

и у здоровых детей можно сократить время голодания. Ребенок будет значительно менее негативно настроен и лучше гидратирован. За 4–2 часа до операции ребенку дают попить чистую жидкость (воду).

Возмещение потерь проводят растворами Рингера или Рингера лактата с учетом обеспечения физиологической потребности, устранения дефицита жидкости и кровопотери. Объем инфузии увеличивают с расчетом послеоперационного периода.

При необходимости также применяют коллоидные растворы. С целью уменьшения интраоперационной кровопотери, что крайне важно у маленьких детей, в обязательном порядке применяется гемостазирующая терапия.

Особенностями работы анестезиолога и хирурга в одной анатомической области объясняются и проблемы, которые могут возникать как во время проведения анестезии, так и в послеоперационном периоде: опасность выпадения и перегиба интубационной трубки, попадания в нее крови и слюны, что ведет к обструкции дыхательных путей и возможной аспирации. Довольно часто отмечаются ларинго- и бронхоспазм, поэтому необходимо иметь весь арсенал средств для купирования этих осложнений. Для предотвращения отека дыхательных путей с целью профилактики применяют дексаметазон в возрастных дозировках, для предотвращения послеоперационных тошноты и рвоты — ондансетрон (Зофран). В процессе операции значительно уменьшается назофарингеальное пространство, часто западает язык, поэтому проводят прошивание кончика языка ниткой с последующей фиксацией к щеке. С гемостатической целью вводились этамзилат натрия, кальция глюконат, аскорбиновая кислота. Не стоит забывать и о возможности послеоперационного кровотечения. Перед экстубацией необходимо убедиться, что полость рта хорошо санирована, чтобы предотвратить ларингоспазм, а также следует проверить, удалены ли все салфетки и тампоны из полости рта. Экстубацию проводят только при полном восстановлении сознания и мышечного тонуса.

Выход из наркоза и пробуждение — сильнейший стресс для ребенка. Послеоперационную боль у детей следует лечить так же интенсивно, как и у взрослых. При возбуждении используют пропופол, мидозалам, фентанил 1–2 мкг/кг при постоянном послеоперационном мониторинге. Кеторолак 0,75 мг/кг снижает потребность в опиоидах. В дальнейшем переходят на пероральный прием жидких форм парацетамола или нестероидных противовоспалительных препаратов. Критериями перевода ребенка в отделение из палаты постнаркозного наблюдения (реанимации) являются: адекватное свободное дыхание, обеспечивающее должное насыщение крови кислородом (SaO_2), без дополнительной подачи кислорода; минимальное кровотечение; безопасный стежок языка, неповрежденные линии шва; легко управляемый уровень обезболивания и восстановление исходного уровня сознания и благополучия ребенка.

ВЫВОДЫ

1. Для проведения анестезиологического пособия при операциях по коррекции ВАР у детей основным приоритетом должна быть безопасность всех этапов анестезии.

2. Многокомпонентная комбинированная анестезия с сохраненным спонтанным дыханием, где основным анестетиком является севофлан, наиболее предпочтительна и оптимальна для предупреждения осложнений при проведении данного вида оперативных вмешательств.

Л.М. Муруева, Т.К. Семенова

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ФГУ «Главное бюро МСЭ по Республике Бурятия» (Улан-Удэ)

Первичная инвалидность является одним из основных показателей здоровья населения. Впервые признано инвалидами (ВПИ) вследствие злокачественных новообразований по Республике Бурятия за 2008 г. 1014 чел.; интенсивный показатель (на 10 тыс. населения) — 13,8 (2007 г.: 1054 чел., и.п. — 14,5). В структуре первичной инвалидности доля инвалидов вследствие злокачественных новообразований занимает второе место после болезней органов кровообращения — 33,8 % (2007 г. — 34,2 %). В 2008 г. произошло снижение первичной инвалидности в абсолютных цифрах на 40 чел., и.п. — на 0,7. Из числа ВПИ лица трудоспособного возраста составили 486 чел., и.п. — 8,3, что ниже относительных показателей 2007 г. в абсолютных числах на 37 чел., и.п. — на 0,7 (2007 г.: 523 чел., и.п. — 9,0) (табл. 1).

В 2008 г. уровень первичного выхода на инвалидность вследствие злокачественных новообразований выше среднереспубликанского (13,8; 2007 г. — 14,5) в следующих районах: Селенгинский (17,0; 2007 г. — 15,1), Хоринский (17,8; 2007 г. — 15,2), Тарбагатайский (17,1; 2007 г. — 24,2), Баунтовский

(16,9; 2007 г. — 11,5), Прибайкальский (15,8; 2007 г. — 17,8), а также по г. Улан-Удэ (15,8; 2007 г. — 15,9) (табл. 1).

