



ПЕДИАТРИЯ ЖӘНЕ
БАЛАЛАР ХИРУРГИЯСЫ
ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҒЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

СПЕЦВЫПУСК

№ 2 (16) 2018

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР



ЗОЛОТЫЕ СПОНСОРЫ



СЕРЕБРЯННЫЕ СПОНСОРЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

№ 2 (16) 2018

СПЕЦВЫПУСК

МАТЕРИАЛЫ
III СЪЕЗДА АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ КАЗАХСТАНА
11-13 ОКТЯБРЯ 2018 ГОДА

АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА
№ 2 (16) 2018 СПЕЦВЫПУСК

Научно-практический журнал Республиканского общественного объединения «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Издается с 2008 года

Собственник журнала Республиканское общественное объединение «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Главный редактор Миербеков Е.М.
Заместитель главного редактора Артыкбаев Ж.Т.
Ответственный секретарь Абдукаримов Х.Х.
Ответственный за выпуск Абдуллаева Г.М.

Редакционная коллегия

Батырханов Ш.К. (Алматы)	Конкаев А.К. (Астана)
Джумабеков Т.А. (Алматы)	Мустафин А.Х. (Астана)
Жакупов Р.К. (Астана)	Сагимбаев А.А. (Астана)
Исраилова В.К. (Алматы)	Саркулова Ж.Н. (Актобе)
Кожакметов А.Н. (Алматы)	Сепбаева А.Д. (Алматы)

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации, культуры и спорта РК
Регистрационный № 9489-ж

Адрес редакции: 050004, г. Алматы, ул. Желтоксан, 62. Тел.8 727 279 83 02

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы материалов.
Ответственность за рекламные материалы несут рекламодатели.

Перепечатка публикуемых материалов допускается только с разрешения редакции.
При цитировании обязательны ссылки на журнал.

Тираж 700 экземпляров.
Тип NV - servise

СОДЕРЖАНИЕ	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ, ВОПРОСЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ	
Батырова А.Н., Чурсин В.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ В ПАЛАТЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ	15
Батырова А.Н., Чурсин В.В. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТИЗАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.....	16
Батырханов М.М. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННЫХ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	17
Падайга Ж., Микалаускас А., Вимантайте Р., Ширвинскас Э., Мацас А. СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ В СРЕДЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ, РЕАНИМАТОЛОГОВ И МЕДСЕСТЕР РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛИТВЫ.....	18
Сазонов В.Г. ОЦЕНКА КУРСА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ СТУДЕНТАМИ ШКОЛЫ МЕДИЦИНЫ НАЗАРБАЕВ УНИВЕРСИТЕТА: СУЩЕСТВУЮЩАЯ ПРАКТИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ	20
Хасенханов Т.В., Шмыгалева А.А. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СОВМЕСТНЫХ УЧЕНИЙ КОМПАНИИ НКОК НВ И АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПРИ ИНЦИДЕНТЕ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПОСТРАДАВШИХ	21
Шмыгалева А.А., Хасенханов Т.В. АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ И ПРИЕМНОГО ПОКОЯ НА ОСНОВЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫСОКОРЕАЛИСТИЧНЫХ СИМУЛЯЦИОННЫХ СЦЕНАРИЕВ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	22

Югай Н.В., Мусаев Ю.М, Махатова В.К., Тажиева А.С., Ешимбетова Д.Д.
**ЗНАЧИМОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В РЕЗИДЕНТУРЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ: «СКОРАЯ, НЕОТЛОЖНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ»23**

МЕДИЦИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Арынов А.А., Чурсин В.В.
ЭКСТРАКЦИЯ КИСЛОРОДА КАК ТРИГГЕР К ГЕМОТРАНСФУЗИИ25

Батырханов М.М.
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ТРАХЕИ27

Бережной С.Г., Ревзин А.И., Говорова Н.В., Литвинов А.Е., Возная И.В.
СБЕРЕГАЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ОРДС: МНОГОУРОВНЕВАЯ ИВЛ.....28

Васильев Д.В.
**ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ
У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....29**

Войновский Ю.В.
РЕМАКСОЛ – СОВРЕМЕННЫЙ ГЕПАТОПРОТЕКТОР30

Войновский Ю.В.
БЕТА-БЛОКАТОР МЕТОПРОЛОЛ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ31

Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Абдымолдаева Ж.А.
**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ
НЕЙРОМЫШЕЧНЫМ БЛОКОМ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ32**

Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Абдымолдаева Ж.А.
**ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА INVOS™ МОНИТОР ДЛЯ
МОНИТОРИНГА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ33**

Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Абдымолдаева Ж.А.
**ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ35**

Исраилова В. К., Айткожин Г. К., Русланулы К., Калиакбарова М., Маханбетхан Ш.Ш.
**АЛГОРИТМ АДЕКВАТНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
С УЧЕТОМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (АБР)
В ОАРИТ ГБСНП, ГКБ 4, ГКБ 7 Г.АЛМАТЫ.....36**

Кулембаева А.Б., Миербеков Е.М., Батырханова Н.М., Аташева А.А.
**ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У
ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ38**

*Кулембаева А.Б., Миербеков Е.М., Батырханова Н.М., Жалгасбекова Ж.Ж.
«Городской ревматологический центр», г. Алматы*
**РИСК РАЗВИТИЯ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ39**

Ким С.И., Васильев Д.В., Омаров Т.С.
**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАПНОМЕТРИИ ПРИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ40**

Мирсалиев М., Чурсин В.В.
**ЛЕВОСИМЕНДАН: КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРИМЕНЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ.41**

Павлюков А.В., Панов С.А., Рахматуллин А.В., Мутушев А.Ж., Нуралы А.М.
**ЭНТЕРОСОРБЦИЯ, КАК ЭТАП ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ
ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В43**

Сагимбаев А.А., Сагимбаева Л.А., Кенжалиева М.Х.
**КУМУЛЯТИВНЫЙ ВОЛЕМИЧЕСКИЙ БАЛАНС В РАЗВИТИИ РАННИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ45**

Смагина И.М., Чурсин В.В.
**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ
РЕАКЦИЯХ В АМБУЛАТОРИИ45**

Смагина И.М., Чурсин В.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ47

Темиров Т.С., Мустафин А.Х., Умбетжанов Е.У., Ширвинскас Э.
**ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ КАК КОМПОНЕНТА
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.....48**

6	Анестезиология и реаниматология Казахстана №2 (16), 2018. Спецвыпуск	7	Анестезиология и реаниматология Казахстана №2 (16), 2018. Спецвыпуск
<i>Хасенова К.Е., Саркулова Ж.Н.</i> ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ49		<i>Назырова Л.А., Мухидинова Р.С., Ли В.Н., Эшонов А.А., Алиев А.Ш.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЧРЕЗПИЩЕВОДНЫЙ ЭХОКАДИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ60	
<i>Шабданова Ж.Т., Ашырбаев А.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРО-ОПТИЧЕСКОЙ ИНТУБАЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....50		<i>Назырова Л.А., Бахритдинов Ф.Ш., Бутова Е.А., Дольская Т.В., Реймназарова З.Ж., Аблялимов И.Т., Назаров К.Ш., Ли В.В.</i> АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРОТИДНЫХ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ.....61	
<i>Shukrullayev A.A., Koyirov A.K.</i> PERFORMANCE OF NONINVASIVE VENTILATION IN ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN CRITICALLY ILL PATIENTS.....51		<i>Назырова Л.А., Ли В.В., Фаязов Д.Т., Реймназарова З.Ж., Абдуллаева Х.Н., Бутова Е.А., Аблялимов И.Т.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ.....62	
<i>Шоев Ф.С., Неъматзода О., Аликулов А.Г., Шарипов З.Р.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ52		<i>Назырова Л.А., Ли В.В., Мухидинова Р.С., Ли В.Н., Хайдаров А.Э.</i> ПЕРИОПЕРАТИВНЫЙ ТРАНСПИЩЕВОДНЫЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МИКСОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИ.....63	
АНГИО И КАРДИОТОРАКАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ		<i>Сабиров Д.М., Набиев А.А., Красненкова М.Б., Турсунов Х.М., Койиров А.К.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ64	
<i>Абдухалилов Н.Р., Саткымбаева А.О.</i> КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЕНЫ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ-КОНТРОЛЕМ54		<i>Туллеутаев Р.М., Кошкинбаев Ж.Б., Абзалиев К.Б., Миербеков Е.М., Степанова О.А., Ибадуллаев Э.Б., Абзалиева С.А., Диханбаев А.Р.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛОПРОСТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНО-ГИПЕРТЕНЗИОННОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДМЖП65	
<i>Батырханов М.М.</i> ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЭНДОВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....55		<i>Турғалиев А.А., Чурсин В.В.</i> НОВЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ И КАЗАХСТАНСКИЕ РЕАЛИИ.....66	
<i>Илялетдинов И.Д.</i> МОНИТОРИНГ НЕПРЕРЫВНОГО РАСЧЕТНОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ НЕКАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.....55		<i>Ширвинскас Э., Чеснайтис Т., Ленкутис Т.</i> ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ67	
<i>Койиров А.К., Красненкова М.Б., Кенжаев С.Р., Мирмаксдуов М.С., Камбарова З.А.</i> КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА57		<i>Шоев Ф.С., Аликулов А.Г., Назаров Ш.Х.</i> ВЫСОКАЯ ГРУДНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОТКРЫТУЮ ОПЕРАЦИЮ НА СЕРДЦЕ68	
<i>Койиров А.К., Красненкова М.Б., Сабиров Д.М., Кенжаев С.Р., Ганиев У.Ш., Хаитов С.Ш.</i> ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....58			
<i>Миербеков Е.М., Алдешев А.А., Баграмов А.А.</i> ЖАСАНДЫ ҚАН АЙНАЛУДА ЖАБЫҚ КОНТУР ӘДІСІН ҚОЛДАНУ59			

**НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
В НЕЙРОХИРУРГИИ**

Ким С.И., Васильев Д.В., Омаров Т.С.

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПО МЕТОДИКЕ
«ASLEEP-AWAKE-ASLEEP» ПРИ ХИРУРГИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗОН ГОЛОВНОГО МОЗГА.....71**

Красненкова М.Б.

**НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ
ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ72**

Сарбаева А.М., Токшылыкова А.Б., Жиеналин Р.Н., Саркулова Ж.Н.

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ
С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ73**

Tomas Tamosuitis

**MONITORING OF CEREBRAL AUTOREGULATION IN
TRAUMATIC BRAIN INJURY74**

Хабибуллова Ж.Г., Сарбаева А.М., Саркулова Ж.Н.

**ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМИ МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ.....75**

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ
ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ**

Адилбеков Е.А., Бердалина Г.С., Чурсин В.В.

**ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА78**

Алдынгулов Д.К., Шарипов М.С.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ79**

Артемьев К.В., Войновский Ю.В

**ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ80**

Войновский Ю.В., Нурланова Г.Н.

**ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ САЛАСЫНДАҒЫ ИБУПРОФЕННІҢ
КӨКТАМЫР ІШЛІК ӘСЕРІ.....81**

Кулуспаев Е.С., Иримбетов С.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ В ОНКОЛОГИИ82

Кулуспаев Е.С., Иримбетов С.Б., Абдухаймов Н.А., Мадиев Х.З., Базылов А.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕДАНА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ83

Кунирова Г.Ж., Ансатбаева Т.Н.

**РАБОТА МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ДОМУ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ84**

Alain Rosier,

**ПОРТЫ ВАСКУЛЯРНОГО ДОСТУПА, ТЕНДЕНЦИЯ И
ПРЕИМУЩЕСТВО ДЛЯ ПАЦИЕНТА86**

Шапатов Н.З., Илялетдинов И.Д.

**ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ
ПОДДЕРЖКИ В ОНКОЛОГИИ.....87**

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Айсанов Б.Т., Тигай Г.И., Аманбекова С.Б., Аманжолова С.Г., Рахимова Ж.Ж.

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ.....89**

Ауезбеков А.А., Шайхутдинов Д.Ф., Жаппасбаев Б.Д.

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА
В АМБУЛАТОРНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ90**

Имашев Р.О.

**СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА У БЕРЕМЕННОЙ
ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.91**

Кожрахметов А.Н., Абдрахманов М.Ж., Юлдашев У.Т.

СТРАТЕГИЯ ПЕРВОГО ЧАСА.....92

*Кожрахметов А.Н., Юлдашев У.Т., Жаппасбаев Б.Д., Власов О.Ю., Мамлеев Э.Р.,
Авдеев В.В., Сарбаев Ш.А., Козлов В.С., Дорофеева Г.И., Айбекова З.Д.*

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ93

Мусаев Ю.М., Гавриков В.И., Тулеев И. Т., Жумабеков Ж.К., Бектенова Г.Е.

**НЕОТЛОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ГБО ПРИ
КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И ВЫСОКОМ РИСКЕ АКУШЕРСКОЙ И
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ94**

<i>Мусаев Ю.М., Мусаев У.Ю.</i>	
СРОЧНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	95
 <i>Мусаев Ю.М., Тулеев И.Т., Катбаев С.А.</i>	
НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И НЕ РЕАЛИЗОВАННЫЕ РЕЗЕРВЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГБО ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ	96
 <i>Письменский Д.К., Япаров Р.М., Федорченко П.П.</i>	
ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ В АКУШЕРСТВЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	97
 <i>Умаров А.Д.</i>	
СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (CRRT) ПАЦИЕНТКЕ, РЕАЛИЗОВАВШЕЙ HELLР-СИНДРОМ.....	98
 <i>Федорченко П.П., Письменский Д.К., Япаров Р.М.</i>	
РЕИНФУЗИЯ КРОВИ В АКУШЕСТВЕ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КРОВОСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ	100
 <i>Япаров Р.М, Письменский Д.К., Федорченко П.П.</i>	
ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ КАК НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	101
 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ	
 <i>Абдилова Г.К., Умбетов К.О., Куанышбаева А.Ж., Жамашова К.К.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ КРИОВОССТАНОВЛЕННЫХ, ЛЕЙКОФИЛЬТРОВАННЫХ, РАЗМОРОЖЕННЫХ ЭРИТРОЦИТОВ В ПЕДИАТРИИ	103
 <i>Абдуллаева Г.М.</i>	
НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	104
 <i>Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К.</i>	
ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НЕДОНОШЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	105

<i>Алибакова Б.А.</i>	
БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ	106
 <i>Алимухамедов У.Р., Алтынбаева Г.Б., Чагай М.С.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПЫТА ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ГИПОТЕРМИИ НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ В СОСТОЯНИИ АСФИКСИИ	107
 <i>Алимханова Г.Н., Бондаренко М.В., Шекенова А.Б., Кусаинов Д.Н.</i>	
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИЙ НАДГОРТАННЫМ ВОЗДУХОВОДОМ I-GEL В ДЕТСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В СРАВНЕНИИ С ИНТУБАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ.....	108
 <i>Алсейтов У.Б., Жексенова А.М., Сексенбаева А.А.</i>	
ПРОБЛЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ	109
<i>Бегимбетов Б.М., Аушинов К.Е., Бекулы А.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ	110
 <i>Бердиярова Г.С., Цой В.В., Урстемова К.К., Саулебекова У.А.</i>	
ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У МЛАДЕНЦЕВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	111
 <i>Божбанбаева Н.С., Алтынбаева Г.Б., Адилбекова И.М.</i>	
ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	113
 <i>Божбанбаева Н.С., Альдекеева Ж.Е., Есенова С.А.</i>	
РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ СПАСТИЧЕСКОЙ И АТАКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП.....	114
 <i>Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г.</i>	
ПРОБЛЕМА НЕОНАТАЛЬНЫХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ	115
 <i>Боконбаева С.Дж., Омурбеков Т.О., Кадырова А.Ш.</i>	
ПРИЗНАНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	116

Джолдыбеков Т.С.

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КОГНИТИВНЫХ
РАСТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА..... 117**

Джолдыбеков Т.С., Утегенова Ж.А., Мухамадиев Б.Т., Сулейменов Б.К.

**УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТА ПЕРИОДА ПРОБУЖДЕНИЯ У
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА..... 117**

*Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Туманова У.Н., Немковский Г.Б.,
Козлова А.В.*

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО И ПОСТНАТАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ
ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, ОПЫТ
НАБЛЮДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. 118**

Ералиева М.А., Джуматова У.К., Абирова А.Ч., Калжанов Ж.Р., Жуманбаева К.Р.

**ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ
ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УК «АКСАЙ»..... 119**

*Жумагулов М.К., Ещанова Б.Г., Мамедалиев Х.В.,
Мухамбедьяров А.Е., Доскалиев М.А.*

**МАСОЧНАЯ ИНДУКЦИЯ СЕВОФЛУРАНОМ И ИНТУБАЦИЯ
БЕЗ РЕЛАКСАНТОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
АДЕНОИДЭКТОМИИ И ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ. 120**

Ибраимова А.Б., Алимханова Г.Н., Шекенова А.Б.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С
ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... 122**

Икласова Ф.Б., Разумов С.А.

**ПРИМЕНЕНИЕ АЗИТРОМИЦИНА У ДЕТЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО
НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ
ЛЕГКИХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ PSEUDOMONAS AERUGINOSA..... 123**

Имамбаева Т.М., Баймуратова А.Д., Шорина Е.Н., Ахенбекова А.Ж., Абильдаев С.Т.

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ
АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ У ДЕТЕЙ. 124**

Имамбаева Т.М., Шорина Е.Н., Баймуратова А.Д., Абильдаев С.Т., Косарева С.Л.

**ОСТРАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА..... 125**

Каримов Д.С., Куракбаев Е.Б.

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МАССИВНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ
КРОВОПОТЕРИ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ..... 126**

Кузьмин В.Д., Лозовой В.М, Асилбеков У.Е., Разумов С.А.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП..... 127**

Лопатников С.В.

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ 128**

Мусаев Ю.М., Жумабеков Ж.К., Бекзатов Е.Д.

**ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕГУЛЯЦИИ НУТРИЦИОЛОГИИ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ 129**

Мусаев Ю.М., Сатыбалдиева А.С., Назарова Д.Ш., Салхожаева К.К., Пазыл А.Б.

**ЧАСТЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ..... 130**

Нургожаева Н.Н., Карибаев Е.А., Селибаев А.А., Налибаев А.Ш.

**СРАВНЕНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЗПТ ПРИ ОПП
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... 131**

Сапаров А.И., Тобылбаева З.С., Исаков С.Е., Миронова О.А., Муратбекова Б.М.

**РАННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 132**

Сатаев Ж.Т., Абдуллаева Г.З., Андреева Е.А.

**ДЕКСМЕДЕТОМИДИН В СОСТАВЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ПОСОБИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ..... 133**

Сатаев Ж.Т., Абдуллаева Г.З., Андреева Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ 134

Сатаев Ж.Т., Абдуллаева Г.З., Андреева Е.А., Альтаев К.Ж.

**ПРИМЕНЕНИЕ СМЕСИ НУТРИЛОН ПЕПТИ ТСЦ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ
С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖКТ 136**

Стрелецкая Ю.Л.
**ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ
СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ137**

*Танкаева Ш.А., Батырханов Ш.К., Умбетова Л.Ж., Мусабекова Р.К., Есжанова Э.Д.,
Абдуллаева Г.М.*
**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ
БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС 138**

Турлекиева Ж.М., Султанкулова Г.Т, Лопатников С.В.
**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ139**

Утегенова Ж.А.
ПРИМЕНЕНИЕ СЕВОФЛУРАНА У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ОДНОГО ДНЯ140

Утегенова Ж.А, Джолдыбеков Т.С., Мухамадиев Б.Т., Сулейменов Б.К.
**ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ СЕДАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ В ПЕДИАТРИИ 141**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ,
ВОПРОСЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ,
ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И
РЕАНИМАТОЛОГИИ**

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ В ПАЛАТЕ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИЕМНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ

Батырова А.Н., Чурсин В.В.
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Республика
Казахстан

Цель: на основе анализа выявленных дефектов качества медицинских услуг у больных с гастродуоденальным кровотечением (ГДК) при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения (ПИТ ПО), разработать и применить Стандарты для оказания экстренной медицинской помощи этим больным.

Методы и материалы: для выявления дефектов оказания экстренной медицинской помощи у больных с ГДК, которые находились на лечении в ПИТ ПО, ОРИТ и отделении хирургии Центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) г. Алматы, нами разработаны карта выкопировки данных медицинских карт стационарного больного (далее МКСБ), Стандарт «Осмотр реаниматолога» и Стандарт «Ведение больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения». По этим разработкам проведен сравнительный ретроспективный анализ данных 521 МКСБ за период 2015-2017гг., включая 7 МКСБ, умерших от ЖКК язвенного генеза и стрессовых поражений ЖКТ. Возраст больных колеблется от 16 до 80 лет, из них: женщин – 251 (48%), мужчин – 270 (52%).

Результаты. Общее количество пациентов, поступивших в ПО ПИТ с диагнозом ГДК за период 2015-2017 гг. составило 521. По срокам госпитализации в стационар от начала заболевания мы условно поделили это количество на 3 группы: две контрольные группы и одна основная группа. Основную группу составили 184 пациента, поступивших в 2017 году и получавших

лечение после внедрения Стандарта. К контрольной группе отнесли пациентов, которым проводилось оказание экстренной медицинской помощи по общим методикам при отсутствии четкой стандартизации лечебно-диагностических мероприятий: в 2015 году – 187 пациентов (1 группа) и в 2016 году – 150 пациентов (2 группа).

В основной группе (2017г.) проводилось лечение на основе Стандарта «Ведение больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения», разработанного в соответствии с приказом МЗ РК от 3 июля 2017 года № 450, на основании современных литературных данных и практического опыта врачей.

При сравнительном анализе данных больных, поступивших в ПО ПИТ ЦГКБ в 2015 году в первые сутки от начала заболевания летальность, составила 1,5%, что в 2,46 раза меньше по сравнению с летальностью, имевшей место среди пациентов, поступивших на вторые сутки от начала заболевания – 3,7%. В 2016 году летальность среди пациентов, поступивших в первые сутки от начала заболевания, составляла 0,85%, что в 3,56 раза меньше по сравнению с летальностью на вторые сутки – 3,03%.

Результаты сравнительного анализа данных поступивших больных свидетельствуют о снижении уровня смертности в ургентной клинике в 2017 году на 0,79% (по сравнению с 2016 годом) и на 1,6% (по сравнению с 2015 годом) при применении Стандартов.

Применение Стандартов с 2017г. в ЦГКБ позволяет контролировать качество оказания медицинских услуг и повысить оперативность и точность в оказании экстренной медицинской помощи больным, поступившим на первые сутки от начала заболевания, что способствует устранению выявленных дефектов медицинских услуг и повышению качества оказания экстренной медицинской помощи в ПИТ ПО.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
СТАНДАРТИЗАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Батырова А.Н., Чурсин В.В.
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Республика
Казахстан

Цель: для оптимизации эффективности стандартизации лечения в палате интенсивной терапии приемного отделения (ПИТ ПО) или ОРИТ определить экономическую эффективность внедрения Стандартов у больных с гастродуоденальным кровотечением (ГДК).

Методы и материалы: для выявления дефектов оказания экстренной медицинской помощи у больных с ГДК, которые находились на лечении в ПИТ ПО, ОРИТ и отделении хирургии Центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) г. Алматы, нами разработаны карта выко-

пировки данных медицинских карт стационарного больного (далее МКСБ), Стандарт «Осмотр реаниматолога» и Стандарт «Ведение больных с гастродуоденальным кровотечением при поступлении в палату интенсивной терапии приемного отделения». По этим разработкам проведен экономический сравнительный ретроспективный анализ данных 334 МКСБ за период 2016-2017гг.

Возраст больных колеблется от 16 до 80 лет, из них: женщин – 148 (44,3%), мужчин – 186 (55,7%).

Таблица 1 – Сравнительный анализ общей средней стоимости и длительности пребывания в стационаре больных с ГДК (без проведения оперативного вмешательства) в ЦГКБ в 2016 и 2017 гг., в тыс. тнг.

Показатели	2016г. (n=150)	2017г. (n=184)
Общая средняя стоимость пребывания в стационаре больных с ГДК за весь период лечения	15 163 317,3 тг	21 693 791 тг
Общая средняя стоимость пребывания в стационаре одного больного с ГДК за весь период лечения	101 088,782 тг	117 901,04 тг
Общее количество пребывания в стационаре больных с ГДК, койко-дни	1050	1658
Средняя длительность периода лечения (пребывания в стационаре больного с ГДК), койко-дни	7	9
Стоимость пребывания в стационаре одного пациента с ГДК за один койко-день	14 441,254 тг	13 100,115 тг

Исходя из данных таблицы можно сделать вывод, что после внедрения Стандарта в 2017 году, по сравнению с 2016 годом, при увеличении периода нахождения в стационаре с 7 до 9 койко-дней, общая средняя стоимость пребывания одного пациента в стационаре уменьшилась с 101 088,782 тг до 117 901,04 тг. А это значит, что на одного пациента за один койко-день в 2017 году было затрачено 13 100,115 тг, что на 1 341,14 тг меньше, чем в 2016 году. Мы можем наблюдать очевидную тенденцию к

уменьшению затрат на пациентов с ГДК в стационаре, что несет экономическую выгоду для организации здравоохранения и возможность перераспределения бюджета в перспективе. Экономическая эффективность выражается снижением расходов на содержание реанимационных больных в стационаре, а именно – уменьшением расходов на препараты для лечения ассоциированных осложнений, гипердиагностику в клиническом решении и полипрагмазию введения лекарств.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННЫХ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Батырханов М.М.
PRIVATE CLINIC KZ, Алматы, Республика Казахстан

Хирургическое лечение сочетанных заболеваний является актуальной проблемой хирургии, анестезиологии и представляет значительный практический интерес. Совершенствование хирургической техники и успехи анестезиологии и реаниматологии за последние 20 лет значительно расширили возможности выполнения крупных сочетанных операций на разных органах человеческого тела.

