

8. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Эндоскопия в гинекологии. – М., 2000.
9. Сухих Г. Т., Назаренко Т. А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2010.
10. Фаткуллин И. Ф. Эндохирургическое лечение больных при трубной беременности с использованием нового противоспаечного барьера на основе производного целлюлозы / И. Ф. Фаткуллин, Ш. А. Алыев // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. – № 7. – С. 341–347.
11. Ярмолинская М. И., Тарасава М. А., Сельков С. А., Баранов В. С., Рулен В. В. Наружный генитальный эндометриоз: Пособие для врачей. – СПб, 2002.

12. Chatman D. L. Modern diagnosis of endometriosis // Syllabus postgraduate course VIII AAGL 22nd annual meeting, – 2003. – P. 153–164.
13. Donnez J., Niisolle M., Clerckx F. Evaluation of preoperative use of danazol, gestrinone, lynestrenol, buserelin spray and buserelin implant in the treatment of endometriosis associated infenility // D. R. Candha, V. C. Jr. Buttam (eds.). // Current consepts in endometriosis. – New York: Alan R. Liss. – P. 357–382.
14. Martin D. C. Atlas of endometriosis. – London: Gower medical publishing, 2003. – P. 95.

Поступила 23.09.2012

В. А. КРУТОВА, С. В. ЧУПРИН, О. В. СУШКОВА

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИИ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1, тел. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru

В статье представлены сводные данные о причинах возникновения периоперационной гипотермии, негативных эффектах, связанных с переохлаждением во время операции и анестезии. Предложен алгоритм борьбы с гипотермией в условиях гинекологического стационара, статистически подтверждена его эффективность.

Ключевые слова: операция, гипотермия, негативные эффекты, профилактика.

V. A. KRUTOVA, S. V. CHUPRIN, O. V. SUSHKOVA

TO THE ISSUE OF PREVENTION OF PERIOPERATIVE HYPOTHERMIA IN TERMS OF GYNECOLOGICAL HOSPITAL

Basic obstetric- gynecological clinic Kuban state medical university, Russia, 350072, Krasnodar, Zipovskaya str., 4/1, tel. (861) 257-04-53. E-mail: klinika@bagk-med.ru

This article presents a summary of the causes of perioperative hypothermia, the negative effects of hypothermia during surgery and anesthesia. The algorithm of dealing with hypothermia in the gynecological hospital, statistically confirmed its effectiveness.

Key words: surgery, hypothermia, negative effects, prevention.

Являясь постоянным спутником оперативных вмешательств (от 60% до 90%, по зарубежным литературным данным), гипотермия продолжает оставаться актуальной проблемой.

Гипотермия задерживает выход из анестезии, продлевает период послеоперационного наблюдения в палате интенсивной терапии, способствует развитию серьезных осложнений: увеличение объема кровопотери, повышение частоты периоперационных кардиальных осложнений, замедление репаративных процессов, увеличение частоты инфицирования ран и сроков пребывания в стационаре. Наибольший темп снижения температуры отмечается в первый час пребывания пациента в операционной, что связано с температурным режимом помещений, вынужденным неподвижным положением, обработкой кожи холодными растворами антисептиков, внутривенной инфузией холодных растворов, ингаляцией холодной газонаркоотической смеси и специфическим действием анестезиологических препаратов, блокирующих защитные рефлексы организма на действие холода.

Пока наши зарубежные коллеги решают вопросы одновременного обеспечения во время операции ком-

фортных условий больному и операционной бригаде, у нас в большинстве стационаров нет вообще никакого протокола температурного контроля в операционных. А выражение «Согреть больного душевным теплом» появилось, вероятно, из-за отсутствия других средств согревания.

Работая в условиях реальной конкурентной «борьбы за пациента», мы решили прекратить практически ежедневное лицезрение дрожащих после операций больных и не только мониторировать температуру пациента, но и управлять ею для достижения нужных благоприятных эффектов. С этой целью было закуплено необходимое оборудование, проведена серьезная разъяснительная работа и сформирован стандарт периоперационного теплосбережения в условиях клиники.

