник хирургии. — 1999. — № 4. — С.109-111.
4. Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Лапароскопические операции при кишечной непроходимости у детей. — М., 1999. — С.9.
5. Исмаев Г.Б., Гусейнов С.А., Рагимова А.М., Алиева Э.А. Временная илеостома в лечении послеоперационного разлитого гнойного перитонита // Хирургия. — 2000. — № 1. — С.25-27.
6. Коновалов А.К. Патогенетическое обоснование профилактики, ранней диагностики и щадящих методов хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений острого аппендицита у детей: Автореф. дис. ... д.м.н. — М., 1996. — 48 с.
7. Майнугин В.В., Береняк И.А., Широков В.С. и др. Фоноэнтерография в детском возрасте // Медицинская техника. — 1988. — № 1. — С.51-56.
8. Михальский В.В. Вопросы ведения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных с синдромом острой кишечной непроходимости: Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1997. — 19 с.
9. Тимебулатов В.М., Верзакова И.В., Каланов Р.Г. и др. Ультразвуковое исследование у больных перитонитом // Хирургия. — 2000. — № 1. — С.22-24.
10. Pacceli F., Doglietto G.B., Alfieri S., et al. Prognosis in intraabdominal infections: Multivariate analysis on 604 atients // Arch. Surg. — 1996. — Vol. 131, № 6. — P.641-645.
11. Vas S.I. Treatment of peritonitis // Perit-Dial-Int. — 1994. — Vol. 14 (Suppl. 3). — S49-55.

Адрес для переписки:

Узбекистан, г.Самарканд, ул.Орзу, 32, Юсупов Шухрат Абдурасулович — проректор по научной работе СамМИ, E.mail: shuchrat_66@mail.ru

© ЖАРНИКОВ А.В., ПЛЕХАНОВ А.Н. — 2009

ПРИМЕНЕНИЕ РОПИВАКАИНА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.В. Жарников, А.Н. Плеханов

(Бурятский государственный университет, ректор — д.п.н., проф., член-корр. РАО С.В. Калмыков, кафедра факультетской хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Плеханов)

Резюме. В данной статье приведена сравнительная характеристика современных местных анестетиков — ропивакаина и бупивакаина, используемых в регионарной анестезии при хирургических операциях у лиц пожилого возраста. Доказано, что у этой группы больных, имеющих сопутствующую патологию, оптимальным анестетиком является ропивакаин, обладающий наименьшей токсичностью и существенно не влияющий на показатели системной гемодинамики.

Ключевые слова: ропивакаин, спинальная анестезия, пожилой возраст, осложнения.

APPLICATION OF ROPIVACAINI IN SPINAL ANESTHESIA IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

A.V. Zharnikov, A.N. Plekhanov

(Buryat State University)

Summary. In given article the comparative characteristic of modern local anesthetics — ropivacaini and bupivacaini, used in surgical operations in persons of elderly age. It is proved, that in this group of the patients having accompanying pathology, optimum anesthetics is ropivacaini, having the least toxicity and essentially not influencing on parameters system of haemodynamics.

Key words: ropivacaini, spinal anesthesia, elderly age, complications.

В последние годы во всем мире постоянно увеличивается процент людей старше 65 лет, обращающихся за медицинской помощью [1]. Особенностью данной категории больных, является то, что у большинства из них имеется сопутствующая патология [3]. Многие клиницисты при выборе обезболивания у больных с сопутствующими заболеваниями отдают предпочтение регионарной анестезии [4]. Одним из главных недостатков регионарного обезболивания является гипотония, которая при большей выраженности может усилиться кровопотерей [2] и в итоге привести к ухудшению коронарного кровотока. Интраоперационная гемодинамическая нестабильность у данных больных может служить пусковым механизмом развития острой сердечно-сосудистой недостаточности, инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения в ближайшем послеоперационном периоде [2].

Одной из реальных возможностей снижения интраоперационной гемодинамической нестабильности и кардиальных осложнений является оптимальный вы-

бор местного анестетика для регионарной анестезии.

Целью работы явилась сравнительная оценка клинической фармакологии местных анестетиков, применяемых при продленной спинальной анестезии у хирургических больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы

Исследования были выполнены у 36 больных, оперированных по поводу травм или заболеваний нижних конечностей, а также внутренних органов нижнего этажа брюшной полости. Возраст больных колебался от 65 до 87 лет. В основном это были больные пожилого и старческого возраста с различной сопутствующей патологией (АСА-2-3ст). Все больные были оперированы в условиях сбалансированной регионарной анестезии на основе продленной спинальной блокады с сохраненным самостоятельным дыханием ($F_{iO_2}=0,4$).

Пункцию и катетеризацию спинального пространства выполняли на уровне L_2-L_3 с использованием стандартной техники, и одноразовых наборов для продленной спинальной анестезии фирмы «Portex». В качестве местных анестетиков использовали: 0,5% раствор ропивакаина гидро-