При одномоментных операциях значительно сокращаются сроки пребывания пациента в клинике, уменьшается время нетрудоспособности, повышается экономическая эффективность лечения и, нако-

нец, снижается психологическая травматизация больных.

В сравнительном аспекте у 82 пациентов изучены результаты экономических затрат при поэтапном и одномоментном хирургическом лечении сочетанного эхинококкоза легких и печени в условиях тотальной внутривенной анестезии и сочетанной анестезии (тотальная внутривенная + эпидуральная анестезия) и ИВЛ.

Таблица - Показатели экономических затрат при поэтапном и одномоментном хирургическом лечении сочетанного эхинококкоза легких и печени М±σ (%)

Показатель	Затраты (контрольная группа) n=39	Затраты (основная группа) n=43
Койко-дней в клинике (дни)	34,2±6,62 (59,9%)	13,7±3,03*
Койко-дней в отделении интенсивной терапии (дни)	2,21±0,41 (54,7%)	1,0±0*
Фентанил (мг)	1,24±0,37 (65,3%)	0,43±0,12*
Ардуан (мг)	12,8±1,95 (54,3%)	5,85±2,39*
Калипсол (мг)	798,6±129,22 (54,5%)	363,1±147,9*
Реланиум (мг)	21,5±3,15 (49,8%)	10,8±7,33*
Время продленной искусственной вентиляции легких (часы)	2,5±0,92 (16%)	0,4±0,42*

Общая сумма затрат на лечение (тенге)	169923,4±32444,6 (41,7%)	99025,1±1328,1
в % указана разница в сравнении с основной группой * - p < 0,01 в сравнении с контрольной группой		

Таким образом, при сравнительной характеристике экономических затрат при обеспечении поэтапного и одномоментного хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени можно сде-

лать вывод, что одномоментные операции в условиях сочетанной анестезии значительно экономят койко-дни и препараты для анестезиологического обеспечения.

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ В СРЕДЕ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ, РЕАНИМАТОЛОГОВ И МЕДСЕСТЕР РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛИТВЫ

Жильвинас Падайга, Аудрюс Микалаускас, Рената Вимантайте, Эдмундас Ширвинскас, Андрюс Мацас
Литовский университет наук здоровья. Отделение кардиохирургической анестезиологии и интенсивной терапии в клинике сердечно-торакальной и сосудистой хирургии
Литовский университет наук здоровья, ул. А. Мицкявичаус 9, Каунас LT-44307, Литва

Введение. Профессиональное выгорание описывается как истощение, вызванное чрезмерными потребностями на работе. Синдром выгорания в среде врачей и медсестер является актуальной проблемой, так как он чаще всего наблюдается у работников, чья работа требует частых, тесных и интенсивных контактов с людьми. Медицинский персонал подвергается высокому риску появления синдрома выгорания. Самые высокие показатели выгорания наблюдаются у врачей неотложной помощи, анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии. В отличие от всего мира, в Литве проведено мало исследований, посвященных синдрому выгорания. До сих пор исследования в Литве показали высокие частоты синдрома выгорания. Имеются данные о том, что 19% литовских врачей акушеров-гинекологов страдают от эмоционального истощения, 10% – испытывают деперсонализацию и 21% – заниженные профессиональные стремления.

Цель. Определить распространенность синдрома профессионального выгорания в среде анестезиологов-реаниматологов, медсестер анестезии и интенсивной терапии Литвы и связанных с ним факторов.

Задачи. Установить распространение синдрома профессионального выгорания и его компонентов у анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии Литвы. Оценить особенности работы литовских анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии. Оценить удовлетворение литовских анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии, карьерой и заработной платой. Оценить особенности здоровья и образа жизни литовских анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии. Установить связь между синдромом профессионального выгорания и его компонентами у анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии Литвы и социально-демографическими и трудовыми факторами, жалобами на здо-

ровые и способами их преодоления. Определить факторы, независимо связанные с синдромом профессионального выгорания у анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии Литвы.

Методология. Исследование было проведено в 2016 году с ноября по декабрь; в 2017 году с января по март. Группа исследуемых состояла из врачей, работающих в Литве – анестезиологов-реаниматологов и медсестер анестезии и интенсивной терапии. Выполнен интернет - опрос. Опросник состоял из 6 частей: социально-демографических показателей, проблем, связанных с работой, факторов риска профессионального выгорания, удовлетворенности работой и оплатой, депрессии и вопросника MBI-HSS.

Результаты. Исследование показало, что повышенный риск профессионального выгорания был обнаружен у 10,9% анестезиологов-реаниматологов, которые участвовали в исследовании и у 12,5% медсестер анестезии и интенсивной терапии. Оценка по отдельным дименсиям: эмоционально истощены – 34,1% врачей, 43% медсестер; деперсонализация отмечалась у 25,9% врачей и 22,7% медсестер; заниженные личные цели у 38,6% врачей и 37,5% медсестер. Многофакторный регрессионный анализ показал, что самый сильный фактор, связанный с профессиональным выгоранием у анестезиологов-реаниматологов, а также медсестер была неудовлетворенность своей профессией: у врачей, недовольных своей профессией, риск профессионального выгорания был в 5 раз выше ($OR = 5,0$; $p < 0,001$). Кроме того, важным фактором был более молодой возраст: у врачей моложе 40 лет риск профессионального выгорания был в 3 раза выше, у медсестер – в 1,9 раза выше ($OR = 2,7$; $p = 0,032$), по сравнению с группой в возрасте 50 лет и старше. Исследованием установлено, что врачи с синдромом выгорания склонны чаще использовать седативные и снотворные лекарства ($OR = 3,1$, $p = 0,035$). Также видна тенденция, что врачи с синдромом профессионального выгорания, как правило, склонны накопивши-

еся напряжение выплеснуть на своих близких ($OR = 1,9$; $p = 0,097$). Кроме того, было установлено, что у врачей, которые испытывают выгорание, в 7 раз выше риск депрессии ($OR = 7,2$, $p = 0,001$). Существует также тенденция к тому, что врачи с синдромом выгорания в два раза чаще сталкиваются с проблемным употреблением алкоголя ($OR = 2,0$; $p = 0,097$). Медсестеры с синдромом выгорания в 5 раз больше склонны к курению ($OR = 2,6$; $p = 0,089$); в 3 раза чаще чувствуют немотивированные перепады настроения ($OR = 2,9$, $p = 0,089$) и в 3 раза чаще испытывают нежелание общаться с окружающими ($OR = 2,1$; $p = 0,032$).

Выводы. Синдром выгорания (высокий балл во всех трех измерениях) определен у 10,9% анестезиологов-реаниматологов литвы, у 12,5% медсестер анестезии и интенсивной терапии. Было определено распределение компонентов синдрома выгорания: 34,1% врачей и 43% медсестер испытывают эмоциональное истощение; 25,9% врачей и 22,7% медсестер – деперсонализацию; 38,6% врачей и 37,5% медсестер – отметили заниженные личные цели. Мы определили независимые факторы риска синдрома выгорания. Самым сильным независимым фактором была неудовлетворенность профессией. Другие независимые факторы: молодой возраст, потребление седативных/снотворных медикаментов. Другим важным независимым фактором является депрессивность. Мы обнаружили, что у врачей с синдромом выгорания в семь раз выше риск депрессии, что среди медсестер не замечено. Мы определили ряд возможных путей преодоления синдрома выгорания. Большинство способов преодоления отрицательные: потребление алкоголя, курение, использование седативных и снотворных средств, повышенная потребность в еде и желание выплеснуть напряженности на своих близких, нежелание общаться с окружающими, немотивированное колебание настроения. Единственным положительным способом преодоления было чтение немедицинской литературы.

ОЦЕНКА КУРСА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ СТУДЕНТАМИ ШКОЛЫ МЕДИЦИНЫ НАЗАРБАЕВ УНИВЕРСИТЕТА: СУЩЕСТВУЮЩАЯ ПРАКТИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ

Сазонов В.Г.

Школа Медицины Назарбаев Университет, Астана, Республика Казахстан

Форма преподавания курса анестезиологии может сильно отличаться в разных ВУЗах как в нашей стране, так и за рубежом. Более того, для многих зарубежных школ курс анестезиологии не является обязательным. И в настоящее время не существует единого международного стандартизированного учебного плана.

Целью исследования стало оценить качество существующего варианта и определить оптимальный вариант структуры курса на основе опыта преподавателей, а также полученных отзывов студентов, прошедших курс анестезиологии.

Материалы и методы. Одним из обязательных стандартов нашей школы является получение «обратной связи» от студентов посредством анонимного опроса, с ответами на конкретные вопросы и возможностью добавления комментариев. Для проведения опроса использовалась онлайн платформа «Qualtrics» с автоматическим формированием отчета.

Результаты. В опросе приняло участие 15 студентов старшего курса. 100% опрошенных «согласны» или «согласны полностью», что syllabus курса содержит всю необходимую детальную информацию, а критерии оценки абсолютно понятны. Лишь 58% участвующих в опросе, согласились с тем, что существующая технология преподавания курса позволила достичь

поставленных целей и задач курса. В комментариях к этому вопросу студенты указали на желание иметь больше времени для практики и оттачивания практических навыков, нежели на теоретический разбор. В то же время, некоторые комментарии говорили о том, что время для дидактических сессий должно быть увеличено. Структура курса подразумевала, что половину времени студенты проводят в отделении детской анестезиологии, другую половину – во взрослой. Всеми студентами это было воспринято с энтузиазмом.

Также, дополнительно студенты были опрошены касательно предпочитаемых ресурсов и учебников, которые были использованы для подготовки к курсу и финальному экзамену, используемых методик обучения, наличия обратной связи с преподавателем. Результаты были проанализированы изложены в виде отчета и приняты во внимание при составлении программы курса анестезиологии в следующем академическом году.

Заключение. Несмотря на то, что программы ВУЗов нашей страны могут отличаться, тем не менее, считаем, курс анестезиологии должен быть обязательным, и, при возможности, проходить как во взрослой, так и в детской клинике. Хотим отметить важность получения анонимной обратной связи от студентов для улучшения и совершенствования курса.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СОВМЕСТНЫХ УЧЕНИЙ КОМПАНИИ НКОК НВ И АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПРИ ИНЦИДЕНТЕ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ПОСТРАДАВШИХ

Хасенханов Т.В. *, Шмыгалева А.А. **

Медицинская группа НКОК НВ*, Караганда, кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова**, Алматы, Республика Казахстан

Медицинская сортировка (Triage) признана наиболее эффективным методом организации оказания неотложной помощи (Pentagon Mass Casualty Project, 2000), неоднократно подтвержденным на примере чрезвычайных ситуаций (Lerner et al, 2008), при одномоментном массовом поступлении пострадавших и при ограниченности ресурсов медицинской службы. Также, необходима организация соответствующей инфраструктуры лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) и эффективный менеджмент со стороны руководителя медицинского подразделения, принимающего пострадавших.

В Областной больнице г. Атырау была проведена работа по усовершенствованию функционирования приемного отделения, внедрению принципа Triage согласно международным стандартам (The Manchester Triage system, 1997). Произведено разделение приемного отделения на зоны, приспособленные для обследования и лечения пациентов разной категории приоритетности (красные, желтые, зеленые, черные), также в приемном отделении развернут малый реанимационный зал на две койки и малая операционная. Персоналу были разъяснены принципы сортировки и первичной помощи пострадавшим согласно системам S.T.A.R.T. (Simple Triage And Rapid Treatment, 1983) и ATLS (Advanced Trauma Life Support, 8 edition, 2012).

Для проверки эффективности функционирования системы Triage в приемном покое 28 апреля 2018 были проведены совместные учения с участием Городской

станции Скорой Помощи, Медицинской службы компании НКОК НВ и Областной Больницы г. Атырау. По сценарию учений, в результате взрыва и возгорания на нефтеперерабатывающем заводе, обнаружено 6 пострадавших: двое из которых относились к категории 1 (красные), трое – к категории 2 (желтые) и один – к категории 3 (зеленый). Пострадавшие были доставлены в приемное отделение Областной больницы г. Атырау последовательно с интервалом 1-3 минуты. Прием, сортировка, первичная помощь и госпитализация всех пострадавших были осуществлены в течение 20 минут.

В ходе дебрифинга, проведенного по результатам учений, определены следующие направления по улучшению подготовки к массовому поступлению пострадавших:

Пути подъезда и выезда карет скорой помощи должны иметь сквозную схему для исключения затора и замедления передачи пациентов.

Передача пациентов и их прием должны проводиться согласно специально разработанному контрольному опроснику.

Первичный осмотр и оказание помощи в приемном отделении должны осуществляться по единому алгоритму (предложен алгоритм ATLS)

Заведующий приемным отделением должен активно осуществлять руководящую и координирующую роль в процессе медицинской сортировки, обеспечить регулярное плановое обучение персонала принципу Triage на рабочем месте.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ И ПРИЕМНОГО ПОКОЯ НА ОСНОВЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫСОКОРЕАЛИСТИЧНЫХ СИМУЛЯЦИОННЫХ СЦЕНАРИЕВ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Шмыгалева А.А., Хасенханов Т.В. КазНМУ им С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Как известно, медицинские сестры приемного отделения (ПО) и отделения анестезиологии и реанимации (ОАРИТ), наиболее часто становятся свидетелями клинической смерти и других жизнеугрожающих состояний. Именно они являются «первой линией» реагирования во время возникновения неотложных ситуаций, инициации и проведения реанимационных мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) (Darli, 2015). Медицинские сестры ПО и ОАРИТ осуществляют уход и наблюдение за пациентами, находящимися в критическом состоянии, что требует достаточных теоретических знаний, отличных практических навыков, осведомленности о современных протоколах неотложных состояний, уверенности в своих действиях, быстроты реакции на меняющуюся ситуацию.

Выполнение вышеуказанных требований, предъявляемых к среднему медицинскому персоналу, возможно только в том случае, когда у медицинских сестер существует возможность непрерывного обучения и оттачивания своих компетенций посредством проигрывания групповых симуляционных сценариев на рабочем месте в режиме реального времени с последующим дебрифингом. Это позволит медсестрам своевременно вспоминать и использовать на практике свои навыки, укрепить теоретические знания и помочь достичь более высокой эффективности и большей

уверенности в своих действиях во время возникновения неотложных ситуаций (Curtan, Fleet and Greene, 2012).

Метод симуляционного обучения применяется в анестезиологии, реаниматологии, экстренной и неотложной медицине (Beyea et al., 2007; Bremner et al., 2006; Hyland & Hawkins, 2009). Как правило, во время данных тренингов используются специальные манекены с высоким уровнем реалистичности. Обучение проводится непосредственно на рабочем месте в рабочее время, что позволяет медицинскому персоналу эффективно взаимодействовать друг с другом, использовать необходимое медицинское оборудование, выявить проблемы коммуникации, преемственности; а также проверить насколько правильно и хорошо работает медицинская аппаратура (Levett-Jones et al., 2011, Walker et al., 2013). По данным Aqel и Ahmad (2014) выживаемость знаний и навыков, полученных после тренингов по сердечно-легочной реанимации, составляет не более 3 месяцев. Исходя из вышеуказанных данных, мы считаем, что медицинские работники, и медсестры ПО и ОАРИТ, в частности, нуждаются во внедрении практики симуляционного обучения на рабочем месте. Это позволит повысить эффективность и качество реанимационных мероприятий, улучшит навыки работы в команде и поможет медицинским сестрам преодолеть страх перед экстренными и неотложными ситуациями.

ЗНАЧИМОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕЗИДЕНТУРЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ: «СКОРАЯ, НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ»

Югай Н.В., Мусаев Ю.М., Махатова В.К., Тажиева А.С., Ешимбетова Д.Д.
АО Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент МЗ РК

Концепцией реформирования медицинского и фармацевтического образования республики Казахстан определено, что повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников будет осуществляться в системе непрерывного профессионального развития (НПР). Это означает период образования или подготовки врачей, начинающийся после завершения базового (институт) и последующего (резидентура, магистратура, докторантура) медицинского образования.

Целью работы является – определение значимости и необходимости непрерывного образования в резидентуре по дисциплине: «Скорая, неотложная медицинская помощь в педиатрии».

Материал и методы. Согласно Государственного Стандарта медицинского образования Республики Казахстан подготовка врачей резидентов на нашей кафедре ПМСП-1 проводится по дисциплине: «SNPP, Скорая, неотложная медицинская помощь в педиатрии» на 4 кредита и 180 часов, из которых 12 часов лекций, 48 - часов на практические занятия, 60 часов на самостоятельную работу резидентов под руководством преподавателей (СРРП) и 60 часов на самостоятельную работу резидентов (СРР). В соответствии с типовым планом учебно – тематического плана дисциплины предусмотрены изучение вопросов организации работы скорой и неотложной

медицинской помощи детскому населению, алгоритмам диагностики и неотложной помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях, реанимационные мероприятия при клинической смерти. **Рекомендуется также основная и дополнительная современная литература с электронными ресурсами. Методами обучения и оценки являются чтения обзорно – обзорных и проблемных лекций, проведение практических занятий работой с врачами станции СМП и СРРП, СРР с ежедневной проверкой не менее десяти тестовых вопросов и 2-3 ситуационных задач. Запланированы также проверки портфолио, текущего, рубежного и итоговых контролей.**

Результатами работы при изучении данной дисциплины является достижения высокого качества послевузовского медицинского образования за счет предъявления обязательных высоких требований к уровню подготовки обучающихся в резидентуре по специальности «Педиатрия».

Выводы. В целом, в резидентуре врачи совершенствуют свои знания по неотложным состояниям в педиатрии с особым вниманием диагностических приемов и практических навыков, лечебных процедур, алгоритмам диагностики и неотложной помощи на догоспитальном этапе в экстренных случаях.

МЕДИЦИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

ЭКСТРАКЦИЯ КИСЛОРОДА КАК ТРИГГЕР К ГЕМОТРАНСФУЗИИ

Арынов А.А., Чурсин В.В.

Казахский медицинский университет непрерывного образования,
Алматы, Республика Казахстан

Ежегодно по всему миру проводится трансфузия более 100 миллионов доз только эритроцитосодержащих трансфузионных сред. Трансфузия эритроцитов занимает ведущее место в интенсивной терапии как острой анемии, так и при декомпенсации хронической анемии. При этом данный вид терапии сопряжен с высокими экономическими затратами и риском развития т.н. «трансфузионных» осложнений. В последние годы, снизилось количество осложнений, связанных с риском заражения реципиентов трансмиссивными инфекциями: вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией. Однако, процент неинфекционных осложнений, связанных с трансфузией донорских эритроцитов, остается крайне высоким. По данным American Association of Blood Banks, на каждые 60 доз эритроцитосодержащих сред приходится 1 фебрильная реакция, острое трансфузионное повреждение легких встречается с частотой 1 случай на 12000 доз проведенных трансфузий, в то время как случаи инфицирования вирусным гепатитом С после проведенной гемотрансфузии встречаются в соотношении 1:1149000 случаев. Данный факт свидетельствует об улучшении и усилении инфекционного контроля в трансфузиологии, но при этом также требует высоких экономических затрат для его обеспечения.

Частота анемий у пациентов в ОАРИТ обусловлена разнообразными причинами (перенесенное или продолжающиеся кровотечения, токсико-анемический синдром у онкологических пациентов, гемодилюция, поражение почек, алиментарные проблемы и т.п.) и варьирует по данным разных авторов от 25% до 70%.

В последние годы, стали выделять либеральную и рестриктивную (ограничительную) трансфузионные стратегии. Многочисленными рандомизированными исследованиями доказаны преимущества рестриктивной гемотрансфузионной стратегии, как в клиническом, так и в экономических аспектах. Более того, показано увеличение летальности при применении либерального подхода к трансфузиям эритроцитов. Однако, рядом авторитетных исследований доказано, что предоперационная анемия ухудшает клинические исходы, увеличивает длительность пребывания пациента в ОАРИТ и является независимым предиктором летального исхода. На результатах данных исследований построены протоколы и рекомендации по проведению трансфузионной терапии эритроцитосодержащих сред большинства развитых стран.

Основным триггером для принятия решения о проведении гемотрансфузии в большинстве рекомендаций является уровень гемоглобина. Не являются исключением и Казахстанские клинические рекомендации, изложенные в Приказе МЗ РК №666 от 26 июля 2012 года. «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».

В то же время преимуществом нашего нормативного документа является то, что в нем имеется указание на возможность использования уровня экстракции кислорода в качестве триггера для проведения гемотрансфузии. Данный метод был предложен американскими кардиохирургами и

его априори можно считать более объективным показателем, чем просто уровень гемоглобина, т.к. он основан на физиологических закономерностях. К сожалению, на практике лишь малая часть клиницистов ориентируется на данный показатель в своей повседневной деятельности, не понимая, что ключевой задачей гемотрансфузии является улучшение доставки кислорода к тканям, а не цифровое значение уровня гемоглобина.

В клинической практике зачастую один и тот же уровень гемоглобина, не может удовлетворить потребности в доставке кислорода у разных пациентов. Можно предположить, что это распространяется на группы пациентов с кардиоваскулярной патологией, с состояниями, приводящими к сдвигу кривой диссоциации оксигемоглобина.

Ряд международных рекомендаций предлагает ориентироваться на клинические признаки гемической гипоксии - гипотензия, тахикардия, тахипное. Но данные признаки обладают крайне низкой специфичностью, в особенности у паци-

ентов в тяжелом и критическом состояниях. Одним из лабораторных показателей гемической гипоксии является уровень экстракции кислорода. В мировой литературе зачастую для оценки данного показателя используют уровень сатурации смешанной (либо центральной) венозной крови, а также уровень лактата как показателя гемической гипоксии. Однако, оба данных показателя изменяются не только при развитии гемической гипоксии, но и при большинстве состояний у пациентов в ОАРИТ. Также использование изолированного показателя сатурации смешанной (либо центральной) венозной крови без оценки уровня артериальной оксигенации является не информативным, ведь снижение сатурации венозной крови возможно и при гипоксической гипоксии.

В итоге на данный момент в мировой трансфузионной практике отсутствуют методы, позволяющие подходить индивидуально и объективно к определению показаний к гемотрансфузии с позиций доставки кислорода. Это дает основания для дальнейших исследований в данном направлении.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ТРАХЕИ

Батырханов М.М.

PRIVATE CLINIC KZ, Алматы, Республика Казахстан

Стриктуры трахеи могут происходить от множества различных причин. Чаще встречаются посттравматические стриктуры, из них наибольшее количество ятрогенных постинтубационных и посттрахеостомических, обычно после длительной ИВЛ. При операциях на трахее возникают особые обстоятельства, а именно проблемы с проведением респираторной поддержки, которые требуют особого подхода со стороны анестезиолога. Высоочастотная ИВЛ в практике анестезиолога сделала доступной резекцию трахеи.

Исследования проведены у 17 пациентов со стенозом трахеи, которым произведена резекция трахеи с наложением анастомоза. Разработан комбинированный способ ИВЛ при резекциях трахеи. Начальный и заключительный этапы операции выполняют с применением традиционной ИВЛ, но через армированную интубационную трубку. После вводной анестезии производят интубацию трахеи армированной трубкой до участка стеноза и проводят традиционную ИВЛ. На основном этапе операции после резекции участка трахеи, когда необходимо длительное широкое вскрытие про-

света трахеи для наложения анастомоза в просвет армированной интубационной трубки проводится катетер ниже дистального отрезка трахеи и подключается ВЧ ИВЛ. Мобильность катетера позволяет в условиях комфортности для оперирующего хирурга адекватно за короткий промежуток времени наложить анастомоз. После наложения анастомоза армированную интубационную трубку продвигают за линию дистального анастомоза и завершают операцию в условиях традиционной ИВЛ. При сочетанной ИВЛ все основные показатели адекватности газообмена, центральной гемодинамики, гемодинамики малого круга кровообращения в течение всего операционного периода находились в пределах физиологически допустимых значений.

Таким образом, на всех этапах основного периода операции ВЧ ИВЛ обоих легких обеспечивает оптимальное состояние газообмена, центральной гемодинамики, а также создает комфортные условия для оперирующего хирурга и значительно сокращает время оперативного вмешательства.

СБЕРЕГАЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ОРДС: МНОГОУРОВНЕВАЯ ИВЛ

Бережной С.Г., Ревзин А.И., Говорова Н.В., Литвинов А.Е., Возная И.В.

БУЗОО «Клинический медико-хирургический центр», Омск, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения у пациентов с ОРДС путем применения берегающей многоуровневой вентиляции. Основная задача должна быть направлена на вовлечение в газообмен максимального количества дыхательных единиц и улучшение показателей газового состава крови, без применения агрессивного воздействия на апренхиму легких.

