

симптомами механической желтухи, выполнено чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ контролем и у 28, дополнительно, произведена пункция и дренирование жидкостных образований в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке. Показания к лапаротомии, в связи с инфекционными осложнениями, возникли у 29 (29,3%) больных. Объем оперативных вмешательств включал: вскрытие и дренирование гнояников, удаление свободно лежащих секвесторов поджелудочной железы, марсупиализацию и дренирование гнойных полостей и сальниковой сумки. Отдельно, по показаниям, дренировали парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку. У 13 из них операция была завершена формированием лапаростомы. Общая летальность при остром панкреонекрозе составила 26,4%, из 29 пациентов с инфекционными осложнениями панкреонекрозом умерло 11, послеоперационная летальность составила – 37,3%.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Дубровщик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.И. Дубровщик;
зав. отделением анестезиологии и реаниматологии Г.Б.Брейдо

В задачи анестезиолога при ЛХЭ у пациентов пожилого и старческого возраста входит минимизация интра- и послеоперационных осложнений, провоцируемых особенностями данного вида операций состоящих в следующем: положительном давлении в брюшной полости, перераспределении крови, ограничении экскурсионной способности легких, компрессии сердца в сочетании с уменьшением притока крови, охлаждении большой поверхности

брюшной полости, резорбции углекислого газа. В клинике общей хирургии за последние 5 лет выполнено 710 ЛХЭ у пациентов старше 50 лет. Распределение больных по степени анестезиологического риска (по ASA) и возрасту было следующим: II ст. – 223 (50-60 лет), 67 (61-70 лет), 9 (71-75 лет); III ст. – 138 (50-60 лет), 178 (61-70 лет), 54 (75-80 лет) и 5 старше 80 лет; IV ст. – 5 (50-60 лет), 4 (71-75 лет), 9 (75-80 лет). Всем больным вводили профилактические дозы фракционированного гепарина, проводили однотипную премедикацию, включающую холинолитики, антигистаминные препараты и наркотические анальгетики. Для вводного наркоза применяли гексенал и тиопентал натрия. Миоплегия поддерживалась введением релаксантов, деполяризующего и антидеполяризующего действия в дозе 1,5-2 мг/кг и 0,4-0,5 мг/кг соответственно. Во время операции проводили кардиомониторинг, пульсоксиметрию, капнометрию. Обезболивание проводили фентанилом в дозе 6 мг/кг/ч, а при гиподинамическом типе кровообращения дополнительно фракционно использовались микродозы калипсола (по 25 мг). Торможение вегетативных реакций достигалось использованием бензодиазепинов, клофелина, дроперидола и др. Мы отказались от ранее применяемой гипервентиляции считая ее некорректной из-за увеличения периферического сосудистого сопротивления и возможного развития ишемических поражений мозга. Нами принята к исполнению нормовентиляция под обязательным цифровым мониторингом дыхательных газов (полузакрытый контур с натронной известью и подачей расходного газа в пределах 3л/мин). Соотношение азота и кислорода менялось в зависимости от способности организма больного поддерживать уровень сатурации. В раннем послеоперационном периоде выполняли продленную вспомогательную (в течении нескольких часов) ИВЛ, при этом декураризация не проводилась по причине токсичности прозерина и возможной провокации дополнительных осложнений. Послеоперационное

обезболивание проводилось неспецифическими противовоспалительными препаратами в сочетании с трамалом и синтетическими антагонистами-агонистами опиатных рецепторов. От назначения наркотических анальгетиков отказались из-за депрессивного действия их на дыхательный центр, способности провоцировать рвоту и спазм желчевыделительного сфинктера.

Таким образом, принятая в стационаре методика отбора больных с высоким риском для плановых ЛХЭ, методы подготовки к операции, анестезиологическое пособие соответствуют степени хирургической агрессии на данном этапе оснащения анестезиологической службы. Однако для дальнейшего расширения показаний к плановому оперативному лечению пациентов пожилого и старческого возраста у больных с сопутствующими органными дисфункциями необходимо внедрение более чувствительных методов диагностики, мониторинга, более управляемых анестетиков, менее агрессивных аппаратов ИВЛ, лифтинговых методов исполнения оперативных вмешательств.

ИЗМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕСИНХРОНОЗА ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЧАСОВ

Дудинский А.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Балбатун

Индивидуальная минута отражает психофизиологическое состояние организма и ее величина пропорциональна степени эмоционального напряжения. Длительность индивидуальной минуты коррелирует с изменениями сомато-вегетативных показателей и поэтому может использоваться при оценке возможностей адаптации организма. Целью данного исследования являлось изучение изменения длительности индивидуальной минуты при переводе часов с зимнего