

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование чрескостного дистракционного аппарата у больных с термическими и электротравмами кисти в «острый» и ранний посттравматический период для профилактики и лечения послеожоговых деформаций кисти и контрактур суставов пальцев можно считать эффективным и целесообразным.

А.Б. Якушевский¹, А.А. Виноградов¹, А.Н. Плеханов^{1, 2, 3}, А.И. Товаршинов^{1, 2, 3}

СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

¹ НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

² Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

³ Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии
СО РАМН (Улан-Удэ)

В данной работе приведен первый опыт «высокой спинальной анестезии» при выполнении грыжесечений по поводу послеоперационных вентральных грыж. Получены хорошие результаты, позволяющие рекомендовать данный вид обезболивания.

ВВЕДЕНИЕ

«Нет ни одного вида местного или проводникового обезболивания, который давал бы столь полную анестезию, как спинномозговое обезболивание. Данный вид обезболивания зарекомендовал себя как адекватный и надежный метод при операциях на нижнем этаже брюшной полости, нижних конечностях, включая ортопедические, абдоминальные, урологические и гинекологические вмешательства.

Нет ни одного способа более простого по технике, который в такой степени обеспечивал хирургу наилучшие условия производства самых сложных операций в брюшной полости». Такую высокую оценку дал Б.А. Петров (1954) (Кузин М.И., 1982). Также к положительным сторонам спинальной анестезии относят вялый паралич мышц — миорелаксацию. современные местные анестетики, применение одноразовых игл, интраоперационный мониторинг позволяют применять «высокую» спинальную анестезию (Пол Д. Барах Брюс с соавт., 2000). Но у спинальной анестезии имеются и отрицательные моменты — снижение артериального давления и при так называемой «высокой» спинальной анестезии может наступить парез дыхательных мышц. В представленном материале нам хотелось поделиться опытом выполнения «высокой» спинальной анестезии при операциях на органах брюшной полости, выполненных в экстренном и плановом порядке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2007 по 2011 гг. было выполнено 12 различных оперативных вмешательств под «высокой» спинальной анестезией, из них 7 мужчин и 3 женщины. Средний возраст пациентов составил $53,6 \pm 14,6$ года. Минимальный возраст составил 30 лет, максимальный 77 лет. Экстренных операций было 3, плановых — 8. Экстренные вмешательства включали среднесрединную лапаротомию при гангренозно-перфоративном аппендиците — 1, туберкулезном перитоните — 1, грыжесечение при ущемленных пупочных грыжах — 2. Плановые операции выполнялись при послеоперационных вентральных грыжах — 6, параумбиликальная грыжа — 1, грыжа боковой стенки живот справа после люмботомии — 1. Сопутствующая патология была представлена артериальной гипертензией в 9 случаях, последствия острого нарушения мозгового кровообращения в 1 случае.

Спинальная анестезия проводилась по стандартной методике иглами 21-24G в положении больного сидя, на уровне L_{III} — L_{IV} (Пол Д. Барах Брюс с соавт., 2000). Использование наропина, маркаина в дозе 15 мг обосновывалось длительностью оперативного вмешательства. Причем предпочтение отдавалось маркаину — субъективно больные отмечали лучший анальгетический эффект, выше блок. Анестезиологи отмечали лучшую управляемость анестезией при применении маркаина, используя положение Тренделенбурга и Фовлера. Дополнительно проводилась седация больного. Успешность «высокой» спинальной анестезии составила 100%. Оценка расположения и выраженности блока проводилась уколом иглой и пальпацией — выше уровня сосковой линии.

Накануне операции на ночь больным назначались таблетированные транквилизаторы (феназепам) премедикация за час до операции включала в себя транквилизатор (диазепам 0,1 — 0,15 мг/кг), десенсибилизирующие средства, наркотический анальгетик (промедол 0,3 — 0,5 мг/кг) и холинолитик (атропин 0,3 — 0,5 мг). Наркотический анальгетик назначался больным страдавшим болевым синдромом при различных патологиях, позволяющий устранить или ослабить болевые ощущения во время процедуры и

облегчить её выполнение. Больным, не страдающим болевым синдромом наркотические анальгетики, не назначались.