Таблица 1

Таблица первичной инвалидности на 10 тыс. населения по злокачественным новообразованиям за 2008 г. в сравнении с 2007 г.

Районы	Все население (2008 г.)	Первичная инвалидность на 10 тыс. (2007 г.)	Первичная инвалидность на 10 тыс. (2008 г.)	Все население трудосп. возр.	Первичная инвалидность на 10 тыс. трудосп. возр. (2007 г.)	Первичная инвалидность на 10 тыс. трудосп. возр. (2008 г.)	Динамика
Баргузинский	19046	20 / 10,6	20 / 10,5	14410	7 / 4,8	10 / 6,9	С 0,1 / Р 2,1
Баунтовский	7688	5 / 6,5	13 / 16,9	6210	2 / 3,2	7 / 11,3	Р 10,4 / Р 8,1
Бичурский	20704	27 / 13,3	24 / 11,6	16011	12 / 7,5	16 / 10,0	С 1,7 / Р 2,5
Джидинский	21677	20 / 9,3	25 / 11,5	18048	10 / 5,5	11 / 6,1	Р 2,2 / Р 0,6
Еравнинский	12978	19 / 14,9	16 / 12,3	10477	8 / 7,6	4 / 3,8	С 2,6 / С 3,8
Заиграевский	37358	63 / 17,0	44 / 11,8	28823	44 / 15,3	18 / 6,2	С 5,2 / С 9,1
Закаменский	21532	16 / 7,5	20 / 9,3	17259	8 / 4,6	13 / 7,5	Р 1,8 / Р 2,9
Кабанский	50542	72 / 14,4	66 / 13,0	37971	36 / 9,5	34 / 8,9	С 1,4 / С 0,6
Кижингинский	13579	17 / 12,8	12 / 8,8	10725	9 / 8,4	9 / 8,4	С 4,0 / —
Курумканский	11033	22 / 20,0	16 / 14,5	8872	7 / 7,9	10 / 11,3	С 3,5 / Р 3,4
Кяхтинский	29930	29 / 9,7	27 / 9,0	24632	15 / 6,1	19 / 7,7	Р 0,7 / Р 1,6
М-шибирский	21110	20 / 9,5	29 / 13,7	16846	10 / 5,9	18 / 10,7	Р 4,2 / Р 4,8
Окинский	3488	3 / 8,9	—	2959	1 / 3,4	—	С 8,9 / С 3,4
Прибайкальский	22194	39 / 17,8	35 / 15,8	16910	12 / 7,1	19 / 11,2	С 2,0 / Р 4,1
С.-Байкальский	31129	41 / 13,2	34 / 10,9	26049	27 / 10,3	22 / 8,4	С 2,3 / С 1,9
Селенгинский	35153	53 / 15,1	63 / 17,9	28421	27 / 9,5	29 / 10,2	Р 2,8 / Р 0,7
Тункинский	16174	26 / 16,1	16 / 9,9	13010	15 / 11,5	7 / 5,4	С 6,2 / Р 6,1
Тарбагатайский	13413	32 / 24,2	23 / 17,1	10076	16 / 15,9	8 / 7,9	С 7,1 / С 8,0
Хоринский	13980	21 / 15,2	25 / 17,8	10979	16 / 14,6	14 / 12,7	Р 2,6 / С 1,9
Иволгинский	24525	30 / 12,7	26 / 10,5	19706	13 / 6,6	9 / 4,6	С 2,2 / С 2,0
Муйский	11443	13 / 11,2	14 / 12,2	10260	9 / 8,8	8 / 7,8	Р 1,0 / С 1,0
г. Улан-Удэ	294055	466 / 15,9	466 / 15,8	233517	219 / 9,4	201 / 8,6	С 0,1 / С 0,8
Октябрьский	—	163	192	—	74	88	+29 / +14
Железнодорож-й	—	209	192	—	100	78	—17 / —22
Советский	—	94	82	—	45	35	—12 / —10
По РБ	732731	1054 / 14,5	1014 / 13,8	582171	523 / 9,0	486 / 8,3	С 0,7 / С 0,7

Среднереспубликанский показатель первичного выхода на инвалидность среди лиц трудоспособного возраста в 2008 г. составил 8,3 (2007 г. — 9,0), снижение на 0,7. В 2008 г. показатели выше среднереспубликанских в следующих районах: Хоринский (12,7; 2007 г. — 14,6), Курумканский (11,3; 2007 г. — 7,9), Баунтовский (11,3; 2007 г. — 10,4), Прибайкальский (11,2; 2007 г. — 11,2); Мухоршибирский (10,7; 2007 г. — 9,7), Селенгинский (10,2; 2007 г. — 11,2), Бичурский (10,0; 2007 г. — 7,1), Кabanский (8,9; 2007 г. — 9,5), по г. Улан-Удэ (8,6; 2007 г. — 9,4).

Среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований, в 2008 г. женщины составили 55,9 % (568 чел.) относительно 2007 г. 59,6 % (628 чел.), мужчины — соответственно 44,1 % (446 чел.) и 40,4 % (426 чел.).

Удельный вес сельского населения составил в 2008 г. 46,1 % (467 чел.), в 2007 г. — 48,6 % (542 чел.), городское население — соответственно 53,9 % (547 чел.) и 51,4 % (628 чел.).

Из общего числа впервые признанных инвалидами 1-я возрастная категория (18–44 года) в 2008 г. составила 123 чел. (12,1 %) (в 2007 г. — 149 чел. (11,7%)), рост на 0,4 % по сравнению с показателями 2007 г. Из них признаны инвалидами первой группы в 2008 г. — 18,7 %, в 2007 г. — 23,6 %; второй группы в 2008 г. — 76,4 %, в 2007 г. — 72,3 %; третьей группы в 2008 г. — 4,9 %, в 2007 г. — 4,0 %.

Инвалидами второй возрастной категории (45–54 лет для женщин и 45–59 лет для мужчин) признано в 2008 г. 363 человека (35,8 %) (2007 г. — 380 чел. (35,6 %)), темп роста составил 0,2 %.

Из них признаны инвалидами первой группы в 2008 г. — 27,8 %, в 2007 г. — 23,5 %; второй группы в 2008 г. — 70,5 %, в 2007 г. — 72,3 %; третьей группы в 2008 г. — 1,7 %, в 2007 г. — 1,07 %.

В 2008 году пенсионного возраста было 528 человек (52,0 %); в 2007 г. — 525 чел. (50,4 %), рост на 1,6 %. Из них признаны инвалидами первой группы в 2008 г. — 35,6 %, в 2007 г. — 30,1 %; второй группы в 2008 г. — 63,1 %, в 2007 г. — 68,6 %; третьей группы в 2008 г. — 1,3 %, в 2007 г. — 1,3 %.

В 2008 г. всего признано инвалидами первой группы 30,8 % (312 чел.), в 2007 г. — 26,8 %; второй группы — 67,4 % (683 чел.), в 2007 г. — 71,5 %; третьей группы — 1,9 % (19 чел.), в 2007 г. — 1,6 %.

Ежегодно увеличивается количество впервые признанных инвалидами с тяжелыми группами инвалидности (I и II), главным образом со второй группой. Совокупный процент определения первой и второй групп инвалидности составил в 2008 г. 98,2 %, в 2007 г. — 98,4 %. При первичном освидетельствовании третья группа инвалидности определена в 2008 г. в 1,9 %, в 2007 г. — в 1,6 % случаев.

Анализ первичного выхода на инвалидность в зависимости от стадии заболевания показывает, что лица с первой и второй стадией заболевания освидетельствованы в 2008 г. в 25,8 % случаев. Наибольший процент составляют лица с третьей стадией заболевания: ~49,1 %, и в 25,0 % случаев были зарегистрированы больные с 4-й стадией заболевания.

В структуре первичной инвалидности по локализации злокачественных новообразований в течение многих лет первое место занимает рак молочной железы, второе — рак женских половых органов, третье — рак кишечника, за счет которых уровень первичной инвалидности сохраняется высоким (табл. 2).

Таблица 2
Число ВПИ вследствие основных локализаций злокачественных новообразований в 2006–2008 гг.

Локализация	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Всего случаев, в т.ч.	1127	1054	1014
молочная железа	180	163	154
женские половые органы	161	167	141
легкие	152	114	112
желудок	133	116	84
кишечник	119	120	138
почки	56	64	51
болезни крови	55	59	71
предстательная железа	26	30	44
мочевой пузырь	35	29	22

Таким образом, анализ первичного выхода инвалидность вследствие злокачественных новообразований по Республике Бурятия за 2008 г. свидетельствует о преобладании в структуре больных лиц пенсионного возраста, женского пола и относящихся к городскому населению. Злокачественные новообразования приводят к тяжелой первичной инвалидности со значительным преобладанием I и II групп, что обусловлено большим числом направленных на МСЭ больных с запущенными случаями заболевания. В связи с этим требуется проведение мер по раннему выявлению онкопатологии, эффективного лечения и профилактики первичной инвалидности.

Полученная медико-социальная характеристика первичной инвалидности вследствие онкологических заболеваний помогает определить основные направления организационных мероприятий для профилактики и снижения инвалидности, профессиональной реабилитации лиц трудоспособного населения и обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.