

ное количество лечебных задач. Причем каждая из этих задач оснащается: своей библиотекой препаратов для тестирования, подобранных соотношением лечебной задачи: нозологии, симптомам, психологическим реакциям пациента и так далее; своей группой методик и задач анализа параметров кровотока, используемых при диагностике; своим набором программно формируемых комментариев и рекомендаций, сопровождающей стандартные тесты. Первые в медицинской практике врач любой специализации получил возможность: быстро и просто, достоверно и безопасно, воспроизводимо и наглядно, с высокой степенью дифференциации получать полную информацию о состоянии и функции органов и систем пациента. Тем самым решены задачи контроля и мониторинга терапии, и многие другие актуальные проблемы диагностики и лечения.

Литература

1. Антони Г. // Физиология человека. М.: Мир, 1996. с. 454-498.
2. Виноградов В. М., Глезер Г. А., Жданов В. С. Ошибки в диагностике болезней сердца. М.: Медицина, 1973. 168 с.
3. Владимиров Ю. А. // Биофизика. 1987. Т. 32. № 5. с. 830-844.
4. Владимиров Ю. А., Арчаков А. И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М.: Наука, 1972.
5. Владимировский Б. М. Математические методы в биологии. Ростов-на-Дону. Из-во РГУ, 1983. 303 с.
6. Войткевич В. И. / В кн.: Физиология и патология дыхания, гипоксия и оксигенотерапия. Киев, 1958. с. 5-12.
7. Ковалев В. Б. и др. // Кардиол. 2004. № 1 (Т. 44)
8. Кошелев В. Б. // Мат-лы 18 съезда физиологов РФ. Казань, 2001. С. 129.
9. Ланкин В. З., Тихадзе А. К., Беленков Ю. Н. // Кардиология. 2000. № 7. С. 48-61.
10. Марцевич А. В. // Лечащий врач. 2004. № 2
11. Перова Л. И. // Кардиология. 2004. № 1 (Т. 44)
12. Zafari A. M., Ushio-Fukai M. et al. // Hypertension. 1998. 32. P. 488.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF AN ATHEROSCLEROSIS

I.A. MINENKO, R.N. HAYRULLIN

MMA named after I.M. Setchenov's, The Inter-Regional Diagnostic Centre, Kazan

The search and a clinical substantiation of a new noninvasive method of regenerative treatment of an atherosclerosis in groups of risk in presymptomatic stage are analyzed.

Key words: atherosclerosis, cardiovascular Diseases

УДК 616.381.072.1

ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОГЕНАЦИИ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОРАНОМ

К. Н. КУНГУРЦЕВ*

Автор изучил динамику параметров оксигенации и кислотно-основного состояния при лапароскопических операциях на фоне низкотоковой анестезии севораном

Ключевые слова: низкотоковая анестезия, севоран

Пневмоперитонеум при лапароскопических операциях негативно влияет (Sugioka S., 1994) на газообмен у больных во время вмешательств. В этой связи мы изучили динамику параметров оксигенации и кислотно-основного состояния (КОС) при лапароскопических операциях на фоне низкотоковой анестезии севораном у 60 больных. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы сопоставимых по полу, возрасту, статусу по ASA, наличию и компенсации сопутствующей патологии, характеру и длительности оперативных вмешательств. В основную группу (n=30) включены пациенты, у которых в качестве анестезиологического пособия использовался севоран с потоком кислородно-воздушной смеси 2 л/мин. В группу сравнения включены пациенты, которым проводилась анестезия фторотаном с потоком газонаркоотической смеси 5-6 л/мин. После традиционной премедикации индукция выполнялась тиопенталом натрия в дозе 4,9±0,4 мг/кг, основная миоплегия тракриумом 0,5±0,05 мг/кг/ч. Анальгетический компонент в обеих группах осуществляли введением фентанила в дозе 3,9±0,08 мг/кг/ч. Концентрацию ингаляционных анестетиков поддерживали etjif фторотана 0,9-1,2/0,4-0,8 об%, севофлурана 1,7-2,2/1,5-2,0 об%. ИВЛ осуществляли кислородно-воздушной смесью.

Регистрацию показателей оксигенации (Sp O₂, Et CO₂) и КОС (PaO₂, PaCO₂, pH, BE, SB) проводили: до премедикации – 1

этап, в наиболее травматичный момент операции – 2 этап, 3 этап – перед экстубацией, 4 этап – через час после операции.