Материалы и методы. Многоуровневая вентиляция (MLV) сервовентилятором AURA (Chirana) проводилась 45 пациентам с ОРДС (I группа): параметры вентиляции при поступлении - Ppc 18-20 смH₂O, PEEP 8-10 смH₂O, F 14-18 в мин, PEEP_{high} 6-7 смH₂O, F (PEEP_{high}) – 7-9 в мин, FiO₂ ≤ 0,5-0,6. Во II группе (n=45) проводилась ИВЛ в режимах PC (Ppc 24-26 смH₂O, F 18-22 в мин, PEEP 12-16 смH₂O, FiO₂ - 0,6-0,7), IPPV, CMV: (Vt 0,55-0,65 л, F 18-22 в мин, FiO₂ - 0,6-0,7). В обеих группах при поступлении отмечены выраженные изменения показателей газового состава крови и механических свойств: тяжелые гипоксия и гиперкапния, значительное повышением альвеоло-артериального градиента кислорода (AaDO₂) и фракции внутрилегочного шунтирования.

Результаты. В результате применения MLV было достигнуто стойкое улучшение артериальной оксигенации. В течение первых двух суток от начала MLV в I группе отмечался рост PaO₂, повышение PaO₂/FiO₂, улучшились показатели механических свойств легких (статический ком-

плайнт и сопротивление дыхательных путей, временная константа). Уровень шунта снизился вдвое уже к началу 3-х суток MLV, к 4-5 суткам более 75% пациентов I группы имели уровень шунтирования, близкий к физиологическим значениям (4-8%). Во II группе показатели существенно не изменялись, уровень шунта, в основном, составлял 15-20%. Получены достоверные статистические данные о положительной динамике показателей газового состава крови к концу 2 суток применения MLV: рост PaO₂, концентрации кислорода, снижение показателей AaDO₂, респираторного индекса (RI), нормализация pCO₂. Изменения механики легких характеризовались повышением торакпульмонального комплайенса и снижением резистентности дыхательных путей, увеличением временной константы. Состояние пациентов с MLV достоверно улучшалось, что подтверждается положительной динамикой оценок по международным шкалам (SOFA, LIS). 28-и суточная летальность в I группе составила 29,41%, во II группе – 55,88%.

Заключение. У пациентов с тяжелым ОРДС респираторная поддержка с использованием многоуровневой вентиляции приводит к существенному улучшению газового состава крови и показателей механических свойств легких. Использование MLV позволяет сократить длительность вентиляции и пребывания в ОРИТ, повысить выживаемость пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Васильев Д.В.

Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Республика Казахстан

У пациентов с развившейся внебольничной пневмонией, как правило, поражаются одновременно оба лёгких, несмотря на первоначальные результаты инструментального обследования, указывающих на поражение одного из них. Выключение большей части лёгких из процесса дыхания быстро приводит к развитию тяжелой дыхательной недостаточности, как правило, к концу первых – в течение вторых суток заболевания.

Цель работы: оптимизация параметров принудительной вентиляционной поддержки (ПВП) у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией.

Материал и методы. Произведен анализ параметров респираторной поддержки и газов крови у 8 пациентов (7 женщин, 1 мужчина, средний возраст $41,0 \pm 2,3$ года) с двусторонней внебольничной пневмонией. Показанием к принудительному респираторному протезированию служили клинические признаки (тахипноэ, цианоз, истощение дыхательной мускулатуры) и результаты инструментального обследования (снижение сатурации крови (SpO_2) ниже 90%, PaO_2 ниже 80 мм рт.ст., увеличение $PaCO_2$ свыше 45 мм рт.ст.). Замещение попыток неэффективного спонтанного дыхания пациентов проводилось посредством режимов (S)CMV (n=3) и PSIMV (n=5) с исходными параметрами нормовентиляции.

Результаты. Создание достаточно высокого инспираторного потока кислоро-

до-воздушной смеси в 70-75 л/мин (при проведении принудительной вентиляции) посредством установки давления поддержки (P_{supp}) до значений в 19-22 см вод.ст., положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) до 5-7 см вод.ст., частоты дыхания (ЧД) 12-14/мин, соотношении вдох:выдох (I:E) 1:2,0 (2,2) способствовало созданию достаточно комфортных условий для всех пациентов в течение продолжительного периода ПВП (более 48 часов), не требующих медикаментозной синхронизации с респиратором.

В случаях, когда выше соблюдаемые условия вентиляции, тем не менее, вновь сопровождались дыхательным дискомфортом (n=3), увеличением P_{supp} до 25-27 см вод.ст. и, следовательно, скорости инспираторного потока до 80-83 л/мин, увеличением продолжительности вдоха до 1:1,3 (1,4) удавалось оптимизировать/восстановить оптимальный для пациента режим вентиляции и достичь оптимальных условий комфорта в рамках вентиляционной поддержки.

Заключение. Ключевыми параметрами для синхронизации пациентов с внебольничной пневмонией с принудительной респираторной поддержкой могут служить скорость инспираторного потока (регулируемая посредством давления поддержки при вентиляции с контролем по объёму), оптимизация соотношения вдох/выдох и установка оптимальной величины ПДКВ.

РЕМАКСОЛ – СОВРЕМЕННЫЙ ГЕПАТОПРОТЕКТОР

Войновский Ю.В.

ГКП на ПХВ Алматинский региональный онкологический диспансер,
Алматы, Республика Казахстан

Комплексный инфузионный антиоксидант-гепатопротектор ремаксол относится к сукцинатсодержащим препаратам, фармакодинамическое действие которого базируется на его многокомпонентном составе (янтарная кислота, N-метил-глутамин, рибоксин, метионин, никотинамид, натрия хлорид, калия хлорид, магния хлорид, натрия гидроксид, вода). Создателям препарата удалось синтезировать стабильную инфузионную лекарственную форму, содержащую метионин и сукцинат в одном растворе. Ремаксол – препарат, сочетающий свойства сбалансированного полиионного раствора, антигипоксанта и гепатотропного средства. Антигипоксический эффект ремаксола обеспечивает активацию процессов синтеза в гепатоцитах и поддержание их энергетического обеспечения (Оковитый С.В. и соавт., 2012).

В настоящее время накоплен положительный опыт клинического применения препарата при следующих состояниях: хронические гепатиты В и С (Сологуб Т.В. и соавт., 2010), механическая желтуха различного генеза (Яковлев А.Ю. и соавт., 2013), алкогольная интоксикация (Шикалова И.А., и соавт., 2010), печёночная энцефалопатия (Афанасьев В.В., 2010), отравления гепатотропными ядами (Батоциренов Б.И., 2009), при длительном приёме потенциально гепатотоксических препаратов (Суханов Д.С. и соавт., 2009).

При включении ремаксола в терапию острых отравлений этанолом на фоне хронического алкоголизма в сравнении с адеметионином частота развития алкогольного делирия уменьшается с 30% до

10 %, длительность пребывания в ОРИТ снижается с 7,3 до 5,6 суток, длительность пребывания в стационаре с 11,8 до 9,0 суток (Шилов В.В. и соавт., 2012). При применении ремаксола у больных гепатитами В и С частотой регистрации клинических проявлений в 1,7 раза меньше в группе ремаксола по сравнению с плацебо на фоне базовой терапии. Частота общей и прямой гипербилирубинемии в группе ремаксола в 2 и 1,6 раза меньше по сравнению с плацебо на фоне базовой терапии (Сологуб Т.В. и соавт., 2010). Выраженный гепатотропный эффект ремаксола подтверждается снижением уровня показателей цитолиза (АлТ и АсТ) на 12 день терапии у пациентов при неалкогольной жировой болезни печени в основной группе на 33 и 39% против 18 и 30% в контроле (Стельмах В.В. и соавт., 2014). Особое место занимает ремаксол в онкологии, особенно при химиотерапии. Частота токсических гепатитов после проведения химиотерапии составляет 41%, при применении эссенциале 17,5%, а не фоне ремаксола- 11,1% (Черенков В.Г. и соавт. 2013). Ремаксол не оказывает влияния на рост и метастазирование изученных экспериментальных опухолей (карцинома легкого, карцинома Эрлиха, саркома, лимфоцитарная лейкемия), что свидетельствует о безопасности применения препарата у больных со злокачественными опухолями, не снижает противоопухолевого действия. Безопасность ремаксола, его выраженные гепатопротекторные и детоксицирующие свойства делают препарат перспективным средством для применения у больных со злокачественными новообразованиями.

БЕТА-БЛОКАТОР МЕТОПРОЛОЛ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Войновский Ю.В.

ГКП на ПХВ Алматинский региональный онкологический диспансер, Алматы,
Республика Казахстан

Активация симпатoadреналовой системы в течение периоперационного периода ведёт к нарастанию числа сердечных сокращений и повышению артериального давления, что увеличивает потребность миокарда в кислороде и провоцирует развитие ишемии миокарда (Mangano D.T., 1990). С увеличением в последнее время количества, объёма и длительности оперативных вмешательств в онкологии у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, эта проблема становится особенно актуальной. Анестезиологу в онкологической клинике приходится чаще сталкиваться с гипердинамической реакцией кровообращения (ГРК), чем в общей хирургической в связи с повышенной эмоциональной лабильностью онкобольных (Русина Н.А., 2011).

ГРК обычно купируют повышением дозировок вводимых анестетиков, что патогенетически не обосновано. В настоящее время для купирования периоперационной тахикардии и гипертензии применяются нитраты, антагонисты кальция и бета-блокаторы. Нитраты эффективно купируют гипертензию, но вызывают тахикардию, снижают диастолическое давление, ответственное за коронарный кровоток, вызывая «синдром обкрадывания». Антагонисты ионов кальция оказывают выраженное гипотензивное действие, однако у онкобольных, в большинстве своём имеющих исходную гиповолемию, могут способствовать развитию тяжёлой гипотонии.

Бета-блокаторы блокируют β-адренорецепторы, снижая эффекты катехоламинов, оказывая отрицательный хронотропный эффект. При снижении частоты сердеч-

ных сокращений уменьшается потребление кислорода миокардом. С появления в Республике Казахстан инъекционной формы метопролола (беталок®, AstraZeneca), стало возможным корректировать ГРК в периоперационном периоде на современном уровне. В периоперационном периоде метопролол применяется в следующих случаях: исходная гипертензия и тахикардия у эмоционально лабильных больных, профилактика ГРК при отмене таблетированных β-адреноблокаторов, ГРК при вводимой анестезии и интубации трахеи и в ответ на нахождение в дыхательных путях интубационной трубки. Колебания гемодинамики при вводимой анестезии и интубации не всегда коррелируют с уровнем анестезии, а зависят от индивидуальных особенностей компенсаторно-приспособительных реакций (Capuzzo M., 2010, White P.F., 1998).

Цель исследования. Оценить эффективность метопролола (формы для внутривенного введения) при проведении анестезиологического пособия у онкохирургических больных с гипердинамической реакцией системы кровообращения.

Материалы и методы. В Алматинском региональном онкологическом диспансере метопролол применялся у 16 пациентов. Возраст больных от 36 до 76 лет. Женщин было 10 (62,5%), мужчин 6 (37,5%). Четверо больных (25%) получали в течение длительного времени таблетированный метопролол. Все больные в данном наблюдении имели сопутствующую патологию. Большинство больных (87,5%) имели сочетание двух и более сопутствующих заболеваний. Девять больных (56,25%), несмотря на проведённую подготовку (атадекс 50мг внутрь перед сном) и премедикацию,

(промедол 20мг, димедрол 10мг, диазепам 10мг) при поступлении в операционную отмечалась ГРК. У 7 пациентов (43,75%) отмечалась ГРК после вводной анестезии и интубации при исходной нормодинамике. У одной больной (6,25%), до операции, получавшей метопролол в таблетках, отмечалась и исходная ГРК и ГРК после интубации. Метопролол применялся при систолическом АД 160 мм.рт.ст и выше и Р 106 ударов в минуту и выше. Разведённый метопролол (1мг препарата +9 мл 0,9% натрия хлорида) вводился дробно по 0,2-0,5 мг до достижения целевых показателей давления и пульса, т.е. снижение Р до 80-90 уд. в минуту и систолического АД до 120-130 мм.рт.ст.

Результаты. Средний расход препарата составил 2,2 мг (рекомендуемая средняя доза 10-15мг, максимальная доза составляет 20мг). У двух пациентов с исходной

ишемией миокарда отрицательной ЭКГ динамики не отмечено. Анестезиологическое пособие после применения метопролола отличалось стабильностью показателей гемодинамики на фоне применения расчётных дозировок анестетиков. Контрольная группа больных отсутствует, поскольку на рынке Республики Казахстан нет инъекционной формы препарата с аналогичными или близкими свойствами.

Заключение. β¹-адреноблокатор метопролол в инъекционной форме позволяет эффективно снимать ГРК в периоперационном периоде, обусловленную высокой эмоциональной лабильностью пациентов, отменой β-адреноблокаторов перед операцией, манипуляциями при вводной анестезии и интубации трахеи. Применение препарата позволяет надёжно контролировать ЧСС, предотвращает и купирует коронарную недостаточность.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМ БЛОКОМ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Абдымолдаева Ж.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
Республика Казахстан

Правильное, адекватное обеспечение мышечной релаксации на различных этапах операции и анестезии, а также своевременное и полное устранение остаточного нейромышечного блока (НМБ) по их окончании, значимо влияют на безопасность, качество и конечный результат хирургического лечения. Внедрение в повседневную клиническую практику современных миорелаксантов с оптимизированным фармакокинетическим профилем позволило упростить работу с данным компонентом анестезии сделать его безопаснее для пациентов. Вместе с тем, современные миорелаксанты не дают возможности полного управления НМБ, что подразумевало бы возможность быстро и прогнозируемо из-

менять глубину нейромышечной блокады в зависимости от ситуации на операционном столе.

Материалы и методы. 36 пациентов, которые оперировались в отделении хирургии БСНМП за период с 10.01.2018 по 1.05.2018. с хирургической патологией, по поводу ЖКБ, абдоминальной грыжи в экстренном порядке.

Результаты. Обеспечение неподвижности пациента с помощью миоплегии важно при проведении многих типов оперативных вмешательств, включая операции на открытой брюшной полости, лапароскопические операции на органах брюшной полости и полости грудной клетки. В ходе

оперативных вмешательств, иногда на разных этапах одного оперативного вмешательства, требуется разная глубина НМБ. В настоящее время поддержание НМБ во время операции осуществляют путем фракционного болюсного введения миорелаксантов, нередко в субоптимальных дозах. При этом НМБ на протяжении операции имеет различную глубину, часто недостаточную, чтобы создать оптимальные условия для хирургического вмешательства. Особенно хорошая миорелаксация нужна при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости из-за глубокого расположения оперируемых структур, близкого расположения диафрагмы, высокой рефлексогенности и риска повреждения хирургическими инструментами при внезапных движениях пациента. Несмотря на все сложности, по окончании анестезии, если нет показаний к продленной ИВЛ, необходимо добиться

полного восстановления нейромышечной передачи у пациента. Особое внимание следует уделять пациентам с дополнительной слабостью дыхательной мускулатуры, поскольку такие операции вызывают ограничение и затруднение самостоятельного дыхания.

Таким образом, при изначально запланированном длительном вмешательстве предпочтение следует отдавать миорелаксантам средней продолжительности действия (рокуронию). С учетом необходимости быстрого и надежного восстановления мышечного тонуса предпочтительным является сочетание рокурония и сугамма-декса. В целях безопасности пациента для обеспечения его неподвижности и исключения кашля, рефлекторных движений во время операции, показано поддержание НМБ под контролем объективного мониторинга.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА INVOS™ МОНИТОР ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Абдымолдаева Ж.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Несмотря на современные технологические возможности, динамическая неврологическая оценка продолжает оставаться одним из наиболее простых и важных способов оценки адекватности интенсивной терапии. Более того, данные инструментальных методов всегда должны рассматриваться только в сопоставлении с клинической картиной. Нарастание степени угнетения сознания, глубины двигательных и тонических расстройств, увеличение числа симптомов «выпадения» черепно-мозговых нервов (ЧМН) отражает неэффективность терапии. Нейромониторинг рассматривается в широком понятии, включая динамическую оценку невроло-

гического статуса, дискретное или непрерывное использование электрофизиологических, биохимических, ультразвуковых, рентгеновских, изотопных и других методов.

Материалы и методы. Invos-измерения проводятся с целью определения степени оксигенации ЦНС, то есть проводится нейромониторинг состояния коры головного мозга с одномоментной оценкой степени тканевой регионарной оксигенации по данным насыщения Hb кислородом сосудов внутренних органов

«Invos» позволяет измерять оксигенацию коры головного мозга, внутренних органов или конечностей а) одновременно,

б) неинвазивно, в) непрерывно, г) в режиме реального времени с системой записи и хранения данных

Результаты. Проведен нейромониторинг 22 пациентов с геморрагическим и ишемическим инсультами в отделении реанимации БСНП г. Алматы, поступивших за период с 12 апреля по 25 мая 2018 года. Применение монитора INVOS позволило своевременно внести коррекцию в проведении интенсивной терапии тяжелой категории пациентов с инсультами. Проведение нейромониторинга в динамике автоматически проводило анализ оксигенации ЦНС, состояния коры головного мозга с одномоментной оценкой степени тканевой регионарной оксигенации по данным насыщения Hb кислородом сосудов внутренних органов. Это не позволило снизить rSO2 ниже порогового значения на 25%. Коррекция инотропной поддержки по данным ЦОМ в сочетании с другими данными нейромониторинга. Показанием к назначению симпатомиметиков служило как устранение первичной гипотензии для стабилизации церебрального перфузионного давления,

так и повышение значений «нормального» артериального давления для улучшения перфузии головного мозга. Проведенное исследование показало, что применение ЦОМ делает использование симпатомиметиков у пациентов с внутричерепными кровоизлияниями безопасным методом экстренного восстановления и поддержания мозгового кровотока, не сопровождающимся нарастанием ВЧД. Выполненные исследования позволили существенно повысить уровень реанимационного обеспечения больных с нейрохирургической патологией. Все пациенты, которым проводился нейромониторинг были успешно переведены в нейроинсультное отделение для дальнейшей терапии и реабилитации.

Таким образом, применение церебральной оксиметрии в комплексе нейромониторинга позволило скорректировать показания к проведению искусственной вентиляции лёгких и позволило более корректно прекращать ИВЛ, что привело к уменьшению длительности гипоксии головного мозга и мониторинга состояния пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Исраилова В.К., Айткожин Г.К., Абдымолдаева Ж.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, кафедра хирургических болезней №2, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Кровотечение при заболеваниях пищевода, как одна из частых причин желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), составляет сравнительно небольшой процент от общего их числа, но по тяжести и неблагоприятному прогнозу занимает одно из первых мест. На долю кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода приходится 3,9-6,2% от общего числа ЖКК.

Материал и методы исследования. Используя данные литературы и собственных клинических наблюдений (138/100% больных) в отделении реанимации БСМП г. Алматы в период с 01.01.2017 по 01.06.2017 г., нами выделены следующие основные этиологические факторы возникновения кровотечений из ВРВП: 1) рост величины ПГ вследствие «внутреннего портального криза» при активном гепатите (109/79%; 2) пептический фактор (рефлюкс-эзофагит на фоне высокой кислотности) - 30/22%; 3) выраженные нарушения свертывающей системы крови вследствие исходного заболевания печени (обуславливают длительность и массивность кровотечений) в сочетании с эрозивным эзофагитом - 77/56,7%; 4) синдром Меллори-Вейсса 35/26%; 5) запоры (напряженная дефекация) - 10/7%; 6) удары в область солнечного сплетения - 2/1,2%; 7) сильный кашель - 5/3,7%; 8) серьезные эмоциональные и физические перегрузки, обильный прием пищи - 19/14%; 9) эрозирование слизистой ввиду длительного приема глюкокортикостероидов, НПВС (аспирина, индометацина и др.) - 2/1,2%; 10) ранение стенки вены проглоченным инородным телом (рыбья кость и т. д.) - 1/0,7%. ФЭГДС позволяет визуализировать источник даже во время продолжающегося кровотечения. Рентгеноскопия пищевода и желудка, УЗИ, другие методы

не всегда доступны и возможны только после окончательной остановки кровотечения из ВРВП.

Результаты исследования и их обсуждение. Как правило, кровотечение из ВРВП начинается остро, отличается массивностью и сопровождается различной степени тяжести геморрагическим шоком. Основными задачами лечения данного вида кровотечений являются: 1) окончательная остановка кровотечения; 2) ликвидация гиповолемии и полноценное восполнение кровопотери, коррекция системы гемокоагуляции; 3) предотвращение универсальной печеночной недостаточности; 4) профилактика рецидивов кровотечения. Медикаментозное гемостатическое воздействие у больных с синдромом ПГ преследует следующие главные цели: 1) снижение давления в системе воротной вены; 2) повышение свертывающего потенциала, блокирование патологического фибринолиза. Мы применяли синтетический полипептид - **реместип (терлипрессин)**, который после введения в/в в организме превращается в липрессин, являющийся синтетическим аналогом вазопрессина. Вводится по 2-6 мл, в зависимости от тяжести кровотечения, внутривенно каждые 6-8 часов до окончательной остановки кровотечения. Применялся у 16 больных, у 12 из них - успешная окончательная остановка кровотечения. Также перспективно применение синтетического полипептида - стиламина (соматостатина). Таким образом, применение реместипа и стиламина в сочетании с общепринятой гемостатической терапией позволяет на 25-30% увеличить эффективность проводимого лечения и существенно улучшает результаты лечения и способствует профилактике его рецидивов.

АЛГОРИТМ АДЕКВАТНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЕТОМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (АБР) В ОАРИТ ГБСНП, ГКБ 4, ГКБ 7 Г.АЛМАТЫ

Исраилова В. К.1, Айткожин Г. К.2, Русланулы К.2, Калиакбарова М., Маханбетхан Ш.Ш.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, кафедра хирургических болезней №3, с курсом сердечно-сосудистой хирургии, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Одной из глобальных проблем общественного здравоохранения во всем мире является, усиливающаяся с каждым годом, устойчивость к антибактериальным препаратам. Резистентность к антибактериальным препаратам (АП) является глобальной проблемой здравоохранения с экономическими, социальными и политическими последствиями. В Казахстане разрабатывается программа осуществляющая контроль и надзор в выборе антибактериальных препаратов. В ЕС ежегодные экономические потери в связи с множественной лекарственной устойчивостью бактерий оцениваются примерно в 1,5 млрд. евро.

Цель: Оптимизировать антибиотикопрофилактику и эмпирическую антибиотикотерапию с учетом резистентности антибиотиков в ОАРИТ и отделениях хирургии при хирургическом лечении.

Материалы и методы исследования. На основании данных ретроспективного анализа бак. посевов на антибиотикорезистентность у 700 пациентов с экстренными хирургическими заболеваниями в ОАРИТ в ГБСНП, ГКБ 4, ГКБ 7 за 2017 год проводилась статистическая обработка для определения резистентных штаммов возбудителей инфекции, применяя современные компьютерные программы, такие как SPSS, MS Excel, STADIA.

Результаты и обсуждения. Исследовательской группой предполагается разработка алгоритма эффективной и адекватной антибиотикотерапии при лечении пациентов с хирургической инфекцией с учетом антибиотикорезистентности.

Полученные предварительные результаты данных по бактериологическим посевам и антибиотикочувствительности в отделениях хирургии и ОАРИТ привело к смене стартовой эмпирической антибактериальной терапии. При предварительном анализе полученных данных по результатам посевов были получены в 22% грамположительные бактерии (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp.), в 54% грамотрицательные бактерии (*E.Coli*, *Enterobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa*). И стартовую эмпирическую антибактериальную терапию начинали по определенным результатам резистентности в ОАРИТ и отделении хирургии. При анализе результативности в лечении в двух группах пациентов с учетом резистентности и без учета показали, что в группе пациентов в которой проводили стартовую терапию с учетом резистентности, отмечалось более раннее клиническое улучшение и показателей лабораторных данных: эффективность адекватной эмпирической антибиотикотерапии 81% в группе с учетом резистентности и 57% в контрольной группе, осложнение и смертность достигало 7% и 16% соответственно.

Выводы. Для успешного лечения пациентов с хирургической инфекцией необходимо начинать эмпирическую антибактери-

альную терапию с учетом резистентности бактерий конкретно в каждом стационаре и отделениях ОАРИТ и хирургии.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Кулембаева А.Б., Миербеков Е.М., Батырханова Н.М., Аташева А.А.
«Городской ревматологический центр», г. Алматы*

Системная красная волчанка (СКВ) — системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органоспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов. Схематически патогенез СКВ можно представить, как комплексное воздействие генетических, гормональных и иммунорегуляторных факторов, направленное на продукцию антител В-лимфоцитами. Характерная особенность СКВ — это многообразие клинических проявлений и вариантов болезни.

При СКВ аутоиммунную тепловую гемолитическую анемию отмечают у 10% больных и, как правило, ассоциируют с развитием антифосфолипидного синдрома (АФС) и поражением почек. Необходимо иметь в виду, что некоторые препараты, используемые для лечения СКВ, такие, как делагил, плаквинил, сульфасалазин и другие, могут вызвать гемолиз, особенно у лиц с наследственным дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (по данным академика Насоновой Е.Л., 2010 г., Москва).

