

ном случае потребовало установки кавафилтра. В группе контроля прогрессирование острого тромбоза по данным УЗИ наблюдали в 11 (12,2 %) случаев ($p < 0,05$). В исследуемой группе случаев ТЭЛА за время госпитализации не наблюдалось, по сравнению с группой контроля 5 (5,5 %), одна из которых привела к летальному исходу ($p > 0,05$). Методами пошагового регрессионного анализа было выявлено, что у тех пациентов, которые длительно находились на постельном режиме, наблюдался более выраженный отек конечности, более интенсивный болевой синдром, чем в исследуемой группе. Было отмечено также наличие высокой температурной кривой и длительное пребывание больных в стационаре, нежели чем в исследуемой группе $18,3 \pm 4$ дня и $10,4 \pm 2$ дня соответственно ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

Ранняя активизация больных с острым тромбозом глубоких вен в сочетании с адекватным компрессионным трикотажем позволяет уменьшить вероятность и степень хронической венозной недостаточности, снизить койко-день и расходы на лечение.

А.А. Стукалов, А.С. Мартынов, Д.А. Оразлиев, Б.Х. Балицкий, К.В. Пустовит

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛОФЕЛИНА В ОБЩЕЙ СХЕМЕ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВНУТРИГРУДНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрав» (г. Благовещенск)

Травматичность и рефлексогенность внутригрудных оперативных вмешательств с нарушением транспорта кислорода на фоне гиповолемии являются одной из причин интраоперационных нарушений в системе гемодинамики, проявляющиеся нестабильностью ЧСС и АД. Адекватность анестезиологического пособия во многом зависит от выбранных компонентов обезболивания.

ЦЕЛЬ

Выбор оптимального компонента тотальной внутривенной анестезии для обеспечения адекватного анестезиологического пособия при проведении внутригрудных операций.

МЕТОД

В работе обобщен опыт применения клофелина у 68 больных (возраст от 32 до 71 года, средний возраст 51,5), которым выполнялись плановые оперативные вмешательства (средняя продолжительность операций 2,2 часа) по поводу доброкачественных и злокачественных образований левой половины грудной полости. Контрольной была группа больных, оперированных с применением фторотана и фентанила (16 больных, средний возраст — 48,0 $\pm$ 4,0 лет). В первой группе в качестве анестезиологического пособия применялась ТТВА на основе дипривана и фетанила (перфузорами). Тотальная миоплегия у всех больных достигалась тракриумом (болюсно).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ показателей гемодинамики по наркозным картам на этапах индукции, интубации трахеи и основных этапов операции (до удаления препарата) выявил, что в группе применения клофелина 0,001% — 0,5 — 1,5 мл отмечалась стабильная гемодинамика: ЧСС — 68 — 82 $\pm$ 3, АД 110 — 130/70 — 80 мм рт. ст. В группе применения ингаляционного средства наркоза (фторотан + фентанил) отмечались значительные размахи показателей гемодинамики: ЧСС 90 — 134 $\pm$ 12 в минуту, АД — 130 — 160/60 — 90 мм рт. ст. В контрольной группе больные выходили из АП в течение 20 $\pm$ 5 минут с явлениями «посленаркозной дрожи», в группе больных с использованием клофелина отмечался «мягкий» выход из анестезиологического пособия длительностью 10 $\pm$ 2 минуты без побочных явлений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение 0,001% раствора клофелина в дозе 0,5 — 1,5 мл в значительной степени стабилизирует интраоперационные гемодинамические показатели (ЧСС и АД), давая при этом более спокойный и «мягкий» периоды выхода из анестезии.

Резюмируя вышеизложенное, можно отметить, что включение клофелина в схему компонентного анестезиологического пособия клинически оправдано.