

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 85 пациентов с атеросклеротическим поражением артериальных сосудов нижних конечностей и брюшного отдела аорты. Все больные с атеросклеротическим поражением аорто-подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегментов имели хроническую ишемию 2б–3–4 стадии по классификации Фонтена-Покровского (1979). В зависимости от варианта анестезиологического пособия больные разделены на три группы. Первую группу (контрольная группа) составили 30 пациентов, которым проводилась стандартная эпидуральная анестезия (ЭА). Вторая группа — группа клинического сравнения 1 (25 пациентов) — оперирована в условиях эпидуральной блокады в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением крови (ВЛОК). Больным третьей группы — группы клинического сравнения 2 (30 пациентов) — проводилась комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) в сочетании с ВЛОК. Исследовали уровень гормона стресса-кортизола, показатели перекисного окисления липидов, базовый омега-потенциал.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные результаты показывают, что при проведении реконструктивных операций на брюшном отделе аорты и артериальных сосудах нижних конечностей ЭА недостаточно обеспечивает ноцицептивную блокаду. Это подтверждается активацией симпатoadреналовой системы, процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), дисбалансом механизмов регуляции. ЭА в сочетании с ВЛОК, также неэффективно обеспечивает анестезиологическую защиту, так как на сегментарном уровне не происходит фармакологической блокады ноцицептивных импульсов всех модальностей из зоны хирургической травмы. КСЭА в сочетании с ВЛОК адекватно защищает больного от операционного стресса, что сопровождается уменьшением напряжения симпатoadреналовой системы и регуляторных механизмов, стабилизацией процессов ПОЛ и повышением антиокислительной активности плазмы крови.

ВЫВОДЫ

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением крови при реконструктивных операциях на брюшном отделе аорты и артериальных сосудах нижних конечностей обеспечивает адекватную анестезиологическую защиту за счет влияния на центральный, сегментарный и периферический механизмы болевой импульсации в сравнении с эпидуральной и сочетанной эпидуральной анестезией.

И.Е. Голуб, Е.С. Нетёсин, Л.В. Сорокина

**ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ
ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ АДРЕНАЛЭКТОМИЯХ**

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Цель исследования — повысить эффективность анестезиологической защиты при эндоскопических адреналэктомиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Программа анестезиологического обеспечения эндовидеохирургических вмешательств, как и традиционных «открытых» операций, определяется характером поражения надпочечников и степенью нарушений гомеостаза, обусловленных основным процессом и сопутствующей патологией. Во время операции основное внимание направлено на предупреждение гипертензии на первом этапе при выделении надпочечника и острой надпочечниковой недостаточности после его удаления. Вместе с этим при проведении эндоскопических операций имеются некоторые особенности, связанные с положением больного на операционном столе (правосторонняя или левосторонняя локализация опухоли), спецификой оперативного доступа и техникой оперативного вмешательства, предусматривающей введение углекислого газа в брюшную полость или забрюшинное пространство.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С учетом изложенных особенностей при проведении анестезий у больных с адреналэктомией необходимо создание адекватной анальгезии, нейровегетативной блокады и коррекция гемодинамических нарушений. Методом выбора у данных больных являлась многокомпонентная сочетанная анестезия с ИВА. Для обеспечения интра- и послеоперационного обезболивания перед операцией осуществ-

лялась катетеризация эпидурального пространства на уровне Th₈₋₉ с проведением катетера в краниальном направлении на 3 – 4 см. Премедикация проводилась по стандартной методике с использованием холинолитиков, наркотических анальгетиков и седативных препаратов в обычных дозировках. Индукцию осуществляли в/в введением барбитуратов, интубацию трахеи проводили после введения деполаризующих миорелаксантов. ИВЛ проводили в режиме умеренной гипервентиляции с FiO₂ = 40 % под контролем PetCO₂. Анестезии проводили комбинированным использованием возможностей эпидуральной анестезии и препаратов НЛА. Эпидуральная анестезия проводилась с использованием маркаина или наропина и обеспечивала адекватную анестезию и нейровегетативную блокаду. Поддержание анестезии осуществляли дробным введением фентанила (4,5 – 5 мкг/кг) на фоне непрерывной инфузии дипривана в дозе 0,5 – 2,0 мг/кг.

Мониторинг состояния больного в ходе оперативного вмешательства включал контроль ЭКГ, АД, ЧСС, SatO₂, FiO₂, PetCO₂. Коррекцию гемодинамических нарушений в ходе операции осуществляли введением ганглиоблокаторов (пентамин, тропифен, дроперидол) и препаратов обладающих адреномиметическим эффектом. После выполнения адреналэктомии для профилактики развития острой надпочечниковой недостаточности вводили гидрокортизон (125 – 250 мг), парентеральное введение которого продолжали и в раннем послеоперационном периоде. Инфузионная терапия включала препараты ГЭК, кристаллоидные растворы, а при умеренной кровопотере – трансфузию СЗП и эритромазсы. В послеоперационном периоде обезболивание осуществляли эпидуральным введением наркотических анальгетиков (1% морфин – 0,5 мл) 1 раз в сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при эндоскопических адреналэктомиях эффективным способом анестезии является многокомпонентная НЛА в сочетании с эпидуральной анестезией.

Н.Б. Горбачев, Б.В. Батоцыренов, В.Е. Хитрихеев, Д.Д. Доржиев

КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Многофакторность и поликомпонентность развития различных патофизиологических расстройств в организме и возникшие при этом сложные морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов и систем создают ряд сложностей в лечении перитонита. Исследование универсальных механизмов генеза развития критических состояний при различных формах перитонита, а также использование мер по снижению глубины тканевой гипоксии и ее последствий, позволит разработать патогенетически обоснованные методы прогноза и лечения. В настоящее время в клинической практике в качестве фармакологически активных веществ с широким спектром биологического действия применяют соединения янтарной кислоты, обладающие антиоксидантным и цитопротекторным свойствами.

Цель исследования – оценить эффективность использования в интенсивной терапии острых перитонитов комплексного метаболического препарата Цитофлавин®.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работу были включены клинические наблюдения и результаты комплексного обследования 65 пациентов с наиболее тяжелыми формами разлитого перитонита различной этиологии. Группы были распределены следующим образом. Первую группу составили больные, которым в комплекс интенсивной терапии послеоперационного периода был включен Цитофлавин® (35 человек). Во второй группе сравнения проводилась традиционная терапия (30 пациентов): использовались общепринятые методы оценки кислородотранспортных систем и кислородного баланса организма (определение парциального напряжения кислорода и углекислого газа в выдыхаемом воздухе, артериальной и смешанной венозной крови, pH артериальной и смешанной венозной крови, определение минутного объема дыхания, определение уровня лактата и пирувата), свободнорадикальных процессов и показателей системы глутатиона (определение в эритроцитах пациентов показателей системы глутатиона и процессов перекисного окисления липидов: концентрации восстановленного глутатиона (ВГ) (Ellman G.L., 1959 в модификации Глушкова С.И., 1998), сульфгидрильных групп белков (СГ) (Bellomo G. (1990)), малонового диальдегида (МДА) (Uchiyama M., 1978) и активности глутатион-пероксидазы (ГП) (Гаврилова А.Н., 1986) и каталазы (Королюк М.А., 1988).