Материалы и методы

В основе всех мероприятий по борьбе с гипотермией была положена норма мировой медицинской практики – поддержание температуры тела пациента не ниже 36,0° С. Это достигалось за счет следующего стандартного набора действий:

строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований по поддержанию в операционной и в отделении реанимации температуры воздуха 21–24° С (расчетная – 21° С);

подогрев всех инфузионных сред. Для этого в реанимации и наркозной установлены аппараты медицинские универсальные для хранения в теплом виде инфузионных растворов (термошкафы) с постоянной температурой 39±2° С;

использование по умолчанию при длительных операциях и в случае необходимости в других ситуациях систем обогрева пациентов, состоящих из устройства для обогрева пациентов с микропроцессорным контролем, тремя температурными режимами: высокий, 42–46° С; средний, 42–36° С; низкий, 34–30° С – и одеяла с перфорированными отверстиями, внутри которых циркулирует воздух заданной температуры. Соответствуют профилю клиники комплекты для отделения реанимации (Full-Body – полномерное одеяло) и опе-

рационной (Upper Body Blanket – одеяло для верхней половины тела) (рис. 1, 2).

Для более объективной оценки эффективности проводимых мероприятий перед переводом из отделения пациентов просили назвать три самых неприятных момента, связанных с проведением операции и анестезии. Всего опрошено 232 женщины, опрос проводился в одно и то же время года в 2011 г. (до использования стандарта теплосбережения) и 2012 г. (после использования стандарта). Полученные результаты обработаны методами непараметрической статистики с использованием критерия Z и представлены в таблице.

Как следует из полученных результатов, применение в клинике стандарта теплосбережения позволило статистически значимо уменьшить количество жалоб пациенток, связанных с переохлаждением, и повысить, таким образом, качество анестезиологического обеспечения.

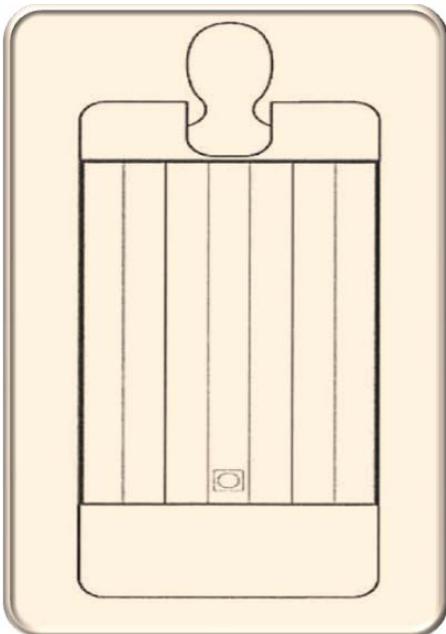


Рис. 1. Обогревающее одеяло для всего тела

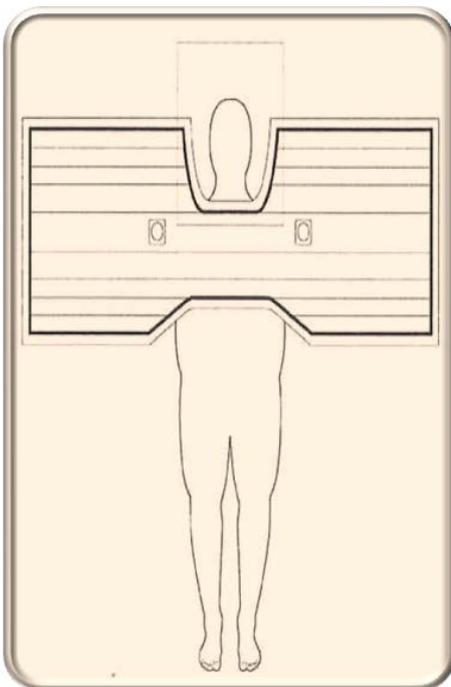


Рис. 2. Обогревающее одеяло для верхней половины тела

Структура основных жалоб, связанных с проведением операции и анестезии

Основные жалобы	2011 г. (N=124)		2012 г. (N=108)	
	«Общая» анестезия	Регионарная анестезия	«Общая» анестезия	Регионарная анестезия
	(N=86)	(N=38)	(N=68)	(N=40)
Послеоперационная боль (%)	57	50	51	45
Тошнота и рвота (%)	45	24	41	25
Холод, дрожь, озноб (%)	38	47	19♦	22♦
Прочие (%)	17	18	25	21

Примечание: ♦ – $p < 0,05$ критерий Z в аналогичных группах между 2011 и 2012 гг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисоглебская А. П. Контроль температуры и влажности в операционных // «АВОК» (Вентиляция, отопление, кондиционирование воздуха, теплоснабжение и строительная теплофизика). – 2007. – № 5. – С. 52–58.

2. Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

3. Arkilic C. F., Akc A. O., Taguchi A., Sessler D. I., Kurz A. Temperature monitoring and management during neuraxial anesthesia // An observational study // Anesth analg. – 2000. – № 91. – P. 662–666.

4. Daniel I., Sessler M. D. Temperature monitoring and perioperative thermoregulation // Anaesthesiology. – 2008. – № 109. – P. 318–338.

5. Goetzl L., Rivers J., Zigelboim I., Wali A., Badell M., Suresh M. S. Intrapartum epidural analgesia and maternal temperature regulation // Obstet gynecol. – 2007. – № 109. – P. 687–690.

6. Kellogg D. L. Jr. In vivo mechanisms of cutaneous vasodilation and vasoconstriction in humans during thermoregulatory challenges // J. appl. physiol. – 2006. – № 100. – P. 1709–1718.

7. Sessler D. I., Kurz A., Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical wound infection and shorten hospitalization // NE journal of medicine. – 2001. – № 334 (19). – P. 1209–1215.

8. Torossian A. Survey on intraoperative temperature management in Europe // Eur j. anaesthesiol. – 2007. – № 24. – P. 668–675.

Поступила 03.09.2012

А. Ю. МАЛЫГИН¹, А. Л. ХОХЛОВ²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМВАСТАТИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

¹Отделение анестезиологии и реанимации государственного учреждения

здравоохранения Ярославской области «Клиническая больница № 8»,

Россия, 150030, г. Ярославль, Суздальское шоссе, 39, тел. 84852447912. E-mail: doc_mal@rambler.ru;

²кафедра клинической фармакологии ГБОУ ВПО

«Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России,

Россия, 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, 5, тел. 84852460935. E-mail: al460935@yandex.ru

В 12-месячном сравнительном рандомизированном исследовании оценена эффективность терапии высокой дозой симвастатина (40 мг), назначаемого пациентам в остром периоде ишемического инсульта. Назначение 40 мг симвастатина больным в острой фазе ишемического инсульта наряду с сопутствующей нейропротекторной и антигипертензивной терапией способствует уменьшению количества повторных кардиоваскулярных катастроф, положительной динамике неврологического статуса и регрессу проявлений эндотелиальной дисфункции в виде значительного уменьшения количества циркулирующих в крови клеток десквамированного эндотелия.

Ключевые слова: ишемический инсульт, симвастатин, высокая доза, эндотелиальная дисфункция, сердечно-сосудистые события.

А. Ю. МАЛЫГИН¹, А. Л. ХОХЛОВ²

EXPERIENCE SIMVASTATIN IN ISCHEMIC STROKE

¹Yaroslavl hospital clinical municipal № 8, resuscitation unit, Russia, 150000, Yaroslavl, Suzdalskoe highway, 39, tel. 84852447912. E-mail: doc_mal@rambler.ru;

²chair of clinical pharmacology Yaroslavl state medical academy, Russia, 150000, Yaroslavl, Revolutsionnaya ul. 5, tel. 84852460935. E-mail: al460935@yandex.ru

The efficacy of high-dose simvastatin (40 mg/day) therapy initiated in acute stage of ischemic stroke was evaluated in 12-month comparative randomized study. Simvastatin 40 mg/day prescribed along with neuroprotective and antihypertensive treatment in acute stage of ischemic stroke leads to lowering of recurrent cardiovascular events number, positive dynamics of neurological status, regression of endothelial dysfunction reflected by significant decrease in number of circulating desquamated endotheliocytes.

Key words: ischemic stroke, simvastatin, high dose, endothelial dysfunction, cardiovascular events.