Ярким примером полиморфизма при аутоиммунных заболеваниях является представленный клинический случай: пациентка Б., 40 лет, с диагнозом — СКВ с поражением кожи и ее придатков (эритема по типу «бабочки», гипер и депигментация кожи, сухость, атрофия, диффузная

алопеция), сосудов (синдром Рейно), костно-мышечной системы (ревматоидноподобный артрит НФС 2), легких (волчаночный пневмонит, ДН 0-1), сердца (кардит, НК 1), почек (нефропатия, ХБП 1 СКФ 148 мл/мин), желудочно-кишечного тракта (гастрит, эзофагопатия), позитивность по АНА. Хроническая анемия смешанного генеза (В12-дефицитная анемия и вторичная гемолитическая анемия) тяжелой степени. АФС. Острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечностей. Особенностью представленного клинического случая является развитие реакции панагглютинации, в результате группа крови пациентки, при ее определении, стала АВ (IV), резус фактор — положительный, хотя ранее у пациентки группа крови была О (I), резус фактор — положительный и проводили трансфузию трех доз эритроцитсодержащих компонентов (ЭКК). Также у пациентки отмечался внутрисосудистый гемолиз, на фоне активности основного аутоиммунного заболевания, о чем свидетельствовала реакция агглютинации между отмытыми эритроцитами пациентки и ее сывороткой. В дальнейшем, при появлении клинических признаков декомпенсации хронической анемии, проведены трансфузии двух доз ЭКК группа крови О (I), резус фактор отрицательный, которые были индивидуально подобраны в «Городском центре крови» («ГЦК»), у пациентки группа крови не идентифицировалась. В динамике, после проведенной комплексной патогенетической терапии, отмечалась положительная

динамика и нормализация клинико-лабораторных параметров. При выписке пациентки — группа крови О (I), резус фактор положительный.

Таким образом, данный клинический случай продемонстрировал, что у паци-

ентов с аутоиммунными заболеваниями существует высокий риск развития трансфузионных осложнений. Поэтому при проведении трансфузионной терапии, необходимо соблюдение всех мероприятий, которые обеспечивают ее безопасность.

РИСК РАЗВИТИЯ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Кулембаева А.Б., Миербеков Е.М., Батырханова Н.М., Жалгасбекова Ж.Ж.
«Городской ревматологический центр», г. Алматы*

Гранулематоз Вегенера — гранулематозное воспаление респираторного тракта и некротизирующий васкулит, поражающий мелкие и средние сосуды (капилляры, венулы, артериолы, артерии), обычно сочетающийся с некротизирующим гломеруло-нефритом.

Поражение почек обычно вызывает протеинурию, гематурию, нарушение их функции. В некоторых случаях наблюдают быстро прогрессирующее течение воспалительного процесса в почках, который при отсутствии лечения в течение полугода от его начала приводит к смерти больного. Даже на фоне адекватной терапии более чем у 40% больных с гранулематозом Вегенера развивается хроническая почечная недостаточность, требующая гемодиализа или трансплантации почки (по данным академика Насоновой Е.Л., 2010 г., Москва).

Представляем клинический случай, демонстрирующий вероятность высокого риска развития посттрансфузионных осложнений у пациентов с аутоиммунными заболеваниями. Пациент Д., 52 лет, с диагнозом — Системный васкулит: Гранулематоз с полиангиитом, высокой степени активности, с поражением кожи (геморрагические высыпания) и слизистых (гранулематозные образования), суставов (олигоартрит, НФС 1), ЛОР органов (гаймороэтомидит), почек (гломерулонефрит,

ХБП 4, СКФ 24 мл/мин/1,73 м² MDRD), легких (бронхопневмония, ДН 1), поражением мышц (миалгия). Хроническая анемия, смешанного генеза, тяжелой степени.

Показания к трансфузии: гемоглобин — 67 г/л, нарастающая слабость, одышка в покое, тахипноэ до 22-24 в 1 минуту, тахикардия — 120 в 1 минуту. Проведена трансфузия одной дозы эритроцитарной взвеси О (I), резус фактор положительный. До трансфузии проведены пробы на совместимость, проба на гемолиз из гемакона. Проводился мониторинг до, во время и после трансфузии. Первая порция мочи после трансфузии — светло-желтого цвета, суточный диурез самостоятельный, составил 1500 мл. На следующие сутки после трансфузии, стали беспокоить ноющие боли в поясничной области, больше слева, цвет мочи стал темным. Данное ухудшение было расценено, как возможное посттрансфузионное осложнение — гемолиз. Были проведены следующие диагностические и лечебные мероприятия: кровь на гемолиз — отрицательная; моча на свободный гемоглобин — положительная; анализ мочи по Нечипоренко — усиление гематурии; мочевины и креатинина положительная динамика (снижение исходно повышенных показателей); уровень калия и параметры кислотно-щелочного равновесия в пределах нормативных значений, УЗИ почек в

динамике — признаки нефропатии слева, консультация нефролога — данных за острое повреждение почек нет; проведена инфузионная терапия и стимуляция диуреза. В динамике общее состояние, клинико-лабораторная картина нормализовались. Данная ситуация была расценена, как усугубление нефритического синдрома, обусловленного основным аутоиммунным заболеванием, и не связана с посттрансфузионным осложнением.

Таким образом, риск развития возможных посттрансфузионных реакций у паци-

ентов с системными заболеваниями очень высок, в связи с вовлечением в патологический процесс почек. И поэтому, необходимо соблюдение всех мероприятий, согласно Приказу МЗ РК от 10.10.2017 г. №756 о внесении изменений и дополнений в приказ №666 «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, н, реализации крови и ее компонентов и препаратов», которые позволяют снизить риски возможных трансфузионных осложнений при переливании эритроцитсодержащих компонентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАПНОМЕТРИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Ким С.И., Васильев Д.В., Омаров Т.С.

КГП «Областной медицинский центр», Караганда, Республика Казахстан

Применение при лапароскопических операциях напряженного карбоксипневмоперитонеума, влечет за собой ряд побочных патофизиологических последствий. Инсуффляция углекислого газа (CO₂) обеспечивает идеальное операционное пространство, но в то же время приводит к увеличению внутрибрюшного давления с компрессией крупных венозных сосудов, поджатием диафрагмы и уменьшению дыхательного объема. Резорбция углекислого газа увеличивает уровень парциального давления углекислого газа (pCO₂) в артериальной и венозной крови. Накапливающийся в крови газ может способствовать развитию гиперкапнии и ацидоза, оказывая отрицательное воздействие на состояние сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и мочевыделительной систем. В связи с этим необходима своевременная коррекция изменений капнометрии посредством респираторной поддержки, во избежание различных осложнений.

Цель исследования: оценка динамики показателей капнометрии для своевременной коррекции респираторной поддержки.

Материалы и методы: объектом исследования явились 100 пациентов отделений хирургического и гинекологического профиля, которым в период с января по июнь 2018 года проводились лапароскопические хирургические вмешательства. У всех пациентов проводилась тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) и миорелаксацией. На индукцию в анестезию и интубацию трахеи использовались пропофол в дозе 2 мг/кг массы тела и недеполяризующий миорелаксант — эсмерон в дозе 0,6 мг/кг массы тела. Последующая анестезия проводилась пропофолом через перфузор со скоростью 3-6 мг/кг/час и болюсным введением фентанила в дозе 0,7-2,5 мкг/кг массы тела. Искусственная вентиляция легких, капнометрия и капнография проводилась наркозно-дыхательной системой Mindray A5, мониторинг основных показателей модульной системой BeneVision T6.

Результаты: У всех пациентов до начала индукции и интубации, на самостоятельном дыхании показатели давления углекислого газа на выдохе (EtCO₂) нахо-

дились в пределах 36±4,1 мм рт. ст в среднем. После интубации трахеи и перевода пациентов на ИВЛ в режиме SIMV-VC, с параметрами дыхания с учетом физиологических особенностей пациента, показатель EtCO₂ находился в пределах 36±1,4 мм рт. ст, пиковое давление в среднем 12-17 см вод.ст. После создания искусственного напряженного пневмоперитонеума с CO₂ у 80% пациентов (n=80) наблюдалась повышение EtCO₂ до 44±3,2 мм рт.ст, повышение пикового давления в дыхательных путях, в среднем, до 22-24 см вод.ст. Этим пациентам проводилась коррекция параметров респираторной поддержки путем создания режима гипервентиляции, увеличением частоты дыхания (ЧД), в среднем, с 12-14 до 20±4. Увеличивали ПДКВ на 3-5 см вод. ст с целью профилактики развития аутоПДКВ. По возможности менялось по-

ложение больного, а именно поднятие головного конца стола, для опущения уровня диафрагмы и снижения внутригрудного давления. После коррекции параметров вентиляции и положения тела больного, отмечалось снижение показателей EtCO₂, в среднем, на 9% и пикового давления, в среднем, на 18%.

Заключение.

1. При проведении лапароскопических операций у подавляющего количества пациентов наблюдается рост показателей EtCO₂. Данное изменение сопровождается также ростом пикового давления в дыхательных путях.

2. Коррекцию уровня EtCO₂ можно считать эффективной путем увеличения частоты дыхания, увеличения ПДКВ, изменения положения тела больного с поднятием головного конца.

ЛЕВОСИМЕНДАН: КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ.

Мирсалиев М., Чурсин В.В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазМУНО, Алматы, Республика Казахстан

Целью настоящей работы является обзор клинических исследований, рассмотрение практического применения и дальнейших перспектив использования левосимендана. Задачи исследования: сравнить результаты исследований из наиболее авторитетных изданий. Оценить перспективы применения вне кардиохирургических ситуаций.

Методы исследования: метаанализ, объединить результаты нескольких авторитетных исследований, провести статистические параллели. Левосимендан — инодилататор, разработанный для внутривенного применения у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсированной сердечной недостаточностью (ОДСН). Фармакологические действия левосимендана включают: а) повышение сократимости сердца благодаря сенситизации тропонина

С к кальцию; б) вазодилатацию вследствие открытия калиевых каналов саркоплазматической мембраны в гладкомышечных клетках сосудов; в) кардиопротекцию благодаря открытию митохондриальных калиевых каналов в кардиомиоцитах. Исследование LIDO. Левосимендан сравнивали с добутамином в двойном слепом рандомизированном исследовании в параллельных группах у 203 пациентов с сердечной недостаточностью ишемической или неишемической этиологии со сниженным сердечным выбросом, которые нуждались в катетеризации правой половины сердца и внутривенном лечении инотропным препаратом. Безопасность левосимендана при левожелудочковой недостаточности как осложнении острого инфаркта миокарда изу-

чали в плацебоконтролируемом двойном слепом рандомизированном исследовании RUSSLAN в параллельных группах у 504 пациентов, включенных в исследование в течение 5 дней после инфаркта миокарда. В исследованиях REVIVE I и REVIVE II оценивали влияние левосимендана на тяжесть симптомов сердечной недостаточности по комбинированной конечной точке, включавшей субъективную оценку пациентом тяжести симптомов (через 6 и 24 ч и 5 дней) и признаки ухудшения состояния (включая смерть пациента) в течение 5 дней после начала 24-часовой инфузии препарата. Двойное слепое рандомизированное исследование, включавшее 1327 пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью с систолической дисфункцией, в котором сравнивали влияние левосимендана и добутамина на смертность. По данным исследования REVIVE, левосимендан значительно снижает АД в сравнении с плацебо. Согласно инструкции по медицинскому применению левосимендан следует применять с осторожностью у пациентов с низким исходным систолическим или диастолическим АД, а также при риске развития гипотензии. В исследовании LIDO оценивали смертность в течение 31 дня как дополнительный показатель эффективности. За этот период умерло 8% пациентов в группе левосимендана и 17% пациентов в группе добутамина ($p = 0,049$). Период последующего наблюдения ретроспективно увеличили до 180 дней, за это время соответствующие показатели составили 26% в группе левосимендана и 38% в группе добутамина ($p = 0,029$).

Также способом оценки влияния лекарственного препарата на смертность и заболеваемость является определение числа дней, в течение которых пациент жив и не находится в стационаре, за период последующего наблюдения. При ретроспектив-

ном анализе за период 180 дней в исследовании LIDO число дней, когда пациент оставался жив и не пребывал в стационаре, было значительно больше в группе левосимендана, чем в группе добутамина (медиана 157 и 133 дня соответственно; $p = 0,027$). В исследовании REVIVE II средняя продолжительность первичной госпитализации в группе левосимендана была почти на 2 дня короче (7 дней), чем в группе плацебо (8,9 дня). Метаанализ, проведенный G. Landoni et al. для оценки смертности при применении левосимендана, включал 17 исследований в области кардиохирургии с участием 1233 пациентов. Левосимендан значительно снижал смертность у пациентов, перенесших кардиохирургические вмешательства (5,8% против 12,9% в контрольных группах). Кроме того, начато три схожих исследования: по изучению запланированной периодической внутривенной терапии левосименданом у амбулаторных пациентов с прогрессирующей ХСН (Lucioni C., D'Ambrosi A., Mazzi S., Pollesello P., Arajassalo M. Fedele F.).

Выводы: Применение левосимендана при острой сердечной недостаточности в кардиохирургии оправдано. Но на сегодняшний день нет достоверных данных о результатах применения левосимендана у пациентов с прогрессирующей ХСН или при декомпенсации ХСН при ситуациях, не связанных с кардиохирургией. Представляет интерес применение левосимендана у пациентов с ХСН при подготовке к некардиохирургическим операциям для повышения устойчивости к операционному стрессу – травматизации, кровопотере, анемии, инфузии и трансфузии, анестезии и ИВЛ, развитие ССВР.

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ, КАК ЭТАП ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Павлюков А.В.¹, Панов С.А.¹, Рахматуллин А.В.¹,

Мутушев А.Ж.², Нуралы А.М.²

¹Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан, Алматы

² Научный производственно-технический центр «Жалын», Алматы, Республика Казахстан

Дезинтоксикационная терапия осуществляется главным образом при тяжёлых множественных, сочетанных травмах, массивных кровопотерях, особенно при шоке, терминальных состояниях различной этиологии, тяжёлых отравлениях. Но это не единственная область применения энтеросорбентов и связано это с особенностями процессов взаимодействия сорбента и сорбата. Поэтому целью нашей работы стало изучение различных сорбентов, на примере комбинированного углеродно-кремниевого сорбента «Фитосорб-Алтын жебе» по отношению к просто углеродному сорбенту «активированный уголь ИрХФЗ» на состояние человека с вирусным гепатитом В в условиях отделения интенсивной терапии.

Материалы и методы исследования: Мы изучили возможность применения отечественного комбинированного углеродно-кремниевого энтеросорбента «Фитосорб-Алтын жебе» в комплексной терапии пациентов с острым вирусным гепатитом В, с сопутствующим синдромом гипербилирубинемии условиях отделения интенсивной терапии. Для этого случайным образом пациенты были разделены на группу №1, в комбинированной этиотропной терапии которых был «Фитосорб – Алтын жебе», состоящую из 5 человек, группу №2 ($n=5$), в которой применяли – активированный уголь и контрольную группу №3 ($n=5$),

в составе базисной терапии не получали сорбентов. Таким образом, из отобранных пациентов, 10 человек получали энтеросорбент по схеме: «Фитосорб – Алтын жебе» применялся внутрь в виде капсул по 0,340 г по 3 капсулы 3 раза в день, активированный уголь ИрХФЗ в таблетках по 250 мг внутрь по 20 г 3 раза в сутки. Клиническую эффективность энтеросорбента «Фитосорб-Алтын жебе» определяли по скорости исчезновения таких клинических проявлений гепатита, как цвет кожи и слизистых оболочек, кожный зуд, изменение цвета мочи и по биохимическим показателям крови. Наблюдение продолжалось и после перевода пациентов в профильное отделение.

Результаты: В процессе изучения влияния энтеросорбента на организм в комплексной терапии вирусного гепатита В мы в первую очередь делали уклон на динамику клинических проявлений заболевания. На момент начала лечения у всех наблюдаемых пациентов были симптомы общей слабости, боли в животе, кожный зуд, снижение или отсутствие аппетита. После начала лечения на 7 день оценивали у скольких пациентов в разных группах исчезли симптомы и оценивали скорость регрессии симптомов на фоне проводимого лечения (таблица 1.). Также параллельно оценивались биохимические показатели крови (таблица 2.).

Таблица 1. Скорость исчезновения клинических проявлений гепатита				
Показатели	Норма	I – группа	II – группа	III – группа
Слабость	Нет	2	3	4
боли в животе	Нет	3	3	3
Снижение аппетита	Нет	3	4	5
Желтушный цвет кожи и слизистых оболочек	Нет	2	3	5
Кожный зуд	Нет	3	4	4
Изменение цвета мочи	Нет	2	3	5

Таблица 2. Динамика биохимических показателей поражения печени в процессе лечения больных						
Показатели	I – группа		II – группа		III – группа	
	До лечения	Через 7-10 дней	До лечения	Через 7-10 дней	До лечения	Через 7-10 дней
Билирубин (ммоль/л)	130 ± 7.4	66.4 ± 5.4	160 ± 9.6	108 ± 8.2	264 ± 9.7	192 ± 15.9
АЛТ(ммоль/л*ч)	2.8 ± 0.93	1.9 ± 0.31	2.9 ± 0.35	2.1 ± 0.22	3.2 ± 0.65	2.2 ± 0.19
Щелочная фосфатаза (Е/л).	-	-	190 ± 19.2	134 ± 9.8	207 ± 24.3	162 ± 13.5

Из полученных данных видно, что включение «Фитосорба – Алтын жебе» в терапевтический комплекс больных вирусным гепатитом В значительно ускоряет выздоровление пациентов: на 4-6 дней раньше исчезает желтуха, на 6-7 дней – кожный зуд, быстрее восстанавливается окраска мочи и кала. В свою очередь это приводит к быстрому исчезновению интоксикации, улучшению лабораторных показателей и к уменьшению сроков пребывания больных в стационаре. У этих больных раньше нормализуются показатели крови (таблица), однако статистически значимых различий в показателях ОАК не было выявлено, поэтому дополнительно провели анализ 3 биохимических параметров. В результате было выявлено, что уровень билирубина достоверно (p=0.01) снижался в течение недели в 1,5-2 раза и активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) (p=0.043) в сыво-

ротке крови также снижалась. Оказались значимыми различия (p=0.06) в концентрации щелочной фосфатазы, отражающей интенсивность воспалительных процессов в организме.

Выводы: По нашему мнению, использование энтеросорбентов в интенсивной терапии вирусного гепатита В оправдана. Связано это с тем, что энтеросорбенты прерывают резорбцию веществ, секретируемых в тонкую кишку в процессе пищеварения, осуществляя эффективную дезинтоксикационную терапию, тем самым оказывая охранительный эффект на печень. В применение энтеросорбентов следует отдавать предпочтение комбинированным сорбентам типа угольно-кремниевых, так как они позволяют с меньшими объемами (0,370 г), по сравнению с обычным активированным углем (20 г), добиться лучшего клинического эффекта.

КУМУЛЯТИВНЫЙ ВОЛЕМИЧЕСКИЙ БАЛАНС В РАЗВИТИИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Сагимбаев А.А., Сагимбаева Л.А., Кенжалиева М. Х.
АО «Медицинский университет Астана», ГКП «Городская клиническая больница № 2», Астана, Республика Казахстан

Цель исследования: всесторонняя оценка гидробаланса на основе имеющихся представлений о ежедневном кумулятивном балансе и их роли в развитии ранних осложнений после обширных абдоминальных операций.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование течения периоперационного периода у 150 пациентов, которым в плановом порядке выполнялись обширные абдоминальные операции. Физическое состояние пациентов соответствовало 3-му классу ASA. Средний возраст составил 46 (38--62) лет. Выделяли следующие этапы исследования: анализ ежедневного баланса и кумулятивного баланса в группах осложненного и не осложненного послеоперационного течения, и их роли в развитии осложнений; определение сроков развития осложнений и возможной взаимосвязи с перегрузкой жидкостью и развитием осложнений; динамика уровня альбумина за 10 дней послеоперационного периода.

Результаты исследования. Анализ развития осложнений не выявил значительных отличий между группами с осложненным и неосложненным гидробалансом во время операции и к концу 1-х суток. При построении площади под характеристической кривой (AUROC) была показана низкая разрешающая способность совокупного баланса интраоперационного периода 1-х суток и баланса на 2-е сутки в прогнозировании осложнений. Достоверные отличия по данным кумулятивного баланса наблюдались с 3-х суток послеоперационного периода, а также хорошая разрешающая способность для прогнозирования послеоперационных осложнений с точкой отсечения > 50,7мл/кг.

Заключение. Чрезмерная инфузионная нагрузка является предиктором неблагоприятного исхода у пациентов после обширных абдоминальных операций. Поэтому после трех суток послеоперационного периода важно поддерживать механизмы выведения лишней жидкости или ограничения объема вводимых растворов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ В АМБУЛАТОРИИ

Смагина И.М., Чурсин В.В.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазМУНО, Алматы, Республика Казахстан

С проблемой аллергических реакций в амбулаторных клиниках врачи и больные встречаются довольно часто. Наиболее распространены реакции на местные анестетики и на содержащиеся в них консерванты, на стоматологические материалы,

антибактериальные препараты, препараты, применяемые в косметологии. Наиболее тяжелым проявлением аллергической реакции является анафилаксия - это тяжёлая генерализованная реакция гиперчувствительности. Частота ее возникновения ва-

рырует по различным данным: от 50 до 103, и от 4 до 100 случаев на 100 тысяч населения в год. А смертность от данного грозного проявления составляет: 500-1000 смертей в год в США, 20 смертей в год в Великобритании, 15 летальных случаев в Австралии. Данных по Казахстану в свободном доступе нет.

Особенное отношение к аллергическим реакциям в стоматологии или косметологии, определяется тем, что сюда обращаются за помощью соматически здоровые люди. Соответственно, к любым осложнениям отношение самих пациентов, их родственников и общественная реакция носит всегда очень негативный характер. Причиной такого отношения является непонимание и психологическая неготовность населения к рискам, связанным с любым лечением. Если при тяжелых соматических заболеваниях или травмах пациенты и их близкие боятся плохого исхода, то обращаясь в амбулаторию об этом даже не задумываются. Учитывая то, что аллергические реакции являются непредсказуемым осложнением, необходим комплексный подход как к профилактике этих реакций, так и к лечению возможных тяжелых осложнений. В основе профилактики данного грозного осложнения лежит тщательный сбор аллергологического и фармакологического анамнеза перед любыми действиями врача с целью исключения применения веществ, содержащих опасные для пациента аллергены. Очень важным юридическим моментом при сборе аллергологического анамнеза является фиксация данных, полученных от пациента. Для этого должны применяться специальные опросники, которые должен заполнить сам пациент. Обычно в них пациент должен собственноручно указать наличие или отсутствие аллергических реакций на любые вещества, в том числе на медикаменты. Не менее важным юридическим и психологическим моментом является и информирование пациента о возможных осложнениях, связанных с лечением.

В бланке, который должен подписать пациент, обязательно должны быть указаны все возможные осложнения, в том числе и аллергические реакции. Пассивным элементом профилактики можно считать и наличие в амбулатории стендов с информацией о рисках осложнений, методах их профилактики и важности предоставления врачу полной и достоверной информации о себе. При наличии аллергии в анамнезе, перед началом лечения необходима предварительная консультация врача-аллерголога с целью выяснения опасности применения препаратов и веществ, необходимых для лечения. В задачи врача аллерголога входит проведение тестов с препаратом, который планируется применять. Следует заметить, что любые пробы на переносимость: кожные, подъязычные и другие, проводить в условиях амбулатории запрещено.

Важным моментом является соблюдение правил применения препаратов: избегать назначения нескольких лекарственных средств, назначать их строго по показаниям и в оптимальных дозах, указанных в инструкции по применению. Классическим примером несоответствующего применения лекарственных препаратов в стоматологии является лечение воспалительных заболеваний полости рта смесью Линкомицина и Лидокаина, вводимых непосредственно в ткани десны, хотя инструкцией по применению препаратов не предусмотрено такое лечение, и в ПДЛ МЗ РК нет рекомендации по данной терапии. Также не следует одновременно назначать несколько препаратов со сходным механизмом действия. В объем профилактических мероприятий должно включаться и специальное оснащение медицинских организаций: наличие противошокового набора, в который входят препараты: адреналин, допамин, физиологический раствор, эуфиллин, антигистаминный препарат, преднизолон, сальбутамол, набор для экстренной коникотомии, мешок Амбу и инструкции по оказанию первой помощи при развитии

анафилаксии. Также медицинские кабинеты и организации должны быть оснащены баллоном с кислородом хотя бы небольшого объема. Безусловно, что персонал должен уметь проводить реанимационные мероприятия, пользоваться мешком Амбу, и выполнять коникотомию. Этому обучают на специальных тренингах или циклах повышения квалификации.

Таким образом, серьезное отношение к существующей проблеме – получение пол-

ной информации о пациенте, выполнение врачами правил применения лекарственных препаратов, настороженность при осложненном аллергологическом анамнезе, готовность врачей и среднего медперсонала к оказанию неотложной помощи и наличие всего необходимого позволят избежать тяжелых последствий при возникновении аллергических реакций.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Смагина И.М., Чурсин В.В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазМУНО, Алматы, Республика Казахстан

Кровотечения – одно из наиболее опасных осложнений многих заболеваний, травм и оперативных вмешательств. Лечение кровотечений и геморрагического шока – это целый комплекс мероприятий, включающих хирургические методы, инфузионную и трансфузионную терапию, применение гемостатиков. К гемостатическим средствам, широко применяемым в последнее десятилетие, относится транексамовая кислота – антифибринолитик. Эффективность и безопасность этого препарата при различных кровотечениях представлена в обзоре Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients. Angèle Gayet-Ageron et al (2018). В нем представлены данные исследований WOMAN, ATACAS, CRASH-2.