Фармакологическую активность препаратов оценивали по визуально аналоговой шкале эффективности обезболивания «ВАШ». Развитие и распространенность сенсорного блока регистрировали путем проведения теста «pin prick», утраты болевой чувствительности кожи в ответ на раздражения иглой. Для оценки моторной блокады использовали модифицированную шкалу Bromage.

Средняя длительность операции при послеоперационных вентральных грыжах передней и боковой стенки живота составила $3,4 \pm 0,5$ часа. Во всех случаях применялась аллопластика сетчатым имплантом. Регуляция спинальной анестезии проводилась изменением положения больного на столе. Следует отметить, что грыжевые ворота при детальном рассмотрении после выполнения доступа во всех случаях располагались выше линии пупка на 5,0 см и выше. В одном случае при послеоперационной вентральной грыже фиксация сетчатого импланта начиналась от мечевидного отростка. При закрытии дефекта при боковой грыже живота верхний край сетчатого импланта фиксировался к задней поверхности реберной дуги. Все больные в первые сутки соблюдали постельный режим.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде у пациентов отмечалась ранняя активизация на 2 сутки. Больные сразу находились в общей палате хирургического отделения, пользуясь поддержкой соседей по палате. Головных болей, тошноты, рвоты, температуры не отмечалось ни в одном случае. Был один переход на эндотрахеальный наркоз в связи с расширением объема операции из-за спаечного процесса в брюшной полости. Осложнений со стороны оперативного вмешательства не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Применение «высокой» спинальной анестезии при операциях на верхнем этаже брюшной полости оправдывает себя экономическим соображениям. Психологически для пациента легче переносится спинальная анестезия. Перед операцией обязательно проводилась беседа с больным о преимуществах спинальной анестезии в каждом конкретном случае. Одним из важных моментов считаем согласие хирурга на выполнение спинальной анестезии. Применение «высокой» спинальной анестезии актуально в хирургии грыж передней брюшной стенки.

М.М. Янгутова, А.Б. Маланова

СУММАРНЫЙ ЭФФЕКТ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Детский городской аллергологический лечебно-реабилитационный центр (Улан-Удэ)

В настоящее время рост аллергических заболеваний среди детей является одной из актуальных проблем педиатрии. За последние 20 лет отмечается увеличение аллергопатологии у детей примерно в 10 раз. В России, по данным И.И. Балаболкина, аллергическими заболеваниями страдает до 30 % детского населения.

Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний у детей раннего возраста.

Примерно у 40 % детей с атопическим дерматитом к 3 – 4 годам развивается бронхиальная астма.

В разные времена авторы пытались определить причинные факторы и ведущий механизм в развитии атопического дерматита, но до настоящего времени невозможно указать ту единственную причину, которая вызывает развитие и, главное, непрекращающийся рост частоты данной патологии. На первое место специалисты ставят то нервно-эндокринные нарушения, то иммунные. В других исследованиях приоритет отдается генетически опосредованной ферментопатии желудочно-кишечного тракта. Скорее всего, перечисленные патогенетические механизмы не противоречат, а дополняют друг друга.

Несмотря на разнообразные мнения по поводу патогенеза атопического дерматита важная роль генетических факторов неоспорима (Балаболкин И.И. с соавт., 1999; Nickel R.G. et al., 2000).

Большинство авторов атопический дерматит рассматривают как заболевание с наследственной предрасположенностью к атопии. При этом считается, что наследуется патологический характер функционирования различных систем организма — нервной, иммунной, пищеварительной и т.п.

В настоящее время наиболее признанным является полигенный тип наследования с пороговым эффектом, при котором манифестация дерматоза зависит не только от генетических, но и средовых факторов. Доказано, что в развитии атопии принимают участие более 20 генов. Для большинства из них уже определена локализация и связь с тем или иным признаком атопии. Эти гены обнаружены на 4, 5, 6, 7, 11, 13 и 14 хромосомах и условно разделены на классы: