

Из диспансерных больных в стационарном лечении нуждались 527 человек, пролечено — 392 (72 %). В оперативном лечении нуждался 71 человек, прооперировано 54 больных (76 %).

В 1959 г. впервые в Республике была произведена экстирпация гортани по поводу рака. В 1960 г. впервые произведена ринотомия по Муру, Денкеру с предварительной перевязкой наружных сонных артерий при раке придаточных пазух носа. С 1962 г. начаты слухоулучшающие операции — мобилизация стремени при отосклерозе, тимпанопластика при хронических гнойных отитах. С 1963 г. стали производиться операции Крайля при метастазах рака гортани. С 1965 г. освоена операция стапедопластика при отосклерозе и адгезивном отите. В 1969 г. впервые освоен интубационный наркоз при экстирпации гортани по поводу рака, операции Крайля, при шейной медиастинотомии и удалении инородных тел из пищевода, гортани, трахеи и бронхов. Освоен дыхательный бронхоскоп Фриделя.

Для диагностики и лечения стали широко применяться тональная и речевая аудиометрия при патологии слуха, ЭЭГ, М-эхо, компьютерная томография и ЯМР-томография при внутричерепных осложнениях, ультразвуковая дезинтеграция в ЛОР-хирургии. С 1983 по 1990 гг. — период освоения и внедрения реконструктивных восстановительных операций по поводу врожденных, приобретенных аномалий развития ушей (микротия, атрезия слухового прохода), хирургического лечения рубцовых и паралитических стенозов гортани и трахеи у детей, функциональной хирургии носа и околоносовых пазух. Отработана тактика лечения детей с острым стенозом гортани, трахеи, в результате чего резко сократились летальность и послеоперационные осложнения, связанные с длительным канюленосительством. В ЛОР-отделении с лечебной целью стал применяться ультразвуковой аппарат «Тонзиллор», гелий-неоновый лазер.

В настоящее время хирургическая ЛОР-помощь в Бурятии оказывается в городской больнице № 5 (20 коек), железнодорожной больнице (15 коек), ЛОР-отделении Республиканской больницы (80 коек), Новобрянской больнице (5 коек) и в больнице Селенгинского района (5 коек). Амбулаторно-поликлиническая помощь населению проводится в 44 ЛОР-кабинетах поликлиник, детская амбулаторная ЛОР-помощь — в 8 кабинетах детских поликлиник.

Хирургическое и консервативное лечение больных с онкологической ЛОР-патологией проводится в онкологическом диспансере врачом ЛОР-онкологом. В Республиканском сурдологическом центре производятся исследования слуха у взрослых и детей, подбор слуховых аппаратов, изготовление ушных вкладышей.

В настоящий период в ЛОР-отделении Республиканской больницы производятся все виды хирургической помощи, включая реконструктивные операции на ЛОР-органах.

В Республике сурдологическая помощь оказывается сурдологическим центром (зав. — Ч.Ц. Цыбикова). Задачей указанного центра является диагностика, лечение, реабилитация больных с расстройством слуха. Ведут прием больных 4 врача: сурдолог, сурдопедагог, отоневролог, слухопротезист. В 1996 г. ими принято 7000 больных, в т.ч. сурдологом — 2296, из них детей — 497; слухопротезистом — 956 человек; отоневрологом — 162 человека. В настоящее время зарегистрирован 721 пациент, который нуждается в слухопротезировании. Из-за отсутствия бюджетного финансирования на нужды слухопротезирования выделено всего 35 млн. рублей вместо положенных 375,7 млн. рублей. Республиканский сурдологический центр нуждается в оснащении современной аудиологической аппаратурой: импедансометрами, новыми аудиометрами, компьютерной аудиометрией. Назрела необходимость в организации центра микрохирургии уха, т.к. неуклонно растет число больных с кондуктивными формами тугоухости (адгезивный средний отит, тимпанофиброз, хронический средний отит, отосклероз).

Недостаток в оснащении современной аппаратурой не позволяет активно внедрять эндоскопическую технику при хирургических заболеваниях носа и придаточных пазух. Во всем мире в настоящее время широкое распространение получила так называемая функциональная хирургия носа и синусов.

Ввод в эксплуатацию нового хирургического модуля на базе Республиканской больницы позволит оказывать ЛОР-хирургическую помощь населению Бурятии на новом более высоком уровне.