Анализируя данные этого обзора можно выделить следующие моменты: Транексамовая кислота значительно повышала общую выживаемость при кровотечении.

Эффективность применения транексамовой кислоты снижалась с увеличением времени до начала ее применения. При

немедленном применении транексамовой кислоты значительно улучшалась выживаемость, но преимущество уменьшалось с увеличением задержки до начала применения в нелинейной ассоциации, и эффект отсутствовал через 180 минут после начала кровотечения. Эффективность лечения снижалась на 10% за каждые 15 минут задержки лечения.

Риск сосудистых окклюзионных осложнений был выше у пациентов с травматическим кровотечением, чем у пациентов с послеродовым кровотечением. Не наблюдалось увеличения смертельных сосудистых окклюзионных осложнений при применении транексамовой кислоты. Отмечалось меньше случаев инфаркта миокарда (главным образом, зарегистрированного в CRASH-2) у больных, кому применяли транексамовую кислоту, но значительного снижения возникновения других сосудистых окклюзионных осложнений не было. Задержка лечения транексамовой кислотой не влияла на частоту развития окклюзионных осложнений.

Авторы обзора считают, что раннее применение транексамовой кислоты должно предотвратить расходы фибриногена, кото-

рый быстро снижается при массивном кровотечении из-за его потребления во время образования сгустка. Этим поддерживается способность крови образовывать стабильный фибриновый сгусток. В действительности транексамовая кислота должна рассматриваться как препарат для предотвращения, а не лечения коагулопатии. Результаты всех исследований показывают, что даже кратковременная задержка применения транексамовой кислоты снижает выживаемость.

Рекомендации представленного обзора, следующие: у пациентов с кровотечением, должен быть назначен антифибринолитик как можно скорее по трем причинам.

Во-первых, большинство смертельных исходов от кровотечения происходят

в течение нескольких часов после начала кровотечения. Снижая темп кровотечения, транексамовая кислота имеет преимущества в предотвращении гипоксии и развитии ацидоза, которые сопровождают обильное кровотечение.

Во-вторых, преимущество лечения транексамовой кислотой уменьшается с ростом задержки до начала применения.

В-третьих, не было обнаружено признаков побочных эффектов, связанных с лечением транексамовой кислотой, поэтому ее можно безопасно назначать, как только возникают подозрения на развитие кровотечения.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ КАК КОМПОНЕНТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Темиров Т.С., Мустафин А.Х. *, Умбетжанов Е.У. **

Ширвинскас Э. ***

АО «Медицинский университет Астана» *, «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» Корпоративного фонда «University Medical Center» **, Астана, Республика Казахстан.

Больница Литовского университета наук здоровья***, Каунас, Литовская Республика

В ближайшем послеоперационном периоде после трансплантации почки (ТП) пациенты испытывают боль, которая может ухудшить как течение сопутствующего заболевания, так и функцию трансплантата. Стандартное обезболивание опиоидными анальгетиками обладает рядом серьезных побочных эффектов и может не удовлетворять потребностям реципиента. Перспективным направлением в лечении боли является регионарное обезболивание.

Цель исследования. Изучить у реципиентов почечного трансплантата эффективность обезболивания, частоту развития побочных эффектов и влияние на функцию

почечного трансплантата при применении регионарного обезболивания в ближайшем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование будут включены 60 реципиентов после ТП. Случайным образом пациенты будут разделены на 2 группы. В исследуемой группе будет проводиться обезболивание регионарное Erector Spinae Plane Block в сочетании опиоидными анальгетиками. В контрольной группе будет проводиться обезболивание только опиоидными анальгетиками. Будут оценены в обеих группах уровни боли, частота развития побочных эффектов. Будет оценена функция почечного трансплантата

клиническими, инструментальными и лабораторными методами исследований.

Результаты и обсуждение. При применении регионарного обезболивания ожидается лучшее качество обезболивания при менее выраженном негативном влиянии на функцию почечного трансплантата в сравнении со стандартным методом монотерапии боли опиоидными анальгетиками.

Выводы. По результатам исследования в соответствии с концепцией мульти-

модального подхода к лечению боли и с целью улучшения результатов трансплантации, можно будет предложить регионарное обезболивание как компонент интенсивной терапии у реципиентов почечного трансплантата в ближайшем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: интенсивная терапия, послеоперационная боль, трансплантация почки, регионарное обезболивание, erector spinae plane block, опиоиды.

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ

Хасенова К.Е., Саркулова Ж.Н.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. Ежегодно в нашей стране проводится очень много оперативных вмешательств разной степени травматичности. Несмотря на проведение традиционных обезболиваний, от 20 до 50 % пациентов страдает от послеоперационной боли разной интенсивности, сохраняющейся в среднем от 6-8 часов до 3-5 суток (1,2,3). Неадекватная аналгезия или ее отсутствие приводят к нарушениям функции различных органов и систем, в том числе развитию легочных, кардиальных, тромбоэмболических осложнений, парезу желудочно-кишечного тракта, хронизации болевого синдрома, психосоматическим расстройствам. Организация службы острой боли – возможное решение проблемы адекватного послеоперационного обезболивания. Это служба впервые была открыта в США и в Германии в 1985 году. К ее широкому и быстрому внедрению способствовала поддержка и рекомендации со стороны различных медицинских учреждений. В нашей стране на сегодняшний день лишь делаются первые шаги в этом направлении.

Цель исследования. Обеспечение безопасной и эффективной аналгезии в по-

слеоперационном периоде со снижением частоты побочных эффектов боли.

Материалы и методы. Исследования проведены у 23 больных в возрасте от 27 до 67 лет, мужчин – 15, женщин – 8, которым были проведены оперативные вмешательства: эндопротезирование бедренных и коленных суставов - 5, остеосинтезы бедренной, лучевой, костей голени, стопы - 18. С целью обезболивания в послеоперационном периоде использовались: в 1-й группе больных - наркотические анальгетики (5) с назначением морфина, промедола. Во 2-й - сочетанное использование неопиоидных анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) – кетопрофен, диклофенак, кеторолак, парацетамол (12) и в 3-й группе - продленная эпидуральная анестезия с использованием лидокаина, бупивакаина, ропивакаина (6). Эффективность лечения с оценкой уровня боли проводилась на основании оценки общего состояния больных, по модифицированной лицевой шкале боли (МЛШ) и по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в динамике, частоты побочных эффектов и осложнений, связанных с противоболевой терапией.

Результаты исследований и обсуждение. В 1-й группе больных, получавших наркотические анальгетики, были жалобы на боль, уровень которой по МЛШ и по ВАШ в динамике показала 8 баллов. Основными недостатками терапии боли в этой группе мы отметили угнетение дыхания различной степени выраженности, угнетение сознания и снижение общей активности больных, тошноту, рвоту. Возможно поэтому, в последние годы, в лечении пациентов с острой болью мы наблюдаем постепенное уменьшение наркотических анальгетиков. Во 2-й группе, получавших НПВП, уровень боли по шкалам показала 6 баллов, у 2-х пациентов отмечались незначительные психосоматические реакции. Назначение парацетамола исключалось у больных с патологией печени и почек. И в 3-й группе, с продленной эпидуральной анестезией уровень боли по шкале показала 10 баллов с минимализацией последующих осложнений, что доказала об эффективности ее действия по сравнению с предыдущими методами. А также нужно отметить её экономическую выгодную сто-

рону, так как уровень послеоперационных осложнений минимален и оно не требовало дополнительных затрат на медикаменты, при этом из-за отсутствия осложнений сокращалось пребывание больных в стационаре. Однако, необходимо учитывать, что это небезопасное инвазивное вмешательство, имеющее целый ряд возможных осложнений, особенно местных - у послеоперационных больных. В нашей практике необходимость обезболивающей терапии в среднем сохранялась в первые 3-4 суток послеоперационного периода.

Заключение. Таким образом, эффективная и безопасная послеоперационная аналгезия с профилактикой возможных осложнений, на сегодняшний день, остаётся одним из основных повседневных задач врача анестезиолога-реаниматолога. В современных условиях, когда не существует единого идеального анальгетика или метода, эффективность такой терапии, несомненно, повысили бы организация службы боли с внедрением национальных протоколов и стандартов лечения боли.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРО-ОПТИЧЕСКОЙ ИНТУБАЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Шабданова Ж.Т., Ашырбаев А.А.

Кафедра Госпитальной Хирургии Кыргызско-Российского Славянского Университета и отделение Анестезиологии и Реанимации Национального Госпиталя, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования: Определить значение фибро-оптической интубации трахеи при операциях по поводу острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Материал и методы: Анализ интубаций трахеи при операциях в челюстно-лицевой области выполненных в отделении челюстно-лицевой хирургии в Националь-

ном Госпитале Кыргызской Республики с 2015 по 2017 годы.

Результаты: Были проанализированы 97 больных. Из них 69 больных были мужчинами (71,1%) и 28 больных были женщинами (28,9%). Возраст пациентов в большинстве случаев составил от 31 до 50 лет. При оценке состояния дыхательных путей по Маллампасти все пациенты имели 4-ю

степень. По классификации операционного риска ASA все больные относились к III E и IV E классу. При анализе острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, требовавших ФОИ было показано, что основными причинами были одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области - 35 больных (36,1%). Остеомиелиты нижней челюсти составили 28 больных (28,9%), анкилозы суставов нижней челюсти составили 20 больных (20,6%), другая патология челюстно-лицевой области (травмы и др.) составила 14 больных (14,4%). Оротрахеальная ФОИ была проведена у 68 (70%) больных. Назотрахеальная ФОИ была проведена у 28 (28%) больных. У одного пациента (2%) ФОИ трахеи

не удалась и ему была произведена интубация трахеи через трахеостому. Анализ параметров АД, ЧСС, SpO₂ показал, что при согласованных действиях врача-эндоскописта и анестезиолога во время ФОИ трахеи не происходит их значительных нарушений.

Заключение: Фибро-оптическая интубация трахеи является методом выбора для обеспечения проходимости дыхательных путей при операциях по поводу тяжелых острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Основными показаниями являлись одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области и остеомиелиты нижней челюсти.

PERFORMANCE OF NONINVASIVE VENTILATION IN ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN CRITICALLY ILL PATIENTS

Shukrullayev A. A., Koyirov A. K.

Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Scientific adviser - Ph.D. A. K. Koyirov

The main cause of the development of a severe condition in patients with pneumonia is hypoxemia, caused by acute respiratory failure (ARF). In these cases, standard ARF therapy often involves respiratory support with invasive ventilation (IV). Unreasonable carrying out of artificial ventilation has undesirable consequences, the risk of development of infectious complications increases; in this connection, the use of noninvasive ventilation (NV) in patients with community-acquired pneumonia complicated by respiratory failure is considered justifiable. It allows you to increase the vital capacity of the lungs, improve gas metabolism and quickly restore the function of the respiratory system. Advantages of NV are clinical effectiveness, physiology of the method, and comfort for the patient.

Purpose: to evaluate the effectiveness of NV in patients with acute respiratory failure

in the background of pneumonia.

Materials and methods. 45 patients with community-acquired pneumonia, complicated with ARF, underwent NIP in BIPAP mode, against the background of standard treatment. The exclusion criteria were stopping breathing and the need for non-delayed intubation, hypotension, and the inability to remove phlegm or the use of a facial mask. Non-invasive ventilation with positive pressure was carried out with a facemask using EVITA + 2 from Dräger. In the course of the NV in the BIPAP, 18/6 cm H₂O mode through the facemask, within 1 hour, there was a significant decrease in breathing movements by 32.2%, heart rate by 15.3%, and also improvement in blood gas parameters: PaO₂ increased by 38 %, PaCO₂ decreased by 31.0%, SaO₂ increased by 19.3%.

Conclusions. Noninvasive ventilation allowed normalization of the gas composition

of blood and external respiration in patients with community-acquired pneumonia; avoid intubation of the trachea. Controlling the

adequacy of ongoing respiratory support can be carried out on the basis of SpO₂ monitoring, and arterial blood gasometry.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ

Шоев Ф.С., Неъматзода О., Аликулов А.Г., Шарипов З.Р.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов предоперационной подготовки больных с феохромоцитомой (ФХЦ).

Материал и методы. В исследование было включено результаты комплексной предоперационной подготовки 12 пациентов феохромоцитомой. Возраст пациентов варьировал от 17 до 42 лет. Мужчин было 3 (25%), женщин 9 (75%). У всех пациентов имела место различная по степени тяжести артериальная гипертензия. Кризовое течение ФХЦ отмечено у 5 пациентов, постоянное у 3 и смешанное в 4 наблюдениях. В качестве патогенетически обоснованной предоперационной подготовки при ФХЦ нами впервые в условиях Республики Таджикистан успешно в клинике был применен селективный α_2 адреноблокатор празозин. Данный препарат был назначен в течение 7-12 суток в дозе 10-16 мг в сутки в два приема. Критериями готовности больных к адреналэктомии явились: нормализация артериального давления и тахикардии; возврат к нормальным значениям отрицательных показателей центрального венозного давления. С целью нормализации частоты сердечных сокращений после 5-7 суток адреноблокады празозином всем пациентам были назначены β -блокаторы в соответствующих дозировках.

Результаты. При госпитализации средние цифры АД у пациентов составила 230 [210; 240] / 120 [110; 150] мм рт. ст. В течение предоперационной подготовки отмечено постепенное снижение АД и возврат к нормальным значениям - 110 [100; 120] / 70 [66,25; 80] мм рт. ст. ($p < 0,001$). Вместе с тем, на разных этапах адреналэктомии отмечалась незначимое ($p > 0,05$) повышение АД (150 [130; 200] / 100 [90; 110]), которое доказывает правильно выбранную тактику предоперационной подготовки. Также необходимо подчеркнуть, что после отключение ФХЦ от центрального кровообращения не отмечалась существенная гипотония. Так средние цифры АД в течение 6 часов после удаления опухоли составила 100 [90; 120] / 70 [60; 80] мм рт. ст. В связи с адекватностью α -адреноблокады не отмечалось развитие синдрома «неуправляемой гемодинамики» и связанные с ним фатальные осложнения.

Заключение. Применение празозина в предоперационные подготовки пациентов с ФХЦ позволяет достичь желаемой гипотензии и предупредить развития синдрома «неуправляемой гемодинамики» и связанных с ним жизнеугрожающих состояний.

АНГИО И КАРДИТОРАКАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Абдухалилов Н.Р.*Саткымбаева А.О.**

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан

**Центральная Городская Клиническая Больница, Алматы, Республика Казахстан.

Цель. Сравнительная оценка эффективности и безопасности проведения пункции центральной вены под ультразвуковым контролем (УЗ-контролем).

Методы и материалы. Были проанализированы все случаи катетеризации центральной вены в отделении анестезиологии и реаниматологии в Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии за три года (2015-2017гг). Стандартная методика катетеризации центральной вены подразумевало использование внешних анатомических ориентиров, определяемых физикально. При сложностях пункции центральной вены и у всех больных с гемобластомами катетеризация центральной вены проводилась под УЗ-контролем. Для УЗ-визуализации сосудов использовался портативный УЗИ-аппарат с микроконвексным датчиком с частотой 7-10 МГц. УЗИ применялся для оценки хода, диаметра, состояния стенок и просвета сосудов, их анатомического расположения относительно друг друга, глубины локализации от поверхности кожи, состояния прилежащих мышц, лимфатического коллектора и костей. Учитывая частую тромбоцитопению и приобретенную коагулопатию вследствие химиотерапии у больных гемобластомами, обязатель-

ная катетеризация центральной вены под УЗ-контролем у этой группы больных помогла избежать таких осложнений, как гематома, пневмоторакс, механическое повреждение и неудачная попытка катетеризации центральной вены, к которым могла привести катетеризация вслепую.

Результаты. За три года было проведено катетеризации: 2015г - 368, из них под УЗ-контролем - 30 (8,1%), среди них больных гемобластомами было - 9. 2016г.- 400 катетеров установлено в центральную вену, под УЗ-контролем - 62 (17,2%), среди них больных гемобластомами было 34. 2017г.- 934, под УЗ-контролем-102 (10,9%), среди них больных гемобластомами было -32. Осложнений при катетеризации центральной вены под контролем УЗИ не возникло. При катетеризации вслепую за три года было 4 (0,2%) случая пневмоторакса (2015г. – 3; 2016г. - 1), и 7 (0,4%) случаев подкожной гематомы (2015г. – 3; 2016 г. – 2; 2017г. – 1).

Заключение. Использование ультразвука для идентификации, пункции и катетеризации центральной вены повышает вероятность катетеризации с первой попытки, а также уменьшает вероятность повреждения сонной артерии, легких и других осложнений.

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ЭНДОВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Батырханов М.М.

PRIVATE CLINIC KZ, Алматы, Республика Казахстан

Торакоскопия является не только диагностическим методом, в настоящее время она используется и для оперативных вмешательств, которые раньше требовали открытой торакотомии. Для подавляющего числа торакоскопических операций достаточно трех (иногда больше) маленьких разрезов, что значительно снижает травматичность и позволяет раньше активизировать пациентов в послеоперационном периоде.

Обследовано 32 пациента, которым одномоментно произвели двухстороннюю эндовидеоторакоскопическую верхнегрудную симпатэктомию. У 27 пациентов имелась болезнь Рейно, у 5 синдром Рейно.

Анестезиологическое обеспечение было таким же, как и при обычной торакотомии, но у данной категории больных с целью обеспечения комфортных условий для работы оперирующего хирурга проводилась однологочная искусственная вентиляция легких.

Нами была предложена методика раздельной интубации бронхов для проведения однологочной вентиляции легких при

двухсторонних одномоментных эндовидеоторакоскопических операциях, которая позволяет избежать повторной интубации трахеи и исключить нежелательные факторы, связанные с ней. Оперативное вмешательство во всех случаях начинали с правой плевральной полости. После индукции в анестезию производили интубацию левого главного бронха однопросветной трубкой «Portex» и проводили однологочную вентиляцию. После завершения оперативного вмешательства в правой плевральной полости эндотрахеальную трубку подтягивали в просвет трахеи и раздували коллабированное правое легкое, а затем в положении на спине продвигали эндотрахеальную трубку в правый главный бронх и в условиях однологочной вентиляции завершали оперативное вмешательство в левой плевральной полости.

Таким образом, предлагаемая методика однологочной вентиляции легких при данных оперативных вмешательствах обеспечивает адекватный газообмен и создает комфортные условия для работы оперирующего хирурга.

МОНИТОРИНГ НЕПРЕРЫВНОГО РАСЧЕТНОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ НЕКАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Илялетдинов И.Д.

Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Республика Казахстан

Измерение сердечного выброса (СВ) в анестезиологии и реаниматологии является важнейшим, однако трудно измеримым показателем. Методики измерения СВ могут быть инвазивными, малоинвазивными и не инвазивными, дискретными и непре-

рывными. Ориентировочно сердечный выброс можно рассчитать по данным исходного ударного объема (УО).

Цель исследования: сравнить величины ударного объема, полученные методами эхокардиографии и расчетным методом.

Материалы и методы. В Казахском научно-исследовательском институте онкологии и радиологии с 2015 года внедрена методика расчетного непрерывного измерения сердечного выброса esCCO (estimated Continuous Cardiac Output), монитором Nihon Kohden. Метод основан на определении времени прохождения пульсовой волны (ВППВ) от пика зубца R до точки подъема пульсовой волны на плетизмограмме. Технология esCCO позволяет получать показатели центральной гемодинамики (сердечный выброс, сердечный индекс, ударный объем, ударный индекс, ОПСС) в online-режиме. Доказано, что esCCO, коррелирует с инвазивными техноло-

гиями. Однако абсолютная точность измерения вызывает сомнение.

С целью клинической апробации было обследовано 30 пациентов обоего пола в возрасте 59±8 лет, весом 75±17 кг, ростом 164±15. Всем пациентам до операции было выполнено ЭХОКГ. Результаты ЭХОКГ сравнены с данными esCCO на 3 этапах: 1. До индукции, 2. После индукции. 3. Во время операции. Данные представлены в виде M±SD. Достоверность отличий по Стьюденту при p<0,05.

Результаты. В таблице представлены средние величины УО по данным ЭХОКГ до операции в сравнении с расчетными измерениями УО на 3 этапах.

	УО по ЭХОКГ (мл)	УО по esCCO на 1 этапе (мл)	УО по esCCO на 1 этапе (мл)	УО по esCCO на 1 этапе (мл)
Значения	70±23	85±20*	76±21	78±21
Корреляция (r)		0,68	0,72	0,74
* - достоверность отличий от УО по ЭХОКГ				

Исходный УО рассчитанный по esCCO, был на 21% выше, чем по ЭХОКГ, что связано с волнением пациента перед операцией и повышением артериального давления. После индукции и на этапе операции УО был выше всего на 9 и 11% выше без достоверной разницы. В 18 случаях из 30 значения УО были очень близки друг к другу. В 12 измерениях УО значительно разнился на 30-50%.

Заключение. Методика расчетного непрерывного измерения сердечного выброса esCCO обладает удовлетворительной

точностью для измерения параметров центральной гемодинамики и может с успехом применяться в отделении анестезиологии и интенсивной терапии для ориентировочной диагностики при нарушениях кровообращения и для контроля эффективности лечения этих нарушений. Основные преимущества данной методики – неинвазивность, экономичность и возможность контроля в режиме постоянного мониторинга, что выгодно отличает метод от дискретной ЭХОКГ и реографии.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Койиров А.К¹., Красненкова М.Б²., Кенжаев С.Р¹., Мирмаксдуов М.С³.
Камбарова З.А⁴.
Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан¹
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Ташкент, Узбекистан²
Ташкентская медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан³
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан⁴

Сахарный диабет (СД) 2-го типа остается мировой проблемой уже долгое время. Это обусловлено как его широкой распространенностью, так и достаточно серьезным прогнозом заболевания. Смертность от сердечно-сосудистых болезней лиц с СД 2 в 3 раза выше, чем у населения в целом. При этом в 80% случаев причиной смерти являются атеросклеротические макроваскулярные осложнения. В целом от заболеваний, обусловленных атеросклерозом, умирает больше больных СД, чем от всех других причин вместе взятых. Причиной такого выраженного поражения сосудистого русла у пациентов с СД в настоящее время считают гипергликемию.

Цель: определить целевой уровень гликемического контроля у пациентов острой сердечной недостаточностью с сахарным диабетом 2 типа в анамнезе, достигаемый с помощью 24-часовой непрерывной инфузии инсулина.

Материалы и методы: в клиническое исследование были включены 42 пациента с крупноочаговым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа, осложненным острой сердечной недостаточностью, доставленные в отделение кардиотерапевтической реанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Указанные пациенты были разделены на 2 группы: 21 пациент с целевым уровнем гликемического контроля 4,0-6,1 ммоль/л, 21 пациент с целевым уровнем гликемического контроля 6,2-8,0 ммоль/л.

Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, классу тяжести, локализации инфаркта миокарда, степени тяжести острой сердечной недостаточности, длительности ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, степени артериальной гипертензии, наличию факторов риска ишемической болезни сердца и проводимой интенсивной терапии. Оценивались показатели биохимического анализа крови, коагулограммы, ЭКГ, данные эхокардиографии.

Результаты исследования: при изучении биохимического анализа крови не было выявлено достоверных различий между группами пациентов с целевыми уровнями гликемического контроля 4,0-6,1 ммоль/л и 6,2-8,0 ммоль/л. При этом проводилось сравнение уровней глюкозы, МВ фракция креатинфосфокиназы, тропонина. При оценке показателей коагулограммы и эхокардиографии (фракция выброса, конечный диастолический диаметр, конечный систолический диаметр, индекс сократимости) достоверных различий также не было выявлено. Установлено, что в группе пациентов с инфарктом миокарда, осложненным острой сердечной недостаточностью и целевым уровнем гликемического контроля 4,0-6,1 ммоль/л, эпизоды гипогликемии наблюдались у 22% пациентов, в группе сравнения такие эпизоды не отмечались. В свою очередь, гипогликемические состояния опасны ввиду возможности возникновения аритмий, очаговых и гене-

рализованных неврологических нарушений, а также других угрожающих жизни состояний.

Заключение: таким образом, на основании данных, полученных в ходе исследования, можно сделать вывод о том, что

целевой уровень гликемического контроля может быть увеличен до 8,0 ммоль/л, так как более строгий контроль не улучшает течение инфаркта миокарда, а приводит к увеличению риска возникновения эпизодов гипогликемии.

ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Койиров А.К²., Красненкова М.Б¹., Сабилов Д.М^{1,2}., Кенжаев С.Р²., Ганиев У.Ш²., Хаитов С.Ш².
Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Ташкент, Узбекистан ¹
Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан ²

Цель: изучить безопасность и эффективность антиагрегантной терапии аспирином и клопидогрелем у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, осложненным острой сердечной недостаточностью (ОСН), подвергнутых тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы: в исследование включили 30 пациентов ОКС с подъемом сегмента ST, осложненным ОСН, которые получали тромболитическую терапию препаратом стрептокиназа 1 500 000 МЕ в виде внутривенного введения в течение 30 мин, аспирин в дозе 300 мг, адекватное обезболивание. Кроме того, 22 пациента в дополнение к указанной терапии получили 300 мг клопидогреля. Анализировали частоту неблагоприятных случаев (смертельные исходы, рецидивы инфаркта миокарда, развитие ОСН и опасных аритмий, а также осложнения предпринятой терапии) за период госпитального лечения, которое составило в среднем 7 дней.

