

та. В результате снижается перфузия указанных органов а отсюда и снижение доставки к ним кислорода, питательных веществ, возникает гипоксия печени, и возможно нарушение выработки АТЗ. Для проверки этого положения нами определялся АТЗ до операции и в послеоперационном периоде, одновременно определялись показатели центральной гемодинамики.

Исследовано 34 пациента с злокачественными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, все больные с 2-3 стадией заболевания. 22 больных (65%) имели сниженное содержание АТЗ, 18 из них имели сниженный сердечный индекс. 12 человек имели нормальное содержание АТЗ, из них у 7 больных определялся нормальный сердечный индекс.

Эти данные позволяют говорить о связи АТЗ (противосвертывающей системы) с минутным сердечным выбросом, сердечным индексом.

Одновременно с АТЗ определялись Д-димеры (продукты деградации фибрина), увеличение Д-димеров указывает на гиперкоагуляцию и демонстрирует как генерацию тромбина, так и плазмину. Снижение АТЗ имеет прямую корреляцию с ростом Д-димеров, что отмечается всеми исследователями, и отмечается у нас в 95% случаев.

Но нами обнаружено, что в тех случаях, когда АТЗ был в норме ( $n=5$ ), а сердечный индекс был снижен - Д-димеры повышены в 100% случаев.

#### Заключение:

1. Между центральной гемодинамикой и противосвертывающей системой обнаруживается связь - снижение сердечного выброса ведет к снижению АТЗ и соответственно к гиперкоагуляции.

2. Снижение сердечного выброса непосредственно вызывает повышение коагуляционного потенциала.

### **РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ОНКОХИРУРГИИ**

А.А. Шмидт, Н.А. Шаназаров,  
А.И. Кокошко, Р.В. Полищук

Медицинский университет, г. Астана  
Онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан  
Тюменская ГМА

Современная стратегия обезболивания основывается на интенсивности боли и доктрине многокомпонентного обезболивания. В анестезиологии в последние годы на основе принципов

доказательной медицины постоянно предлагаются различные схемы интраоперационной анальгезии с учетом характера операции, интраоперационной хирургической техники, сопутствующего состояния больных.

В настоящее время имеется широкий выбор внутривенных анестетиков и гипнотиков, но при проведении многокомпонентной тотальной внутривенной анестезии (МТВА) необходимым условием является наличие дыхательного аппарата и возможность проведения механической вентиляции легких.

Операции на мягких тканях челюстно-лицевой области требуют адекватного уровня анестезии, что обусловлено богатой иннервацией и кровоснабжением. Наличие злокачественного новообразования является абсолютным противопоказанием для местной инфильтрационной анестезии (МИА), а локализация процесса не позволяет проводить адекватную вспомогательную МВЛ массочным способом на фоне многокомпонентной тотальной внутривенной анестезии, то есть необходимым условием адекватной анестезии является интубация трахеи либо применение IG-воздуховода или ларингеальной маски. Однако использование ларингеальной маски является опасным в связи с возможными смещениями из-за манипуляций хирурга, и требует глубокого наркоза (выключение глоточных рефлексов), то же относится и к IG-воздуховоду. Более рациональным и безопасным для пациента методом обезболивания является регионарный метод анестезии.

Цель работы: расширить применение в практике методики блокады: инфра- и супраорбитального, ментального и мандибулярного нервов при операциях по поводу рака кожи в области носа, щеки, верхней и нижней губы.

#### Материалы и методы исследования.

В исследование включено 45 пациентов, которым были проведены операции по поводу рака кожи лица. Из них 9 операций на носу, 6 – щека, 10 - верхняя губа, 18 - нижняя губа. Средний возраст больных составил  $68 \pm 5$  лет. У 88,9% (40) сопутствующей патологией было ХИБС, артериальная гипертензия, у 71,1% (32) – ХОБЛ, либо хронический бронхит. В ходе анестезии проводился динамический контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений (проводился ЭКГ мониторинг), частоту дыхания,  $SpO_2$ , уровень гликемии.

#### Результаты и обсуждение:

Длительность операции составила  $45 \pm 12$  мин. Во время проведения региональной анестезии во всех случаях использовался раствор бупивакаина 0,5% 15-20 мг.