П.Л. Борхонов, А.В. Кулик

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАРОПИНА В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ГК БСМП им. В.В. АНГАПОВА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангاپова» (Улан-Удэ)

Одним из важных направлений в развитии современной анестезиологии является дальнейший поиск путей совершенствования известных и разработки новых более безопасных способов анестезии, адекватно позволяющих защитить больного от операционного стресса [3].

Чтобы реально обеспечить защиту организма во время оперативного вмешательства необходимо снизить до безопасного уровня интенсивность ноцицептивного потока из операционной раны по

всей протяженности его следования: от периферических рецепторов до центральных структур мозга, предотвратить психологическое восприятие боли и сопутствующие ей эмоциональные реакции. Наиболее перспективными препаратами, позволяющими предотвратить активацию болевых рецепторов и ограничить развитие операционного стресса, являются местные анестетики [2].

Дальнейшее совершенствование регионарной анестезии во многом связано с синтезом и внедрением в клиническую практику новых высокоэффективных и малотоксичных местных анестетиков. Наиболее наглядным примером этого служить создание Наропина (ропивакаина) — чистого левовращающего изомера местного анестетика из группы аминокамидов [1]. По химической структуре он является промежуточной формой между бупивакаином и мепивакаином. Анализ данных литературы свидетельствует о низкой частоте осложнений регионарной анестезии. Безопасность же, в частности, крайне низкая токсичность наропина, была установлена рядом экспериментальных и клинических исследований.

Наропин — новый местный анестетик длительного действия:

- эффективная интраоперационная анестезия с быстрым восстановлением двигательной функции (в том числе и при кесаревом сечении);
- эффективное купирование болевых синдромов (анальгезия в послеоперационном периоде и обезболивание родов);
- глубокий моторный блок и длительная сенсорная блокада при использовании высоких доз при хирургических вмешательствах;
- минимальный непрогрессирующий моторный блок при купировании болевых синдромов;
- гибкость дозирования — широкий спектр показаний;
- низкая частота серьезных побочных эффектов;
- удобные формы выпуска — пластиковые ампулы и инфузионные мешки.

Наропин используется в отделении анестезиологии и реанимации ГК БСМП для проведения анестезиологических пособий у больных хирургического профиля, поступивших в стационар как в экстренном, так и в плановом порядке, с сентября 2006 года. С этого времени и по июль 2009 года включительно анестезиологические пособия с применением наропина проведены у 2560 больных, в том числе спинальная анестезия — у 1716 больных, эпидуральная анестезия — у 611 больных, различные виды проводниковой анестезии — у 233 больных.

В экстренном порядке с применением наропина прооперирован 861 пациент (33,6 %). В плановом порядке — 1700 пациентов (66,4 %). Среди них был 1741 мужчина (68 %) и 820 (32 %) женщин. Преобладание мужчин объясняется активным применением наропина прежде всего у больных урологического и травматологического профиля. Распределение больных по возрасту: до 30 лет — 290 (11,3 %); 30 — 40 лет — 415 (16,2 %); 40 — 50 лет — 384 (15 %); 50 — 60 лет — 505 (19,7 %); старше 60 лет — 966 (37,8 %).

Все виды анестезиологических пособий с применением наропина начинали непосредственно перед операцией. Премедикация стандартная, включала в себя применение промедола и атропина. При необходимости во время операции включалась психоседация препаратами из группы бензодиазепинов.

Инфузионная поддержка осуществлялась кристаллоидными растворами, при необходимости подключался рефортан. Тактика определялась объемом кровопотери, а также исходным статусом пациента. Средний объем инфузии — 1500 — 2000 мл.

Противопоказания:

- возраст до 12 лет ввиду отсутствия достаточного количества клинических наблюдений;
- гиперчувствительность к препарату и другим местным анестетикам амидного типа.

МОНИТОРИНГ

Контроль АД систолического, АД диастолического, АД среднего, ЧСС на этапе развития блока каждые 2 минуты, затем после стабилизации гемодинамики через 5 минут. Пульсоксиметрия, контроль ЧД, ЭКГ, уровня сознания.

Техническое выполнение не вызывало затруднений. У всех пациентов сенсорный блок был адекватен. Осложнений не наблюдалось.

Нежелательные реакции на наропин аналогичны реакциям на другие местные анестетики амидного типа. Наиболее часто встречалось падение артериального давления, что в большинстве случаев корректировалось повышением темпа инфузии. Снижение САД более чем на 20 мм рт. ст. от исходного наблюдалось у 5 — 7 % больных. Другая нежелательная реакция (после проведения спинальной анестезии) — постпункционная головная боль (ППГБ), которая наблюдалась у 3 % больных. Обычно ППГБ развивалась в течение 15 — 48 часов после пункции и проходила спонтанно в течение 3 — 6 суток. Осложнений в виде системных или локальных токсических реакций, связанных с использованием наропина, ни в одном наблюдении не наблюдалось. Большинство побочных эффектов, возникающих при анестезии, связано не с воздействием используемого анестетика, а с техникой проведения регионарной анестезии. Наиболее часто (> 1 %) отмечались следующие неблагоприятные реакции, которые были расценены как имеющие клиническое значение вне зависимости от того, была ли установлена причинно-следственная связь с использованием анестетика:

- со стороны сердечно-сосудистой системы: гипертензия, гипотензия, брадикардия, тахикардия;

- со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота;
- со стороны ЦНС и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, парестезии; нейропатия и нарушение функций спинного мозга (синдром передней спинальной артерии, арахноидит) обычно связаны с техникой проведения регионарной анестезии, а не с действием препарата;
- прочие: повышение температуры тела, озноб, задержка мочеиспускания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Создание и внедрение новых местных анестетиков в виде чистых левовращающих изомеров позволяет наиболее полно реализовать все преимущества регионарной анестезии. При использовании суперселективных эффектов такого рода препаратов (наропин, левобупивакаин) достигается высокодифференцированная проводниковая блокада применительно к самым разнообразным клиническим ситуациям, устраняется основной недостаток препаратов длительного действия — длительный латентный период и практически снимается острота проблемы токсичности местных анестетиков при длительном применении. Таким образом, наропин (ропивакаина гидрохлорид) является эффективным и безопасным местным анестетиком для спинальной и перидуральной анестезии и проводниковых блокад нервных сплетений, обладающим коротким латентным периодом и значительной продолжительностью действия. В настоящее время ни один из используемых в клинической практике препаратов этой группы не обладает подобным сочетанием фармакологических свойств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горобец С. Спинальная анестезия изобарическим наропином при трансуретральных онкоурологических вмешательствах / С. Горобец, К.П. Кузнецов, В.Е. Груздев. — М., 2008. — 39 с.
2. Калви Т.Н. Фармакология для анестезиолога : пер. с англ. / Т.Н. Калви, Н.Е. Уильямс. — М. : Бином, 2007. — 176 с.
3. Морган Дж.Э. Клиническая анестезиология : пер. с англ. / Дж.Э. Морган, М.С. Михаил. — М. — СПб. : Бином — Невский диалект, 2000. — 343 с.

О.А. Буслаев, Л.К. Куликов, С.В. Шалашов, С.Г. Цыбиков, Ю.К. Усольцев

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИИ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

**ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей» (Иркутск)
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)**

Данная патология встречается относительно редко, концентрация больных происходит в торакальном отделении Областной клинической больницы. В связи с этим имеется необходимость привлечения железнодорожников и членов их семей, страдающих данной патологией, к лечению в ДКБ.

В 2009 г. в хирургическом отделении произведено 4 лапароскопических эзофагофундопликаций. Первые трудности возникли на этапе мобилизации абдоминального отдела пищевода, когда не удавалось мобилизовать заднюю стенку пищевода, чтобы провести дно желудка за пищевод для формирования манжеты. Было применено несколько приемов: интраоперационная фиброэзофагоскопия с транслюминацией для идентификации задней стенки пищевода, введение толстого резинового зонда диаметром 1,8 см, после чего инструментальная пальпация позволяла определить границы анатомических образований.

Данные методы не привели к должному результату, и в 2008 г было выполнено 2 конверсии на этапе становления данной операции. Далее мы применили L-образно изогнутый металлический проводник с отверстием на конце для фиксации и перемещения дна желудка. Это упростило задачу, и после подведения проводника позади пищевода стало возможным визуализировать границу задней стенки и произвести ее мобилизацию.

Остальные этапы операции трудностей не вызывали, но необходима осторожность при мобилизации дна желудка и клипировании коротких артерий желудочно-селезеночной связки, тщательная мобилизация обеих ножек диафрагмы, навыки формирования интракорпоральных узлов.

Показаниями к операции мы считаем наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом 2—3-й степени, неэффективность консервативной терапии. Всем больным был проведен курс консервативной терапии в гастроэнтерологическом отделении. При неэффективности терапии или кратковременном эффекте выставлялись показания к оперативному лечению. Часть возрастных пациентов с сопутствующей патологией, риск которой превышает риск операции, находятся на консервативном лечении под постоянным наблюдением гастроэнтеролога.