Результаты: в наблюдаемой группе больных не зарегистрировано осложнений и серьезных побочных эффектов, связанных с лечением, в том числе с использованием клопидогреля в комбинации с аспирином и стрептокиназой. Кроме того, общая частота

неблагоприятных событий была на 27% ниже у пациентов, получавших комбинированную антитромботическую терапию, включающую клопидогрель. По данным ЭХО КГ перед выпиской больных из стационара показатель ФВ в группе пациентов с клопидогрелем был достоверно больше, а показатели КСО и КДО достоверно меньше (р<0.05), чем в группе без применения клопидогреля.

Следовательно, комбинированная антитромботическая терапия, включающая системный тромболитический стрептокиназой в сочетании с аспирином и клопидогрелем в дозах 600 мг безопасна, не вызывает осложнений, связанных с гемorragиями и побочными эффектами, обусловленных сочетанием препаратов и нагрузочными дозировками, способствуют снижению неблагоприятных исходов.

Заключение: своевременное восстановление перфузии миокарда с применением фармакологических препаратов, предупреждение ретромбозов двойной антиагрегантной терапией у больных ОКС с подъемом сегмента ST, осложненным ОСН, наиболее целесообразно в условиях стационара, вследствие сокращения времени от начала развития симптомов до тромболитического

ЖАСАНДЫ ҚАН АЙНАЛУДА ЖАБЫҚ КОНТУР ӘДІСІН ҚОЛДАНУ

Миербеков Е.М., Алдешев А.А., Баграмов А.А.
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы,
Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты

Зерттеудің мақсаты: Жабық және ашық контур әдісінің ота үсті және отадан кейінгі ағзаға әсері.

Материалдар және әдістер: 2015-2018 жыл аралығында жабық контур әдісімен 17 науқасқа ота жасалынды. Олардың жастары р-59(±25), еркек пен әйелдер ара-қатынасы 3:1.

Әр түрлі патологиясы бар науқастарға ота жасалынды: жүректің ишемиялық ауруы-53%, жүректің жүре пайда болған ауруы - 24%, бактериялық эндокардит-23%.

Отаның ауырлығы VI-VII санаты аралығында болды. Науқастардың жүрек аластату күші р-44%(±16).

Нәтижелері: жасанды қан айналу уақыты р-110(±45), жүректі тоқтату уақыты р-110(±45). Перфузионды асқынулар байқалмады. Ағзаның жалпы жүйелік реакциясын бағалау үшін зертханалық көрсеткіштерге сүйене отырып, жабық және ашық контурды салыстырып, әлемдік зерттеудің негізінде ретроспективті талдау жасалды.

	Ашық контур	Жабық контур
Ауруханадағы күн саны	17(±9)	15(±8)
Реанимациядағы күн саны	3,2 (±3,5)	3,7 (±6,5)
Эр.масса	20	9
Жаңа мұздатылған плазма	32 доза	20 доза
Альбумин 10%	11 фл.	0

Жалпы қан анализі:	Ашық контур		Жабық контур	
	Ота алды	Отадан кейін	Ота алды	Отадан кейін
Эритроциттер	3,8x10 ¹²	3,45x10 ¹²	4,15x10 ¹²	3,42x10 ¹²
Гемоглобин	107 г/л	100 г/л	110 г/л	102 г/л
Тромбоциттер	233x10 ⁹	196x10 ⁹	242x10 ⁹	161x10 ⁹
Лейкоциттер	9,5x10 ⁹	17x10 ⁹	7,3x10 ⁹	16x10 ⁹
ЭТЖ	22 мм/сағ	30 мм/сағ	25 мм/сағ	31 мм/сағ

Биохимиялық анализ:	Ашық контур		Жабық контур	
	Ота алды	Отадан кейін	Ота алды	Отадан кейін
Мочевина	10 ммоль/л	15 ммоль/л	11 ммоль/л	13 ммоль/л
Креатинин	115 мкмоль/л	140 мкмоль/л	156 мкмоль/л	168 мкмоль/л
АлТ	18	33	52	44
АсТ	27	44	67	64
Жалпы билирубин	14 мкмоль/л	14 мкмоль/л	13 мкмоль/л	16 мкмоль/л
Лактат	1,4	3,5	1,8	2,5

Коагулограмма	Ашық контур		Жабық контур	
	Ота алды	Отадан кейін	Ота алды	Отадан кейін
Активті ішінара тромбопластин- нің уақыты	28 с	27 с	28 с	33,4 с
ПТИ	78%	77%	85%	78%
МНО	1,19	1,36	1,24	1,54
А-фибриногені	4,46	3,15	2,98	3,26

Қорытынды: Жасанды қан айналада жабық контур әдісін қолданғанда эритроциттердің минималді бұзылуы, гемодилюцияның төмендеуі, қанның ауамен байланысының төмендеуі, аз көлемде гепарин қолдану, қан және қан алмастырушы препараттардың аз көлемде қолданылуы, науқастардың ауруханада болу күнінің азаюына байланысты отадан кейінгі асқынулардың төмендеуі байқалды.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЧРЕЗПИЩЕВОДНЫЙ ЭХОКАДИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

Назырова Л.А., Мухидинова Р.С., Ли В.Н., Эшонов А.А., Алиев А.Ш.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан.

Чреспищеводный эхокардиографический мониторинг (ЧПЭхоКГМ) предоставляет возможность постоянного интраоперационного наблюдения за функциональным состоянием клапанного аппарата сердца и волеум-кинетических показателей на всех этапах кардиохирургических вмешательств.

Цель: представить опыт ЧПЭхоКГМ во время анестезии при выполнении клапано-сохраняющих реконструктивных операций на митральном клапане (МК).

Материалы и методы: ЧПЭхоКГМ на ультразвуковом аппарате «GENERAL ELECTRIC» применялся у 122 больных с митральным пороком возрасте от 24 до 62 лет (56,6% женщин и 43,4% мужчин). Реконструктивные операции на МК (закрытая митральная комиссуротомия (34) и открытая митральная комиссуротомия с пластикой МК (56) проводились в условиях ингаляционной анестезии изофлюраном с добавлением фентанила в общеприня-

тых дозировках, искусственной вентиляции легких (ИВЛ) аппаратом «Primus» в режиме IPPV, гипотермической перфузии (32-34) аппаратом искусственного кровообращения (ИК) «Тегима», стандартного кардиомониторинга. Длительность ИК составляла 96±18 мин., окклюзия аорты – 78±16 мин., анестезии - 192±17 мин. По окончании операции и анестезии ЧПЭхоКГ датчик удалялся, и пациенты переводились в реанимационное отделение на продленную ИВЛ.

Результаты: интраоперационный ЧПЭхоКГМ позволял в 28 случаях наблюдать за состоянием тромбозов левого предсердия, интракардиальных кальцинатов -15, а также определять эффективность выполненного хирургического вмешательства. Было выявлено, что до коррекции порока у 38 больных имела места легочная гипертензия (ЛГ) I степени (ДЛА> 30 мм.рт.ст.); у 35 больных - ЛГ II степени (ДЛА> 45 мм.рт.ст.); и у 11 больных – III степени

(ДЛА> 60 мм.рт.ст.). При II и III степени ЛГ применялась периоперативная медикаментозная терапия (перлинганит в дозе 0,3-0.4 мкг/кг/мин) под контролем ЧПЭхоКГМ. Хирургическая коррекция МК во всех случаях была удовлетворительной с достижением его площади 2,7-3,4 см². В случаях многокомпонентной реконструкции МК (22) ЧПЭхоКГМ выявлял уменьшение митральной регургитации с III степени до I или полной ликвидации ее с адекватным трансмитральным градиентом не более 6±1 мм.рт.ст.

АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРОТИДНЫХ ЭНДАРТЕКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Назырова Л.А., Бахритдинов Ф.Ш., Бутова Е.А., Дольская Т.В., Реймназарова З.Ж., Абляимов И.Т., Назаров К.Ш. Ли В.В.
ГУ РСНПМЦХ им академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель. Представить опыт проведения каротидных эндартектомий (КЭЭ) в условиях цервикальной блокады (ЦБ) с ультразвуковой (УЗ) навигацией с проведением анализа интраоперационных осложнений.

Материалы и методы. У 198 пациентов в возрасте от 49 до 82 лет, (67,3% мужчин, 32,7% женщин) с соматическим статусом 3-4 класса по ASA выполнялись КЭЭ в условиях ЦБ бупивакаином и стандартного мониторинга (наД, ЭКГ, SpO₂, термометрии). Время пережатия внутренней сонной артерии (ВСА) составило от 16 до 24 минут, операции от 50 до 130 минут. В 37 случаев, учитывая пожелания, параллельно с ЦБ проводилась интраоперационная седация дормикумом в дозе 0,01- 0,02 мг/кг/ч, пофолом- 2-4 мг/кг/ч. В остальных случаях во время операции осуществлялся динамический неврологический мониторинг (ДНМ), включающий оценку сознания, речи, двигательную активность, степень болевого восприятия. По оконча-

Таким образом: интраоперационный ЧПЭхоКГМ во время реконструктивных вмешательств на МК обеспечивал раннюю и достоверную информацию о работе сердца, функционального состояния полостей сердца и его клапанного аппарата, что играло важную роль в осуществлении своевременных мероприятий по устранению осложнений хирургического вмешательства и способствовало положительным результатам операции.

нии операции больные были переведены в реанимационное отделение (РО), где в течение двух-трех часов продолжалось мониторингное наблюдение.

Результаты. Без технических трудностей и осложнений согласно УЗ ориентирам выполнялась ЦБ и после оценки ее эффективности начиналась операция. Интраоперационно на момент пережатия ОСА АД поддерживалось на 30% выше исходного. В 22 случаях на этапе выделения ОСА и ВСА дополнительно проводилась интраневая блокада гломуса 1% раствором лидокаина. У 4 пациентов (2%) с помощью ДНМ на этапе манипуляций на ОСА и ВСА были зафиксированы нарушения сознания и гемодинамики. В одном случае оперативное вмешательство было остановлено. У другого больного на момент выделения ОСА развилась преходящая гемисимптоматика. После коррекции гемодинамических расстройств и пуска кровотока состояние стабилизировалось.

В следующем случае при длительном пережатии ВСА, более 22 минут, в условиях управляемой гипертензии появились признаки нарушения сознания, дисфония, которые нарастали в РО с последующим развитием инсульта. У 1 пациента при выделении ВСА были обнаружены признаки тромбоза. После удаления тромба и КЭЭ больной переведен в РО, где проводилась терапия ишемических поражений мозга с положительным исходом.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Назырова Л.А., Ли В.В., Фаязов Д.Т., Реймназарова З.Ж., Абдуллаева Х.Н., Бутова Е.А., Абляимов И.Т.

ГУ РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова

В настоящее время, определены преимущества применения ультразвуковой навигации (УЗ) при различных видах периферических блокад в анестезиологии.

Цель: Представить опыт внедрения УЗ навигации при проведении цервикальной блокады (ЦБ) во время оперативных вмешательств на сонных артериях.

Материалы и методы: У 122 больных (68 мужчин, 54 женщин), в возрасте от 42 до 74 лет, с 3 классом объективного предоперационного соматического статуса по ASA выполнялась каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) условиях ЦБ с УЗ-навигацией 0,25% раствором бупивакаина и стандартного мониторинга. При необходимости использовалась седация пропофолом в стандартных дозировках (18 пациентов). Длительность оперативного вмешательства составляла 100 ± 15 минут, анестезиологического пособия 140 ± 20 минут, среднее время пережатия общей сонной артерии 18 ± 3 минуты.

Результаты исследования: В операционной осуществлялась предварительная ультразвуковая визуализация анатомических структур шеи с помощью линей-

Таким образом, установлено, что ЦБ с УЗ навигацией при КЭЭ, являясь малоинвазивной методикой обезболивания, позволила провести интраоперационный ДНМ, который обеспечил незамедлительную оценку развивающейся церебральной ишемии и контроль своевременных мер по ее устранению.

ного датчика 11L аппарата GE Logiq P6 с последующим введением 0,25% раствора бупивакаина через эхопозитивную иглу 20G длиной 90мм. После достижения достаточного уровня анальгезии, начиналось оперативное вмешательство. У 18 пациентов при психоэмоциональной лабильности или по желанию использовали седацию пропофолом в дозе 2-4 мг/кг/ч. В 35 случаях на этапе выделения сонной артерии для предупреждения рефлекторных реакций дополнительно проводилась интраневральная блокада *glomus carotis* 2-4 мл 1%-раствора лидокаина. Поддержание целевого артериального давления 140-150/80-90 мм.рт.ст. на момент пережатия сонной артерии при необходимости проводилось медикаментозно вазопрессорами в индивидуальных дозах. У 3 больных при выполнении КЭЭ во время выделения ствола внутренней сонной артерии произошла материальная эмболия в сосуды головного мозга с типичной картиной острого нарушения мозгового кровообращения, в одном случае при двустороннем поражении внутренних сонных и позвоночных артерий, после интраоперационной окклюзии сонной арте-

рии более 25 минут. После восстановления кровотока по сонной артерии данные пациенты были переведены в реанимационное отделение для дальнейшего наблюдения и лечения.

Заключение. Наш опыт показал, что техника использования ультразвуковой

навигации при проведении ЦБ во время хирургических вмешательств на сонных артериях повышает эффективность проводимой процедуры, минимизирует осложнения, обеспечивает контакт с пациентом, уменьшает экономические затраты на проведение анестезиологического пособия.

ПЕРИОПЕРАТИВНЫЙ ТРАНСПИЩЕВОДНЫЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МИКСОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Назырова Л.А., Ли В.В., Мухидинова Р.С., Ли В.Н., Хайдаров А.Э.

ГУ РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова

Хирургическое лечение миксом левого предсердия (МЛП) нуждается в постоянном мониторинге их положения, что возможно осуществлять только с помощью транспищеводного эхокардиографического мониторинга (ТПЭхоКГМ).

Цель: Определить роль ТПЭхоКГМ при оперативном лечении МЛП.

Материалы и методы: У 23 больных, в возрасте 38-69 лет, с МЛП, интраоперационно проводился ТПЭхоКГМ. Удаление миксом выполнялось в условиях тотальной внутривенной анестезии: фентанилом, кетамином, бензодиазепинами, миоплегии – ардуаном, в общепринятых дозировках, искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), стандартного кардиомониторинга. Основным этапом операции проводился при гипотермической перфузии с использованием аппарата искусственного кровообращения «TERUMO». Время операции в среднем составляло 120-150 минут, анестезии 150-180 минут, искусственного кровообращения 30-40 минут, окклюзии аорты 15-25 минут. ТПЭхоКГМ был выполнен аппаратом GE Logiq P6.

Результаты: ТПЭхоКГМ интраоперационно в 8 случаях позволил уточнить размеры и расположение МЛП, что не удава-

лось обнаружить до операции. В 18 случаях миксома располагалась в ЛП, в 5 случаях - в зоне митрального клапана (МК), уточнялась работа клапанного аппарата, степень пролабирования миксомы через МК, наличие тромбоза. В 3х случаях, вследствие захватывания основанием миксомы структур МК и его дисфункции дополнительно выполнялась его замена на механический. В 2-х случаях после удаления МЛП проводилась пластика трикуспидального клапана, компетентность которого выявлялась ТПЭхоКГМ. В постперфузионном периоде с помощью ТПЭхоКГМ проводилась профилактика воздушной эмболии и контролировалась адекватность хирургического вмешательства. В 6 случаях при удалении миксомы с пластикой ДМПП визуализация перегородок сердца позволяла определять герметичность проведенной реконструкции. ТПЭхоКГМ интраоперационно выявил отсутствие остаточных фрагментов опухоли и позволил осуществлять контроль состояния внутрисердечной гемодинамики.

Вывод: При хирургическом лечении МЛП использование ТПЭхоКГМ имеет огромное значение, поскольку значительно расширяет не только диагностику внутрисердечной патологии, но и уточняет даль-

нейшую тактику хирургического вмешательства, определяет его эффективность, обеспечивает постоянную информацию о гемодинамических сдвигах в режиме реального времени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сабиров Д.М.^{1,2}, Набиев А.А.^{2,1}, Красненкова М.Б.², Турсунов Х.М.¹, Койиров А.К.¹.

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан¹

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Ташкент, Узбекистан²

Острая сердечная недостаточность (ОСН), развивающаяся на фоне острого инфаркта миокарда (ОИМ), несомненно, приводит к гипоксемии, которая существенно увеличивает частоту кардиальных осложнений.

По-прежнему вызывает споры вопрос о профилактическом и лечебном значении метода респираторной терапии у больных с гипоксемией сердечного генеза. Известно, что необоснованное проведение искусственной вентиляции легких имеет нежелательные последствия, увеличивается риск развития различных осложнений. В связи с этим применение неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) у больных с кардиогенной дыхательной недостаточностью считается вполне оправданным.

Цель исследования: Изучить влияние НВЛ на показатели кислотно-основного состояния (КОС), гемодинамики и внешнего дыхания у больных с острой сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования: 42 больным с ОСН проводилась, на фоне стандартного лечения, НВЛ в режиме BiPAP.

К критериям исключения относились: остановка дыхания и необходимость прове-

дения немедленной интубации, гипотония, непроходимость верхних дыхательных путей, невозможность удаления мокроты или применения лицевой маски.

Неинвазивная вентиляция с положительным давлением осуществлялась с помощью лицевой маски аппаратом ИВЛ ЭВИТА+2 фирмы «Draeger». При проведении НВЛ в режиме BiPAP 15/7 см H₂O через лицевую маску, в течение 1 часа отмечалось достоверное снижение ЧД на 29,5% и ЧСС на 14,2%, улучшение показателей центральной гемодинамики, ФВ на 18,1%, также улучшились показатели КОС и газов крови: PaO₂ увеличилось на 38,2 %, PaCO₂ снизилось на 37,1 %, SaO₂ увеличилось 16,7%.

Заключение: НВЛ в режиме BiPAP позволила нормализовать газовый состав крови, параметры гемодинамики и внешнего дыхания, у больных с ОСН; избежать интубации трахеи. Контроль адекватности проводимой респираторной поддержки может осуществляться на основе мониторинга SpO₂ и параметров гемодинамики, исследованием КОС и газов крови.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛОПРОСТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНО-ГИПЕРТЕНЗИОННОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДМЖП

Тулештаев Р.М., Кошкинбаев Ж.Б., Абзалиев К.Б., Миербеков Е.М., Степанова О.А., Ибадуллаев Э.Б., Абзалиева С.А., Диханбаев А.Р.
Национальный научный центр хирургии имени А. Н. Сызганова
Казахский медицинский университет непрерывного образования
Алматы, Казахстан

Цель: оценить эффективность Илопроста в терапии легочной гипертензии (ЛГ) у больных после коррекции ДМЖП.

Материалы и методы исследования: С января 2012 г. по январь 2018 г. в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова оперированы 152 пациента с ДМЖП. У 50 (М-26, Ж-24) 30% пациентов диагностирована легочная гипертензия 2-3А ст. Средний возраст 20,7 лет (от 3 месяцев до 41 года). Легочная гипертензия I степени была у 31 (62%) пациента, из них у 6 (19,35%) больных отмечалось повышение давления в легочной артерии. Легочная гипертензия II степени у 11 (22%) больных. Легочная гипертензия IIIА степени (70-90 мм рт. ст. по Бакулеву) у 8 (16%) пациентов. Пациентам со 2 и 3А ст. ЛГ за 2 месяца до операции, во время операции и ближайший операционный период назначали Виагру по 20 мг×2 раза. При гипертензии до 49 мм рт. ст. специфического лечения не проводили. 23 (46%) пациентам выполнена пластика ДМЖП, у 27 (54%) пластика сопровождалась коррекцией трикуспидальной недостаточности. Для предупреждения легочной гипертензии использовали Илопрост ингаляционно (вводили в дыхательный контур наркозного аппарата). Периоперационно контролировали давление в ЛА с помощью катетера Сван-Ганца.

Результаты: Легочная гипертензия II степени у 11 (22%) снизилась до нормы у всех пациентов 100%. Легочная гипертензия IIIА степени снизилась до 34±16,0 мм.рт.ст. у 3 (37,5%) пациентов, у 2 (25%) пациентов до 48 ± 6,0 мм рт. ст., а у 3 (37,5%) больных снижение давления в легочной артерии было недостоверным и составляло 76±8,0 мм рт. ст. До операции ЛГ I ст была у 31 (62%), после операции оставалась у 39 (78%), за счет перехода пациентов с других групп. ЛГ 2 ст была у 11 (22%) и после операции осталась у 10 (20%). У пациентов 3А группы 8 (16%) гипертензия в легочной артерии после операции была у 1 (2%). Летальных исходов в ближайшем периоде не наблюдали, пациенты выписаны на консервативное лечение. Отдаленные результаты пока не изучены. На момент выписки Систолическое давление в правом желудочке (СДПЖ) после операции с 45,3± мм рт. ст. снизилось до 36,6 мм рт. ст. (P<0,001).

Выводы: Выявлено эффективное влияние Илопроста у больных с легочной гипертензией, оперированных по поводу ДМЖП. Илопрост позволяет предупреждать легочно-гипертензионный криз в послеоперационном периоде у больных с ДМЖП с сопутствующей высокой легочной гипертензией.

НОВЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ И КАЗАХСТАНСКИЕ РЕАЛИИ

Турғалиев А.А., Чурсин В.В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазМУНО,
Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: обзор научной литературы касательно эффективности и безопасности препаратов из группы новых оральных антикоагулянтов, методов их мониторинга, реверсии эффекта, а также казахстанских условий их применения в лечении пациентов.

Материалы и методы: в обзор с последующим анализом практичности применения в РК включены материалы семи рандомизированных исследований препаратов касательно эффективности и безопасности новых оральных антикоагулянтов, девяти литературных источников о методах мониторинга активности и реверсии эффекта данных лекарственных средств.

Результаты: В Казахстане согласно Казахстанскому национальному лекарственному формуляру на данный момент зарегистрировано лишь 3 представителя группы новых оральных антикоагулянтов (НОАК) – дабигатран, ревароксабан и апиксабан.

Эффективность и безопасность данных лекарственных средств продемонстрировано в крупных рандомизированных клинических исследованиях (RE-LY 2009, ROCKET AF 2011, ARISTOTLE 2011, RE-COVER 2009, EINSTEIN DVT 2010, EINSTEIN PE 2012, AMPLIFY 2013), но значимого превосходства в показателях общей смертности по сравнению с прямыми антикоагулянтами (гепаринами) не наблюдалось.

Эффективность лабораторного мониторинга антикоагулянтной активности

НОАК низкая, так как специализированные чувствительные тесты (разбавленное тромбиновое время и экариновое время свертывания; анти-Ха активность) недоступны в обычной клинической практике, а на неспецифические показатели коагулограммы (АЧТВ, ТВ, ПВ) можно ориентироваться лишь косвенно, так как нормальные показатели не исключают активности препарата. НОАК, так же, как и другие антикоагулянты могут привести к кровотечениям. Эффективность неспецифических методов реверсии эффекта (переливание СЗП) при ассоциированном с НОАК кровотечении не была подтверждена крупными рандомизированными контролируемые испытаниями, а специфические антидоты для новых оральных антикоагулянтов на территории РК представлены лишь одним препаратом – идаруцизумаб (для реверсии эффекта дабигатрана).

Заключение: Новые оральные антикоагулянты представляют собой две группы препаратов – это прямые ингибиторы тромбина (дабигатран) и прямые ингибиторы фактора Ха (ревароксабан и апиксабан). Каких-либо преимуществ по сравнению с другими антикоагулянтами не выявлено. НОАК не имеют методов контроля эффективности и потенциально опасны при развитии кровотечения, т.к. отсутствуют условия для оказания полноценной экстренной помощи пациентам в urgentных ситуациях из-за отсутствия на территории РК специфических антидотов для реверсии их эффекта.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ

Эдмундас Ширвинскас, Тадас Чеснайтис, Тадас Ленкутис

Литовский университет наук здоровья. Отделение кардиохирургической анестезиологии и интенсивной терапии в клинике сердечно-торакальной и сосудистой хирургии.

Литовский университет наук здоровья, ул. А. Мицкявичаус 9, Каунас LT-44307 Литва.

Введение. Эндотелиальный гликокаликс (ЭГ) – это тонкий слой протеогликанов, выравнивающий внутреннюю стенку кровеносного сосуда и выполняющий защитные и транспортные функции. Этот здоровый и неповрежденный слой обеспечивает нормальную микроциркуляцию в тканях. Нарушение эндотелиального гликокаликса, несомненно, является важным фактором при патофизиологических процессах критических состояний, процессов воспаления и хирургической травмы. При известной структуре строения гликокаликса, появилась возможность определить степень его повреждения при различных состояниях. Сердечная хирургия сталкивается со значительными вызовами, ведь операция вызывает сильный стресс для человеческого организма. Используется искусственное кровообращение, появляются большие зоны ишемии, остановка сердца, манипуляции в грудной клетке и т.п. Манипуляции, как прямо, так и косвенно, через различные воспалительные и химические процессы, разрушают слой эндотелиального гликокаликса. Принято считать, что эти поражения могут привести к ухудшению состояния пациентов, и поэтому необходимо искать пути решения этой проблемы.

Цель. Определить степень повреждения эндотелиального гликокаликса во время кардиохирургических операций с использованием искусственного кровообращения, используя биомаркер Syndecan-1 (CD138). Пилотная студия.