При раке кожи носа проводилась блокада супраорбитального и инфраорбитального нервов, при раке верхней губы проводилась блокада инфраорбитального нерва, при раке нижней губы выполнялась мандибулярная и/или ментальная анестезия, при операциях на коже щечной области применялась мандибулярная анестезия. Критериями адекватности обезболивания являлись показатели гемодинамики и уровень глюкозы крови.

Гемодинамические, вентиляционные показатели и показатели гликемии исследуемых больных представлены в таблице 1.

Таблица 1  
Показатели АД, ЧСС, ЧД, SpO<sub>2</sub>, гликемии у исследуемых больных (n=45)

| Этап операции                | АД                   | ЧСС   | ЧД   | SpO <sub>2</sub> | Гликемия |
|------------------------------|----------------------|-------|------|------------------|----------|
| Исходные данные              | 174±12<br>/<br>88±6  | 92±6  | 18±3 | 96±3             | 5,5±1,2  |
| Момент разреза               | 154±6<br>/<br>80±3   | 74±5  | 15±3 | 93±3             | 5,1±0,8  |
| На момент окончания операции | 148±11<br>/<br>86±7* | 67±7* | 15±3 | 94±2             | 4,8±0,7  |
| Через 1 час после операции   | 144±6<br>/<br>82±4*  | 64±3* | 16±2 | 95±3             | 4,0±1,0  |

\* -  $p < 0,05$  – данные рассчитаны по отношению исходному показателю.

Показатели АД и ЧСС в период окончания оперативного вмешательства и через 1 час после операции достоверно ниже исходных значений, при анализе остальных данных достоверных изменений не выявлено, что говорит об адекватности анестезиологического пособия.

Случаев непереносимости препарата, осложнений от проводимой анестезии в проведенном нами исследовании не отмечалось.

Выводы:

Регионарная анестезия при операциях по поводу новообразований на мягких тканях челюстно-лицевой области, является адекватным методом анестезиологического обеспечения, позволяющим снизить риск возможных интраоперационных анестезиологических осложнений связанных с многокомпонентной тотальной внутривенной анестезии, а также риск развития осложнений со стороны сердечно - сосудистой системы.

## СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ

Т.Д. Алексюк, Т.Ф. Кузьмина,  
Н.К. Санников, С.А. Друганов

Главное бюро МСЭ по Тюменской области, г. Тюмень

Состояние первичной инвалидности вследствие туберкулёза характеризует эпидемиологическую обстановку в регионе и отражает эффективность проводимых противотуберкулёзных мероприятий.

Цель исследования: изучение структуры первичной инвалидности вследствие туберкулёза среди взрослого населения Тюменской области в динамике за 3 года (2007-2009 гг.) по возрастным категориям с учетом пола и тяжести инвалидности в сравнении с общероссийскими показателями.

Материалами для исследования послужила статистическая база данных граждан старше 18 лет, прошедших освидетельствование в ФГУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области» в 2007-2009 гг.

Результаты исследования.

Уровень первичной инвалидности вследствие туберкулеза среди взрослого населения Тюменской области в динамике за 3 года составил 2,6 – 3,2 – 3,2 на 10 тыс. населения, в 2008-2009 гг. превысил общероссийский показатель, составляющий 2,6 – 2,4 – 2,5 на 10 тыс. населения. Среди общего количества лиц, впервые признанных инвалидами, на долю женщин приходится - 18%-18%-20%. В возрастной структуре доля граждан трудоспособного возраста на протяжении 3-х лет стабильна и составляет 95% (по РФ - 93% - 94%). Среди трудоспособных граждан преобладает и увеличивается количество граждан молодого возраста (моложе 44 лет), доля которых составляет 60%-63%-68% (по РФ – 60%-61%-62%).

В распределении первичной инвалидности по тяжести значительно преобладает доля наиболее тяжёлых 1 и 2 групп инвалидности - 95% - 97% - 97%, что на 10% превышает общероссийские показатели (87% - 88% - 87%).

В структуре первичной инвалидности по нозологическим формам доля внелегочного туберкулеза в 2007-2009 гг. относительно стабильна – 5% - 6% - 5% и не превышает показатели по РФ – 6% - 8% - 6%.

Среди легочного туберкулёза по клиническим формам преобладает фиброзно - каверноз-