При анализе изменений газов крови и КОС отмечено, что в группе сравнения на 2 и 3 этапах исследования был зарегистрирован субкомпенсированный респираторный алкалоз, связанный, вероятно, с проводимой искусственной вентилиции легких в режиме умеренной гипервентиляции. В основной же группе больных, где проводилась низкотоковая ингаляционная анестезия с поддержанием нормовентиляции изменений газового состава и КОС не выявлено. На 4 этапе (после экстубации) в группе сравнения у больных зарегистрирован субкомпенсированный респираторный ацидоз, связанный с действием постмедикации на функцию внешнего дыхания. В основной же группе больных показатели газов крови и КОС были в пределах нормы. Анализ показателей оксигенации не выявил явных различий в обеих группах, признаков гипоксии и гиперкарбии не отмечено.

По данным газов крови и КОС, низкотоковая анестезия севораном является более физиологичной, чем анестезия фторотаном с высоким газовым потоком.

THE PARAMETERS OF OXYGENATION AND THE ACID-BASIC CONDITION AT LAPAROSCOPIC OPERATIONS UNDER CONDITIONS OF SEVORAN LOW-STREAM ANESTHESIA

K.N. KUNGURTSEV

Novosibirsk State Medical University

In the work the author has studied dynamics of parameters of oxygenation and acid-basic condition at laparoscopic operations on a background of low-intensive anesthesia of sevoran.

Key words: low-intensive anesthesia, sevoran

УДК 616.8-009.634

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИВЛ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТИЧНЫХ БРЮШНОПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЙ

М. А. ИГНАТЕНКО*

В условиях сочетанной спинально-эпидуральной анестезии с искусственной вентилицией легких отмечены меньшие изменения параметров общей гемодинамики, чем в условиях сочетанной эпидуральной блокады с искусственной вентилицией легких.

Ключевые слова: спинально-эпидуральная анестезия

Анестезиологическая защита при объемных брюшнополостных вмешательствах до сих пор представляет серьезную проблему. Мы, как и ряд других авторов (Полежаев А. Е., 2002, Лихванцев В. В. и др., 2003), полагаем, что наилучший способ решения этой проблемы – спинально-эпидуральная анестезия с ИВЛ.

Нами проведена сравнительная оценка параметров общей гемодинамики у двух групп пациентов, сопоставимых по полу, возрасту, статусу по ASA, объему и длительности оперативных вмешательств. В спектре операций отмечены: гастрэктомия, гемиколэктомия, резекция сигмовидной и прямой кишок при онкопатологии. В группе сравнения (n=40) анестезиологическая защита обеспечивалась дробным эпидуральным введением бупивакаина 0,51±0,05 мг/кг/ч и внутривенным применением кетамин-1,4±0,28 мг/кг/ч, мидазолама 0,05±0,01 мг/кг/ч на фоне ИВЛ и введения пипекурония 0,02±0,01 мг/кг/ч. В основной группе больных (n=40) операции проводились под субарахноидальным блоком бупивакаина 20 мг и эпидуральной инфузией: нарпина 0,15±0,02 мг/кг/ч, адреналина и фентанила в дозе 0,15±0,02 мг/кг/ч (G. Noemi, H. Brevic); компонент общей анестезии был такой же как и в группе сравнения.

Показатели гемодинамики систолическое артериальное давление (АДс.), диастолическое артериальное давление (АДд.), среднее артериальное давление (АДср.), центральное венозное давление (ЦВД), частота сердечных сокращений (ЧСС) оценивали на этапах: 1 этап – до премедикации, 2 этап – интубация трахеи, 3 этап – мобилизация органа, 4 этап – окончание операции, 5 этап – через 4 часа после окончания операции.

При анализе показателей гемодинамики отмечена их сопоставимость на 1 этапе исследования в обеих группах больных. В группе сравнения показатели АД на 2 этапе исследования возросли на 4,5-5,5%, на 3 этапе снизились на 10,0-13% от исходных данных. На 4 этапе оставались ниже на 8,6-10,9%, к 5 этапу показатели АД повысились и стали на 0,3-1,3% выше исходных

* Новосибирский государственный медицинский университет