Задачи. Определить степень повреждения эндотелиального гликокаликса во время кардиохирургических операций с

использованием биомаркера Syndecan-1. Определить влияние продолжительности пережатия аорты и искусственного кровообращения на повреждение эндотелиального гликокаликса, используя биомаркер Syndecan-1. Оценить взаимосвязь между воспалительным статусом и повреждением эндотелиального гликокаликса, оценивая корреляцию между концентрацией Syndecan-1 и воспалительными маркерами.

Методология. В исследовании принимали участие пациенты Клиники сердечно-торакальной и сосудистой хирургии Каунасской клинической больницы Литовского университета наук здоровья, перенесшие операцию аортокоронарного шунтирования с применением искусственного кровообращения (ИК). В перспективном, наблюдательном, пилотном исследовании приняли участие 16 пациентов. По получении письменного информированного согласия, определения концентрации Syndecan-1 проводилось по прибытии в операционную, до ИК, после ИК, по прибытии в отделение интенсивной терапии и через сутки. Демографические, клинические данные пациентов, стандартный мониторинг проводиться на всех этапах. Учитывается исход болезни. Для оценки воспалительного статуса исследовали С-реактивный белок и общий анализ крови до и после операции, и через 24 часа. Фиксируется объем операции, время пережатия аорты и продолжительность ИК. Результаты статистически достоверны при $p < 0,05$.

Результаты. Было проведено экспериментальное исследование, во время кото-

рого было исследовано 16 пациентов. В исследовании наблюдалась тенденция, что наибольшее влияние на повреждение эндотелиального гликокаликса оказывает время пережатия аорты. Длительность ИК потенциально значима, так как статистическая достоверность является предельной: при ИК > 89 мин. концентрация свободного гликокаликса после операции составляет в среднем 181,87 и 105,51 нг / мл (ИК < 89 мин) (p = 0,06). А при продолжительности пережатия аорты > 50 мин и < 50 мин концентрация составляет соответственно 219,19 и 98,39 нг / мл (p = 0,007). Не было статистически значимой разницы в воспалительных показателях. У пациентов, которым назначались глюкокортикоиды (дексаметазон 8 мг / вв) (n = 4), концентрация гликокаликса составили 190,36 и 128,13, но разница была статистически недо-

верной (p = 0,2). Более высокий уровень глюкозы в крови 9,23 и 7,87 ммоль / л наблюдался в конце операции у пациентов, которые получали глюкокортикоиды, но разница не была статистически значимой (p = 0,146).

Выводы. Наибольшее влияние на повреждение эндотелиального гликокаликса оказывает продолжительность пережатия аорты. Влияние продолжительности ИК будет уточнено в ходе дальнейшего исследования. Дальнейшие исследования продолжаются путем наблюдения за потенциальным отрицательным эффектом гипергликемии с повышенным повреждением эндотелиального гликокаликса. Результаты, полученные в ходе пилотного исследования, способствуют планированию и проведению дальнейших исследований.

ВЫСОКАЯ ГРУДНАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОТКРЫТУЮ ОПЕРАЦИЮ НА СЕРДЦЕ

Шоев Ф.С., Аликулов А.Г., Назаров Ш.Х.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, город Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: оценка эффективности высокой грудной эпидуральной анестезии (ВГЭА) и послеоперационного обезболивания у больных, перенесших открытую операцию на сердце.

Материал и методы. За период с 2017 по 2018 гг. в РНЦССХ 52 кардиохирургическим больным была выполнена высокая грудная эпидуральная анестезия и в дальнейшем проводилось послеоперационное обезболивание. Возраст оперированных варьировал от 25 до 70 лет. Женщин было 23 (44,23%), мужчин – 29 (55,76%). Аортокоронарное шунтирование выполнено 21 (40,38%) пациентам, протезирование клапанов сердца в 15 (28,84%) наблюдениях,

коррекция ДМЖП в 8 (15,38%) случаев. По поводу экссудативного перикардита (n=3; 5,76%) и других хирургических патологий сердца (n=5; 9,61%) были оперированы 8 пациентов.

В условиях операционной пациентам по стандартной методике на уровне Th2-Th4 выполнена катетеризация эпидурального пространства. В качестве местного проводникового анестетика использовали раствор Маркаин 0,5% - 10-16 мл. Достаточный эффект анестезии наступила через 15-25 минут. На вводный наркоз использовали: Мидазолам 0,05-0,1 мг/кг, Пропофол из расчета 2-4 мг/кг и Ардуан 0,05-0,1 мг/кг без наркотических анальгетиков. Поддер-

жали наркоз ингаляционными анестетиками Севофлюран или Изофлуран 0,5-4%об. В послеоперационном периоде в отделение реанимации и интенсивной терапии поддерживали дозу эпидуральной анестезии путем введения раствора Маркаина 0,5% 3-4мл/час, что 90% больных исключали болевую чувствительность.

Результаты. Применение ВГЭА у больных обеспечивает оптимальную анестезию путем создания ганглионарного блока, что снижает риск гиперкатехоламинового стресса и анестезиологических осложнений за счет уменьшения доз наркотиче-

ских анальгетиков. В послеоперационном периоде: быстрое восстановление сознания и дыхательной активности, стабильная гемодинамика, ранняя экстубация трахеи в течении 3-6 часов, и быстрая активизация больных методом «Fast-track»

Заключение. Применение ВГЭА у больных кардиохирургического профиля является оптимизация течения пери- и послеоперационного периода, сокращение частоты интра- и послеоперационных осложнений, что влияет на время пребывания больных в стационаре и экономически выгодно.

НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕЙРОХИРУРГИИ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПО МЕТОДИКЕ «ASLEEP-AWAKE-ASLEEP» ПРИ ХИРУРГИИ ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗОН ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ким С.И., Васильев Д.В., Омаров Т.С.

КГП Областной медицинский центр, Караганда, Республика Казахстан

При опухолях головного мозга лобно-височно-теменной областях патологический процесс распространяется на сенсомоторные области и речевые зоны Брокка. У пациентов с данным видом патологии наблюдаются психомоторные поражения. В связи с этим очень важна слаженная работа большой бригады специалистов (анестезиолога, нейрохирурга, психолога и лингвиста) в проведении операции и анестезиологического пособия по методике «ASLEEP-AWAKE-ASLEEP» по поводу удалению опухолей головного мозга таких локализаций, чтобы после операции не усугубить когнитивные и моторные функции головного мозга.

Цель исследования: выбрать наиболее приемлемую тактику введения анестезиологического пособия по методике «ASLEEP-AWAKE-ASLEEP».

Материалы и методы: для исследования отобрано трое пациентов в среднем возрасте 53 лет. У них верифицированы следующие диагнозы: 1) мультиформная глиобластома левой височной области г/м. В стадии клинической декомпенсации. Сенсорная афазия. 2) продолженный рост анапластической астроцитомы левой височной области г/м в стадии клинической декомпенсации. Сенсорная афазия (акустико-мнестический, семантический компоненты). 3) фибриллярная астроцитома левой височной области г/м в стадии клинической декомпенсации. Моторная афазия.

В первом случае анестезиологическое пособие проводилось с помощью р-р дексдора через перфузор со скоростью

1,0-0,7 мкг/кг/мин и болюсным введением р-ра фентанила с использованием недеполяризующего миорелаксанта – эсмерона. Перед этапом пробуждения больному вводился сугаммадекс. Во втором случае применялись р-р пропофола через перфузор со скоростью 4-5 мг/кг/час с болюсным введением р-р фентанила и с использованием недеполяризующего миорелаксанта – эсмерона. Также перед этапом пробуждения вводился сугаммадекс. В третьем случае анестезиологическое пособие проводилось с помощью р-ра пропофола через перфузор со скоростью 4-5 мг/кг/час и р-р фентанила вводимый также через перфузор со скоростью 1-1,5-2 мкг/кг/мин без использования миорелаксантов.

Результаты: в первом случае длительность операции составила 300 минут, этап до пробуждения – 40 минут, этап пробуждения и экстубации до адекватного контакта с пациентом составил 23 минуты, этап работы лингвистов с больным с одновременной работой нейрохирургов по удалению опухоли составил 150 минут.

Во втором случае длительность операции составила 230 минут, этап до пробуждения – 35 минут, этап пробуждения и экстубации до адекватного контакта с 20 минут, этап работы лингвистов с больным с одновременной работой нейрохирургов по удалению опухоли составил 60 минут.

В третьем случае длительность операции составила 230 минут, этап до пробуждения – 110 минут, этап пробуждения и экстубации до адекватного контакта с пациентом составил 15 минуты, этап работы лингвистов с больным с одновременной

работой нейрохирургов по удалению опухоли составил 35 минут.

Заключение. Наиболее быстрое пробуждение и раннее восстановление ясного сознания и контакта было получено у пациента с диагнозом - фибриллярная астроцитомы левой височной области г/м в стадии клинической декомпенсации.

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Красненкова М.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение эффективности амантадина сульфата (ПК-Мерц) - неконкурентного антагониста NMDA-рецепторов, в качестве нейропротектора у пациентов с острой церебральной недостаточностью (ОЦН) различного генеза.

Материал и методы: Нами было обследовано 32 пациента с ОЦН (26 мужчин и 6 женщин), средний возраст - $43 \pm 5,3$ лет. Причиной ОЦН являлись: тяжелая ЧМТ – 18 больных, САК – 6 больных, ОНМК - 8 больных. Уровень сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) при поступлении составил $6,2 \pm 2,1$ балла. Были исследованы динамика уровня сознания, длительность проведения ИВЛ, исход заболевания по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Пациентам назначалась традиционная терапия ОЦН. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа (n=15) - пациенты, получавшие традиционную интенсивную терапию, 2-я группа (n=17) – пациенты, которым традиционная схема ИТ была дополнена введением 400 мг/сут амантадина сульфата внутривенно капельно.

Эксайтотоксичность, обусловленная избыточным выбросом глутамата, – пусковой механизм нейрональной смерти. Эксайтотоксичность может быть нейтрализована блокадой NMDA-рецепторов. Амантадин

Моторная афазия, анестезиологическое пособие у которого проводилось прополом и фентанилом без миорелаксантов. Дополнительным плюсом данной тактики явилась экономическая составляющая, выражаемая в отказе введения таких дорогостоящих препаратов, как дексдор и сугаммадекс.

сульфат (ПК-Мерц), как неконкурентный антагонист NMDA-рецепторов, уменьшает поток Ca^{2+} в клетку, ингибирует разрушение нейронов и оказывает нейропротективное действие.

Положительное клиническое действие ПК-Мерца выявлено уже с первых суток от начала терапии. Уровень сознания по ШКГ повышался на 14,3% на фоне терапии, и уже к 3-м суткам было получено достоверное различие ($p < 0.001$) в сравнении с 1-й группой. В группе сравнения результаты были несколько хуже.

Сроки проведения ИВЛ в основной группе пациентов также укорачивались на 15,9% по сравнению с 1-й группой. Это связано с быстрым восстановлением сознания у пациентов, и ранним переводом пациентов на самостоятельное дыхание. Исход заболевания по шкале исходов Глазго достоверно был лучше в 1-й группе.

Заключение:

Использование непрямого антагониста NMDA-рецепторов амантадина сульфата в терапии больных с ОЦН улучшает неврологический статус, ускоряет выход из комы.

Применение препарата ПК-Мерц позволяет сократить длительность ИВЛ у больных.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ

Сарбаева А.М., Токишылыкова А.Б., Жиеналин Р.Н., Саркулова Ж.Н.

ЗападноКазахстанский государственный медицинский университет

имени Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. Церебральный инсульт продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой в связи с его большой распространённостью и высокими уровнями инвалидизации и летальности. В 2004 году ВОЗ, Всемирная федерация инсульта и Всемирный конгресс по проблеме инсульта (Ванкувер, Канада) обратились с сообщением, в котором инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет 4-30%, возникая у 13-271 человека на 100000 населения в год. Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40-50%, а инвалидизация - 70-80% (Крылов В. В., Петриков С.С., 2010, Дашьян В.Г., 2009). Интенсивная терапия больных с церебральными инсультами - крайне актуальная проблема современной нейрореаниматологии и нейроанестезиологии. В последние десятилетия совершенствуются и расширяются объёмы хирургических методов лечения геморрагических инсультов. Предоперационная подготовка нейрохирургических пациентов не особо отличается от основных принципов, но имеет свои особенности.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с геморрагическими инсультами.

Материал и методы. Нами обследовано и пролечено 37 больных в возрасте от 26 до 69 лет, мужчин – 21, женщин - 16. Обследование пациентов включало обязательную нейровизуализацию, контроль ЭКГ с осмотром кардиолога, рентгенологическое исследование органов грудной

полости – по показаниям, контроль системы гемостаза, КОС и газы крови, контроль сахара крови, минимальный контроль исходного функционального состояния почек и печени. В объёме предоперационной подготовки с целью снижения исходного внутричерепного давления использовали маннит 15% раствор из расчета 0,5-1,5 г/кг массы тела. В послеоперационном периоде критическим уровнем внутричерепного давления, требующим срочной коррекции, считали величину 20-25 мм.рт.ст. Обеспечение адекватной оксигенации со стабилизацией газообмена (при снижении pO_2 менее 60 мм.рт.ст., а pCO_2 более 50 мм.рт.ст. в артериальной крови) обеспечивалась респираторной поддержкой ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции с дыхательным объёмом 8-10 мл/час, коррекция гемодинамики проводилась с «целевым» уровнем артериального давления в пределах снижения до 15-20% от исходного и поддерживалась инфузией адреноблокатора – урапидила.

Результаты исследования и их обсуждение. На фоне вышеперечисленных проведенных комплексных мероприятий при вскрытии твердой мозговой оболочки у 5 больных сохранялась картина выраженной внутричерепной гипертензии, которая была купирована лишь после дренирования и удаления очага кровоизлияния. У 6 больных отмечали интраоперационную гипотонию со снижением АД до 70/50 мм.рт.ст., откорректированную введением коллоидов и глюкокортикостероидов. У 3 больных были вынуждены начать вазопресорную терапию дофамином с начальной дозой от 5 мкг/кг\мин. Одним из наиболее

проблемных сторон на всех этапах ведения и лечения данной категории больных является поддержание адекватного уровня АД, которое во многом является основой для обеспечения адекватной перфузии головного мозга и профилактикой развития вторичных церебральных повреждений.

Заключение. Таким образом, предоперационная подготовка пациентов с геморрагическими инсультами, которые находились в критическом состоянии должно быть более тщательным, из-за недостатка времени, данных анамнеза и общего состо-

яния пациента, требующего неотложной помощи. Не рекомендуется назначение обследований, результат которых не влияет на тактику лечения. Предоперационное обследование пациентов включает общепринятые методы обследования с обязательной нейровизуализацией. Профилактика и интенсивная терапия вторичных повреждений головного мозга с купированием и коррекцией внутричерепной и артериальной гипертензии, начатая на предоперационном этапе, является основой благоприятного течения и исхода заболевания.

MONITORING OF CEREBRAL AUTOREGULATION IN TRAUMATIC BRAIN INJURY

Tomas Tamosuitis, MD, PhD

The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kaunas Clinics, Kaunas, Lithuania

AIM

To overview rationale, principles and techniques of cerebral autoregulation monitoring in traumatic brain injury patient

SCOPE OF PRESENTATION

Presentation describes multiple mechanisms of cerebral autoregulation (CA) in normal human physiology and endothelium driven pathway in particular. Importance of underlying problem of CA heterogeneity in traumatic brain injury (TBI) is stressed. Static vs dynamic CA and non-invasive vs invasive monitoring techniques differences described in detail. Overview of various CA monitoring indices values and thresholds with insights of their importance in clinical

practice given. Clinical case scenario of prolonged CA monitoring based treatment presented. Major CA studies with impact on TBI treatment guidelines and ICP vs CPP/CA based treatment differences analyzed.

CONCLUSION

CA is impaired in majority of TBI patients and therefore it is recommended to monitor it as a part of multimodal neuromonitoring and direct individualized treatment accordingly. Although there is no golden standard, indice with clear thresholds in CA monitoring but various tools available on the market allows clinicians to keep trend towards normal CA in TBI patients and to achieve better outcomes.

ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ

Хабибуллова Ж.Г., Сарбаева А.М., Саркулова Ж.Н.

ЗападноКазахстанский государственный медицинский университет

имени Марата Оспанова, ГКП «БСМП» на ПХВ, Актобе, Республика Казахстан

Актуальность проблемы: Ежегодно в Казахстане около 48 тысяч людей переносят инсульт головного мозга. Правильное и адекватное лечение этого заболевания остается актуальной проблемой и на сей день (Fonyakin, A.V., 2012). Одной из основных причин инсультов в РК является артериальная гипертензия. Повышение артериального давления (АД) неблагоприятно для прогноза данного заболевания, т.к. может привести к переходу жидкой части крови через сосудистую стенку в ткань головного мозга (ГМ), быстрому развитию отека и дислокации мозга. Именно проблема коррекции артериальной гипертензии рассматривается как один из важнейших и обязательных компонентов интенсивной терапии острой мозговой патологии. На данный момент предложено множество схем лечения АГ при инсультах, однако все они являются недостаточно эффективными. При гипотензивной терапии важно исключать перепады АД, т.к., возможен феномен обкрадывания головного мозга (Vilensky B.C., 1986.). Возникает несоответствие между доставкой к мозгу необходимых веществ и потребностями нервных клеток. Неправильно подобранная терапия увеличивает риск послеоперационных осложнений, неблагоприятного исхода заболевания, отека мозга, дислокационной компрессии головного мозга, вторичной ишемии мозга, повторного кровоизлияния, инвалидизации пациента и в дальнейшем, трудной реабилитации (Vilensky B.C., 1986.). В связи с этим важнейшей целью лечебных мероприятий считается поддержание оптимального АД и реологии крови в мозге.

Целью работы явилось исследование эффективности различной гипотензивной

терапии у больных с острыми мозговыми инсультами.

Материал и методы. Обследовано две группы больных, находившихся на лечении в инсультном отделении БСМП г. Актобе с января по март месяцы 2018г. Исследовались 30 больных, из них 15 пациентов с геморрагическим инсультом, 15 - с ишемическим инсультом. 15 больных оперированы по поводу удаления гематом головного мозга. Средний возраст пациентов в пределах 65-80 лет, женщин – 12, мужчин – 18. Больные были распределены поровну между двумя группами. В распределении использован метод случайной выборки. На догоспитальном этапе всем больным проведено КТ головного мозга с целью дифференциальной диагностики. У всех больных проводили ежеминутный мониторинг АД, ЭКГ, ЧСС, ЧД, термометрии, пульсоксиметрии и капнографии. Для сбора данных и проведения расчетов использовали средства Microsoft Office. Гипотензивными средствами, применявшимися для снижения, повышенного АД в наших исследованиях, были: урапидил, нитраты (нитроглицерин и изокет) + исопролол + эналаприл [3]. Терапия гипотензивными препаратами проводилась на фоне седатации реланиумом и тиопенталом натрия. Всем больным проводились биохимические исследования крови, КОС и газы крови, глюкозы, мочи. Оценка уровня сознания по шкале ком Глазго и шкале NIHSS. Группы для сравнения: I – пациенты, получавшие лечение альфа I-адреноблокатором, II - бета-блокаторы в комбинации с нитратами и ингибиторами АПФ. Терапию урапидилом проводили следующим способом: первоначальное введение препарата осуществлялось в дозировке 25 - 50 мг, поддер-

живающая максимальная дозировка не превышала 9 мг/час. Непрерывная инфузия с помощью перфузатора или капельная инфузия препарата проводилась до стабилизации артериального давления, в среднем до 2-4 суток. Введение эналаприлата – 0,625-1,25 мг внутривенно струйно в течение 5 минут и бисопролол – начальная доза 1 мл 0,1% раствора (1 мг) с максимальной дозировкой до 10 мг. Нитраты – 10 мл 0,1% раствора на 100 мл натрия хлорида капельно или через инфузомат под контролем АД и ЧСС. Медикаментозная седация проводилась всем больным. Были использованы реланиум и тиопентал натрия.

Результаты и их обсуждение. Согласно клиническому протоколу лечения от 27 декабря 2016 года гипотензивные препараты вводились при повышении системного АД более 220/110 мм.рт.ст. у пациентов с ишемическим инсультом, и более 180/100 мм.рт.ст. у больных с геморрагическим инсультом.

В 1-й группе применение эбрантила вызывало плавное снижение АД. У 12 больных наблюдался постоянный уровень системного АД при непрерывном использовании препарата через инфузомат. Первоначальный эффект проявлялся через 10-12 минут у 13 больных. Уровень АД снижался на 15-20 % от исходного уровня. Не вызывается синдрома тахифилаксии, системное АД после прекращения поступления лекарства оставалось стабильным на протяжении 12-48 часов у 8 больных. Одним из положительных эффектов хотим отметить, что препарат дилатирующее воздействует не только на вены, но и на артерии [2]. Именно поэтому не возникнет синдрома «обкрадывания» головного мозга. Уровень насыщения крови кислородом был в пределах нормы. Нарушения очаговой неврологической симптоматики наблюдалось у 3 больных. Отклонений в биохимическом анализе крови и ЭКГ не наблюдалось ни у одного больного.

Во 2-й группе больных (15) для снижения АД были использованы - нитраты

(нитроглицерин и изокет) + бисопролол + эналаприл. В небольших начальных дозах введение лекарств не влияло на уровень АД, а при увеличении дозировок даже повышалось на 5-8 мм рт.ст. У больных не отмечалось улучшения клинического состояния на фоне терапии нитратами, причем у 10 человек обращало внимание ухудшение неврологической симптоматики, что потребовало экстренной отмены этих лекарств. Кроме того, при применении нитратов выявлено, что эффект снижения системного АД сопровождался развитием учащения сердцебиения, дальнейшее применение препарата вызывало неконтролируемость артериального давления и необходимость повышения дозировки. Возможно, это может объясняться тем, что нитраты и бисопролол являются венозными дилататорами и только при увеличении дозировки способны вызвать артериодилатирующий эффект. Мы предполагаем, что использование данной комбинации лекарств приводит к ухудшению очаговой неврологической симптоматики. Также, после введения лекарственной комбинации ухудшались данные пульсоксиметрии. В среднем у 10 больных наблюдалось снижение насыщения кислородом на 10-15%, что может сказаться на состоянии метаболического статуса головного мозга, повышая риск вторичной ишемии головного мозга. Также по данным литературы, нитраты вероятно могут нарушать вентиляцию и перфузию в легких (Clinical protocol of diagnosis and treatment of strokes. № 18. 2016.). Применение медикаментозной седации в чистом виде, ни в одном случае не приводила к снижению системной артериальной гипертензии, только в комбинации с другими гипотензивными препаратами наблюдался положительный эффект.

Заключение. Таким образом, применение урапидила позволяет эффективно и безопасно корректировать артериальную гипертензию у больных с острыми мозговыми инсультами без ухудшения неврологической симптоматики.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ

ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Адилбеков Е.А. *, Бердалина Г.С. *, Чурсин В.В. **

Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазМУНО**,

Отделение анестезиологии и реаниматологии ЦГКБ*, Алматы, Республика Казахстан

Современная практика анестезии в ортопедии и травматологии предполагает широкое использование регионарных методов анестезии, что дает определенные преимущества. Однако спинальная и эпидуральная анестезия имеет перечень противопоказаний, связанных с возможностью развития осложнений, свойственных именно этим методам обезболивания. Одним из таких противопоказаний является сердечная недостаточность, наличие пороков сердца. Причина ограничений связана с симпатическим блоком и высокой вероятностью развития вазодилатации, когда больное сердце не сможет адаптироваться к изменению пост- и преднагрузки.

В то же время существует методика эпидуральной аналгезии, широко применяемая для послеоперационного обезболивания, для обезболивания самостоятельных родов. Принципиальное отличие – применение местных анестетиков в меньшей концентрации. Это уменьшает степень моторного и симпатического блока, а соответственно и вероятность гипотонии за счет вазодилатации. Естественно, что уменьшается и эффективность обезболивания, однако обезболивающий эффект достаточен для выполнения многих нетравматичных хирургических, гинекологических, урологических и травматологических вмешательств.

Исходя из этого, мы расширили показания для проведения регионарной ана-

лгезии и стали использовать ее не только в послеоперационном периоде, но и при урологических операциях, в ортопедии и травматологии.

Показанием для проведения именно эпидуральной аналгезии у нас является – пожилой и старческий возраст, наличие ХСН и снижение фракции выброса ниже 60%. Объем операций – все урологические эндоскопические вмешательства, ортопедические и травматологические операции на нижних конечностях. У нас есть опыт проведения и более сложных вмешательств, таких как эндопротезирование тазобедренного сустава.

Методика проведения эпидуральной аналгезии классическая, но с применением анестетиков в меньшей концентрации. Чаще всего используется Бупивакаин (Гриндекс) 0,25%, реже Наропин 0,5% или Лидокаин 1%. Объем вводимого раствора 15-20мл.

По нашим наблюдениям количество интраоперационных осложнений значительно уменьшилось: гипотония развивается реже в 4 раза по сравнению с эпидуральной анестезией и СМА, коллаптоидных состояний и нарушений дыхания не было отмечено за период внедрения данной методики (с 2014 года более 500 больных).

Вывод: эпидуральная аналгезия является более безопасной альтернативой эпидуральной анестезии и СМА у больных с ХСН пожилого и старческого возраста.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

Алдынгулов Д.К., Шарипов М.С.

ГКП на ПХВ Алматинский региональный онкологический диспансер, Алматы,

Республика Казахстан

Согласно международному общепринятому определению паллиативная помощь (от фр. palliatif – временное средство, полумера) рассматривается, как система мероприятий, направленных на поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями на максимально возможном комфортном уровне. Сама по себе паллиативная помощь не предполагает продления жизни больного или исцеления от заведомо неизлечимого недуга, но несет в себе глубоко гуманистический морально-нравственный смысл облегчения страданий, как физических, так и душевных (ВОЗ, 2002г.). Создание системы паллиативной помощи должно стать гарантом достойной жизни пациента и спокойной жизни. В директиве ВОЗ полноценное болеутоление рассматривается в качестве одной из важнейших задач онкологии. Как известно, болевой синдром наблюдается у 1/2 больных со злокачественными новообразованиями, а при далеко зашедших стадиях наблюдается в 58 – 87 % случаев. С января 2018 года в Алматинском региональном онкологическом диспансере открыто отделение паллиативной, противоболевой и симптоматической терапии на 20 коек. Внедрены современные инвазивные методы лечения хронического болевого синдрома: блокады межреберные, паравerteбральные, нейролизис (плечевого сплетения, седалищного и бедренного нерва), спинальное холодовое орошение, эпидуральная химическая денервация. Совместно с районкологами ведется учет больных с IV клинической группой, подлежащих паллиативной противоболевой

терапии. Отбор пациентов проходит на мультидисциплинарной группе. В начале 2018 года проведено обучение районных онкологов Южного региона Алматинской области правилам оказания паллиативной помощи населению. Определена маршрутизация и отбор пациентов для оказания паллиативной помощи в условиях диспансера. При далеко зашедших процессах, incurability больных и малой эффективности лекарственной терапии, рекомендуется использовать методы, направленные на прерывание проведения болевой импульсации в ЦНС. Эти альтернативные инвазивные методики достаточно сложны и менее распространены и довольно эффективны. Длительность действия блокад от 2 до 6 месяцев. Мы придерживаемся основных показаний к проведению данных методик: выраженный болевой синдром, чаще нейропатического типа, злокачественный процесс 3-4 стадии, длительное применение наркотических анальгетиков в больших дозах. Обоснованный выбор методики анальгезии, учет показаний и противопоказаний, точное выполнение регионарной техники и дозирования препаратов являются мерами профилактики осложнений. За 6 месяцев в отделении паллиативной терапии пролечено 156 пациентов. За это время установлено 121 катетер магистральных вен, инвазивные методы лечения болевого синдрома применяли 44 больным. Эпидуральная химическая денервация проводилась 10 пациентам, 2 больным - нейролизная блокада веточек плечевого сплетения, 1 пациенту - химический нейролиз седалищного нерва, 2 больным - спинальное холодовое орошение, 5

больным - межреберный нейролиз, о 24 пациентам была - паравертебральная нейролизная блокада. Параллельно проведенная медикаментозная противоболевая терапия дала хороший клинический эффект. Таким образом, использование паллиативной терапии с применением адъювантов, инва-

зивных методов обезболивания и строгое соблюдение принципов болеутоления в условиях стационара намного улучшает качество жизни пациентов и позволяет уменьшить расход наркотических анальгетиков в дальнейшем.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Артемов К.В., Войновский Ю.В.

ГКП на ПХВ Алматинский региональный онкологический диспансер, Алматы, Республика Казахстан

Ведущей задачей паллиативного лечения онкологических больных является поддержание максимально возможного качества жизни до исхода заболевания. Это достигается поддержанием на должном уровне обменных процессов (парентеральное или энтеральное питание, коррекция водно-электролитного баланса, дезинтоксикация), адекватным обезболиванием, (анальгетики, адъюванты, блокады, проводниковые анестезии, нейролиз) и применением симптоматической сопроводительной терапии (спазмолитики, антиэметогенные препараты и т.д.). Сотрудникам паллиативных отделений необходимо прилагать силы в направлении избавления пациента от физических и душевных страданий, которые сводятся к переживаниям боли, упадка сил, блокированию естественных физиологических процессов на фоне депрессивной, тревожной или апатической оценки утраты возможностей прежнего уровня жизнедеятельности. Психические расстройства, диссомния, разнообразные неврологические нарушения всегда являются вторичными по отношению к патоморфологическим и функциональным изменениям всего организма в терминальной стадии опухолевого процесса. Ведущим синдромом являются грубо выраженная астения – от раздражительной до апатической стадии, за фасадом которой,

как правило, скрываются тревожные и тревожно-депрессивные расстройства. Редко, можно столкнуться с абортивными интоксикационными делириозными состояниями, и на финальном отрезке заболевания с расстройствами сознания от обнубиляции до сопора и комы. Изменения сознания у некоторых больных связаны с хронической наркотизацией, требующей постепенного повышения доз наркотических анальгетиков, или синдромы острых абстинентных расстройств, при нерациональном одновременном назначении опиоидов и их агонистов-антагонистов. При астенических и депрессивных состояниях отмечается тревожность, обусловленная страхом смерти, хроническим болевым синдромом, осознанием утраты больным собственных функциональных возможностей. Возможности психофармакологической коррекции при паллиативной терапии должны соответствовать иным требованиям, чем в онкохирургическом отделении, где выраженный седативный эффект транквилизаторов является желательным. Чрезмерная седация, усугубляющая астению, воспринимающаяся, как упадок сил, приводит пациента к умозаключению об ухудшении состояния. Желательно назначать транквилизаторы и антидепрессанты с минимально выраженными сомнолентными и снижающими уровень сознания свойствами: этифоксин,

анвифен, адаптол. Только при расстройствах сна можно назначать феназепам в дозе, не превышающей 0,5-1 мг. Во многих публикациях рекомендуется применение amitriptilina, как адъюванта к анальгетикам. У данной категории больных применение этого антидепрессанта должно соотноситься с его выраженным антихолинергическим эффектом (запоры), нарушением координации и сонливостью, а также хинидиноподобным кардиотоксическим эффектом в случае длительного назначения. Нельзя забывать, что одновременное применение amitriptilina с трамadolом может провоцировать судороги. Дозировки не должны превышать 25 мг в сутки с учетом того, что назначаемые параллельно наркотические анальгетики обладают синергическим эйфоризирующим потенциалом. Значительный интерес представляет циталопрам - антидепрессант без выраженного седативного эффекта. Минимально затрагиваются системы печеночных ци-

тохромов, не возникает конфликт с другими препаратами, однако необходимо помнить, что, если у пациента нарушена функция почек, низкий уровень белка плазмы, или он получает в качестве обезболивающего средства трамadol - его применение противопоказано. Отмечен хороший про-воастенический эффект средств из класса субстратов цикла Кребса – сукцинат- и малатсодержащие препараты оказывают мягкое и сбалансированное действие на такие симптомы астении как упадок сил, интоксикационную оглушенность, при парентеральном введении отмечается умеренно выраженный противотревожный эффект, без побочных свойств, присущих транквилизаторам бензодиазепинового ряда. Пациенты, получающие паллиативную помощь как в онкодиспансерах, так и на дому, требуют вдумчивого и сугубо индивидуально-го психотерапевтического и психофармакологического подхода.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ САЛАСЫНДАҒЫ ИБУПРОФЕННІҢ КӨКТАМЫР ІШЛІК ӘСЕРІ

Войновский Ю.В., Нурланова Г.Н.

МКК ШЖҚ Алматы аймақтық онкологиялық диспансері, Алматы, Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Ұзақ жылдар бойы ауруды басын терапияның «алтын стандарты» есірткілік анальгетиктер (ЕА) болып саналды. ЕА-нің теріс қасиеттері (адинамия, ұйқышылдық, респираторлық депрессия, жүрек айну, құсу, Оддидің сфинктерінің спазмы) мультимодальды анальгезия концепциясының пайда болуына әкелді, демек олардың тиімділігін арттыру және / немесе олардың жанама әсерлерін азайту үшін бірнеше дәрілерді немесе технологияларды үйлестіру (Dahl J.,Kehlet H.,1989,1993). Анестезияны енгізудің және отадан кейінгі кезеңді жүргізудің мультимодальды схемаларын қолдануға қарамастан, отадан кейінгі ауырсыздандыру сапасы көбіне қанағат-

танарлықсыз болып отыр (Wu C.L., Raja S.N.,2011). Дәрілік құралдарды жеткізу әдістері мен тәсілдері ұдайы жетілдіріліп, жаңа дәрі-дәрмектер енгізілуде. Ота алды кезеңдегі сапалы жүргізілген анальгезия, асқинуларды және созылмалы ауру синдромының қалыптасу ықтималдығын азайтады (Perkins F.M., Kehlet H.,2000). Отаға дейін стероидты емес қабынуға қарсы препаратты(СЕҚҚД) енгізу ота жасалатын аймақтағы тіндердің ісінуін және қабыну реакциясын төмендетеді, бұл отадан кейінгі кезеңде науқастарда ауырсыну сезімін азайтады (Woolf C.J.,1995 Woolf C.J.,Chong M.S.,1993) СЕҚҚД бірі – ибупрофен-2-(4-изобутилфенил) - пропион қышқылы,

дәрінің көк тамыр ішілік түрі Қазақстан Республикасында жуырда тіркелді.

Мақсаты: Орташа және жоғары жарақаттағы онкогинекологиялық отадан кейінгі кезеңде ибупрофенді бір реттік көк тамыр ішілік салу түрінің опиоидтарға шығынының тиімділігін анықтау.

Мәліметтер мен әдістер. Дәрі тіркелгеннен кейін апробациясы Алматы аймақтық онкологиялық диспансерінде 2017-2018 жылдар аралығында өткізілді. Бірінші топқа (N-41) ота жасағанға дейінгі кезеңде Түркиялық «Ген Илач» өндірісінің Интрафен® тауар белгісі бар ибупрофен 800 мг мөлшердегі 200,0 физиологиялық ерітінді тамшысы қолданылды. Екінші топ (N-43) – бақылаушы. Онкопатология саласы бойынша әйелдердің жыныс мүшесі аймағына ота жасалды. Науқастарды таңдап алу дәрінің медициналық қолданылу нұсқаулығы бойынша жүзеге асырылды. Топтар анестезиологиялық құрал және оталық араласу сипаттамасының түрлері бойынша салыстырылды. Отадан кейінгі кезеңде СЕКҚД кетопрофен күніне 2 рет 100 мг-нан бұлшықет ішілік және агонист-антагонист опиодтық рецепторы бар налбуфин қолданылды. Науқас ауыру сезіміне шағым жасағанда опиоид енгізіліп отырды. Ота күні 22 сағат ішінде бақылау -аналогтық шкаласы бойынша анальгетиктердің кли-

никалық тиімділігі, негізгі және бақылау топтарында опиоидтердің шығыны бағаланды.

Алынған нәтижелер. Ота күні негізгі және бақылаушы топтарда БАШ бойынша ауыру қарқыны (негізгі топ 1,7±0,8 және бақылаушы топта 1,8±1,1) салыстырылды. Агонист-антагонист опиодтық рецепторы бар налбуфин шығыны негізгі топта 15,12 мг-ды құраса, бақылаушы топта – 21,1 мг көрсетті. Негізгі топта опиоид шығыны 28,4%-ға төмен екендігі байқалды. Агонист-антагонист опиодтық рецепторы бар налбуфин шығыны негізгі топта 15,12 мг-ды құраса, бақылаушы топта – 21,1 мг көрсетті. Негізгі топта опиоид шығыны 28,4%-ға төмен екендігі байқалды.

Қорытынды. СЕКҚД ибупрофен көк тамыр ішілік енгізгенде жоғары анальгетикалық белсенділік көрсетеді және орташа, жоғары жарақаттағы онкогинекологиялық ота кезінде опиоидты анальгетиктердің шығынын 28,4 %-ға азайтуға мүмкіндік береді. Отадан кейінгі кезеңде ЕА-ті қолдануды азайту ішек жұмысының ерте қалпына келуіне септігін тигізеді. Тіркеуден кейінгі жүргізілген апробация Қазақстан Республикасында онкогинекологиялық ота кезіндегі ибупрофенді көктамыр ішілік енгізудің алғашқы тәжірибесі болып саналады.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ В ОНКОЛОГИИ

Кулуспаев Е.С., Иримбетов С.Б.

Онкологический центр, Астана, Республика Казахстан

Проблема ВТЭО (венозно-тромбоэмболических осложнений) в онкологии обусловлена высокой летальностью несмотря на большое внимание во всем мире на данную проблему. У больных, переживших ВТЭ, качество жизни может быть снижено из-за необходимости долгосрочной антикоагуляции для предотвращения другого ВТЭО.

Цель работы: обосновать возможность применения НМГ, в частности эноксипарина для профилактики ВТЭО у онкологических больных в послеоперационном периоде.

Задачи работы: провести сравнительный анализ в группах с применением эноксипарина и НФГ (нефракционированного гепарина) в послеоперационном

периода для профилактики ВТЭО. Обосновать рекомендации по профилактике ВТЭО у онкологических больных в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 120 историй болезни пациентов (80 женщин и 40 мужчин) старше 60 лет с онкологической патологией в раннем и позднем послеоперационном периоде с целью выявления ВТЭО. В опытной группе всем больным за 12 часов до операции подкожно вводили 0.4 ед. эноксипарина, в послеоперационном периоде продолжалось введение эноксипарина в дозе 0.4 ед подкожно вплоть до выписки. Проводился мониторинг состояния пациентов в дооперационном, операционном и послеоперационном периодах (клинический статус, мониторинг показателей центральной гемодинамики, зависимость

от инфузии катехоламинов, анализ биохимических параметров и ЭхоКГ в динамике.

Результаты исследования: В группе, где проводилась профилактика венозных тромбозов, мы наблюдали осложнения в виде тромбозов периферических и магистральных вен. В контрольной группе, где профилактика не проводилась, наблюдались осложнения в виде тромбофлебитов периферических вен у 5 пациентов и тромбоз магистральных сосудов в местах нахождения венозных катетеров у 2 больных. Риск ВТЭО увеличивался у пациентов, которым в предоперационном периоде проводилась химиотерапия.

Выводы: Проведение комплексной тромбопрофилактики у пациентов онкологического профиля, находящихся на стационарном лечении, на сегодня рассматривается как стандарт медицинской помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕДАНА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кулуспаев Е.С., Иримбетов С.Б., Абдухаймов Н.А., Мадиев Х.З., Базылов А.Б.

«Онкологический центр», Астана, Республика Казахстан

Широкое применение левосимедана в клинической кардиологии и кардиохирургии при острой сердечной недостаточности позволило нам применить данный препарат при полиорганной недостаточности у онкологических больных как в предоперационной подготовке, периоперационном периоде, так и в интенсивной терапии.

Целью данной работы являлось изучение возможности применения левосимедана в предоперационной подготовке, периоперационном периоде и интенсивной терапии у больных с полиорганной недостаточностью.

Задачами исследования являлись – изучить возможность применения в дооперационном периоде у больных с хронической сердечной недостаточностью при проведении хирургического вмешательства в онко-

логии, во время операции и послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Внутривенные вливания применялись у 50 больных с различной онкологической патологией (опухоли почек, желудка, легких, яичника в сочетании с хронической сердечной недостаточностью). У всех больных левосимедан применялся в предоперационном периоде за сутки до операции с нагрузочной дозой 9 мкг/на кг в течение 10 мин и последующем поддерживающей дозой 0,1 мкг/кг/мин в течение последующих 24 часов. Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов которым были проведены операции при онкологической патологии с внутривенным вливанием левосимедана в предоперационной подготовке, во время операции и в послеоперационном периоде.

Результаты: В группе предоперационного применения левосимедана в сравнении с контрольной группой была отмечена большая гемодинамическая и клиническая стабильность течения периоперационного периода. В исследуемой группе достоверно уменьшилось применение вазопрессоров. Динамическое наблюдение на госпитальном этапе позволило выявить более выраженное повышение сократительной способности левого желудочка у пациентов в исследуемой группе. Достоверно сократилось количество хирургических осложнений в опытной группе. У больных с почечной патологией наблюдается улучшение функции почек и улучшение азоти-

стого баланса, что, по-видимому, связано со стабилизацией гемодинамики и улучшением трофики почек. Также в исследуемой группе отмечено достоверное сокращение сроков пребывания в условиях ОРИТ в среднем в 1.7 раза в сравнении с группой контроля.

Выводы. Применение левосимедана в предоперационном и постоперационном периодах позволяет поддерживать стабильные показатели в периоперационном периоде. Улучшает показатели хирургического лечения больных при выполнении хирургических операций. Сокращает время нахождения пациентов в послеоперационном периоде в ОРИТ.

РАБОТА МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ДОМУ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

Кунирова Г.Ж., * Ансатбаева Т.Н. **

Общественный фонд «Вместе против рака», Алматы*

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы**, Республика Казахстан

Введение. Создание системы паллиативной помощи онкологическим больным является одним из приоритетных направлений клинической медицины большинства стран мира. Не является исключением и Республика Казахстан. Несмотря на успехи в диагностике и совершенствовании методов лечения больных раком, проблема оказания паллиативной помощи пациентам с распространенными формами злокачественных новообразований требует принципиального решения (Кайдарова Д.Р., Кунирова Г.Ж., 2016; Кайдарова Д.Р., Афонин Г.А., 2017). В связи с этим повсеместно проводится поиск более эффективных методов оказания паллиативной помощи, особенно в регионах с недостаточными ресурсами. Оказание паллиативной помощи в условиях стационара государству обходится довольно дорого, что доказано многочисленными исследования-

ми. С другой стороны, большинство пациентов в Казахстане предпочитают получать паллиативную помощь в амбулаторных условиях, в окружении родных и близких. Мобильная паллиативная помощь (ПП) является одним из современных гуманных методов поддержки инкурабельных онкологических больных, а также их родственников. Таким образом, организация выездных служб позволяет в несколько раз сократить расходы государства на оказание паллиативного ухода нуждающимся категориям лиц (Кайдарова Д.Р., Афонин Г.А., 2017; Кунирова Г.Ж., 2017).

Цель. Проанализировать работу мобильной бригады (МБ), оказывающей паллиативную помощь на дому в городе Алматы за 2017 год.

Материалы и методы. За период 01.01.17-31.12.17г взяты на патронаж 248 пациентов 4-й клинической группы с он-

козаболеваниями, состоящих на диспансерном учете и наблюдении в городском онкологическом центре г. Алматы (АОЦ), что составляет 28,8% от их числа. В ходе исследования применялись следующие инструменты: специально разработанная для нужд мобильной бригады «Индивидуальная карта пациента», в которую входят шкала Карновского для оценки общего состояния онкологического больного, визуальная аналоговая шкала, цифровая оценочная шкала и опросник МакГилла (MPQ) для оценки боли. До начала оказания мобильной паллиативной помощи мы оценивали состояние пациентов по критериям диагностической карты, внедренной нами и утверждённой ученым советом КазНИИОиР «Первичная оценка и мониторинг боли».

Результаты и обсуждения. Для целей исследования были подвергнуты анализу данные по 248 пациентам, принятым под патронаж мобильной бригады за 2017 год. Из них мужчины – 47,0% (117); женщины – 53,0% (131). При анализе возрастного состава в выборке преобладали пациенты старше 60-69 (28,6%) и 70-79 (24,5%), 50-59 лет (21%). Чаще всего за паллиативной помощью обращались больные, страдающие раком трахеи, бронхов, легких - 36(14,6%), желудка -25 (10,5%) и печени -21 (8,5%). Прочие - 26 пациентов (10,5%) это меланома, опухоль Клацкина, множественные МТС поражения позвонков без первичного выявленного очага и других органов. У 84,8% пациентов ведущим симптомом являлся хронический болевой синдром, при интенсивности боли были выше 4 баллов по десятибалльной шкале. Осуществлено 412 выездов к пациентам, 450 пациентам (52,1%) проведены дистанционные консультации. За время посещения больных за 2017 год было произведено 2594 медицинских манипуляций, 450 человек из числа членов семей больных, их родственников, ухаживающих за онкологическими больными, получили услуги членов мобильной бригады паллиативной помощи. Члены се-

мей больных были обучены уходу за больными (профилактика пролежней, правила приёма лекарств по времени и дозировкам, смена белья, гигиенический уход и др.). Преимущества МБ для пациента: получение помощи на дому на бесплатной основе; наличие постоянной связи с членами МБ; корректировка противоболевой и симптоматической терапии; сестринский уход и обучение навыкам ухода родственников пациента; психологическая и социальная поддержка; аренда специальных приспособлений (кислородный концентратор, функциональная кровать, кресла и т.п.); предоставление средств ухода и расходных материалов; возможность транспортировки пациента. Преимущества МБ для онкодиспансеров: данный вид помощи очень востребован, принимается с благодарностью, улучшает имидж лечебного учреждения; снижает почасовую и психоэмоциональную нагрузку с районных онкологов и терапевтов; обеспечивает преемственность комплексной онкологической помощи. Качество оказания ПП на дому, при хорошем уходе со стороны родственников, сопоставимо по эффективности со стационарным лечением.

Вывод: Оказание ПП в амбулаторных условиях не только облегчает состояние самих пациентов, но и жизнь окружающих родственников и близких. Они все могут получить психоэмоциональную и духовную поддержку на любом этапе ухода за больным. Мобильная ПП онкологическим больным, согласно рекомендациям Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП), считается одной из самых эффективных форм оказания паллиативной помощи. В Республике Казахстан, согласно культурным традициям и принятым общественным норм, паллиативные больные, как правило, предпочитают находиться в домашних условиях, среди родственников и членов семей. Необходимость развития МБ ПП является для нашей республики жизненно необходимой.

ПОРТЫ ВАСКУЛЯРНОГО ДОСТУПА, ТЕНДЕНЦИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВО ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Alain Rosier, Senior Consultant Management pfm medical cpp Switzerland, Швейцария

Многочисленные пункции периферических вен и введения противоопухолевых препаратов со временем приводят к значительным техническим трудностям в достижении адекватного венозного доступа и ограничению возможностей дальнейшего лечения. Для обеспечения центрального венозного доступа и проведения химиотерапии применяют рентгеноэндovasкулярную технологию имплантации под кожу специальной конструкции (венозного порта). В Казахстане зарегистрированы и разрешены к применению в медицинской практике биосовместимые венозные порты для имплантации и линии соединения к ним (PFM Medical, Germany) При ультразвуковой навигации прицельная пункция выбранной вены была проведена успешно с первой попытки у 96% больных. Постоянный рентгеновский контроль за перемещением металлического проводника позволял низвести по нему венозный катетер и безопасно разместить его в заданном участке. Венозный порт (Tita Jet PFM Medical, Germany) длительно сохраняет функциональную способность доставки цитостатиков в центральное венозное русло. Введение в систему порт — катетер раздражающих веществ в высокой концентрации не сопровождается побочными кожными реакциями. Многие лекарственные препараты, применяемые при химиотерапии, наряду с противоопухолевой активностью вызывают токсические эф-

фекты в месте введения. Использование периферических вен для системной химиотерапии быстро приводит к серьезным осложнениям. Наиболее часто отмечают экстравазацию противоопухолевого препарата, развитие химического флебита, облитерацию просвета сосудов. Для решения возникших проблем доставки цитостатиков в мировой онкологической практике были разработаны специальные имплантируемые под кожу инфузионные системы, условно названные портами. Сегодня эти устройства обеспечивают адекватный доступ к центральным венозным сосудам, особенно при высокодозовой химиотерапии. Технология формирования долгосрочного венозного доступа на сегодня достаточно унифицирована, чтобы позволить широкому кругу специалистов овладеть ею. В настоящее время существуют 2 основные методики имплантации венозных портов: традиционная хирургическая (открытая) и радиологическая (пункционная). Интервенционная радиология, развивающаяся как область минимально инвазивной хирургии, сегодня располагает новыми возможностями по обеспечению контролируемого доступа в центральное сосудистое русло. Методика и техника операции (манипуляции) безопасна для пациента благодаря наличию в арсенале специальных инструментов и аппаратов для навигации имплантируемого устройства.

ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ОНКОЛОГИИ

Шапатова Н.З., Илялетдинов И.Д.

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы, Республика Казахстан

Нутритивная недостаточность является причиной смерти у 4 из 20 онкологических больных. Потеря массы тела более 10% возникает у 45% пациентов во время лечения. Годовая онкологическая заболеваемость в Республике Казахстан составила 197,8 случаев на 100 000 населения в 2017 году.

Цель: изучить эффективность нутритивной поддержки у онкологических пациентов, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Было обследовано 26 пациентов в возрасте 63±10 лет, весом 61±12 кг, ростом 161±8 см с заболеваниями пищевода (n=5), желудка (n=13), кардиоэзофагеального отдела (n=8). Больные были оперированы в плановом порядке после кратковременной предоперационной подготовки. Были выполнены операции типа Льюиса и гастрэктомии. В КазНИИОнР была внедрена методика чрезкожной катетерной еюностомии, применяемой для раннего энтерального питания. Катетер устанавливался хирургами после выполнения основного этапа операции. Дополнительно пациенты в послеоперационном периоде получали парэнтеральное питание сбалансированными трехкомпонентными инфузионными растворами и инфузионную терапию кристаллоидными растворами из расчета 30 мл·кг⁻¹ массы тела. Через 6 часов после операции начинали внутрикишечное введение энтерального питания. В зависимости от характера питания пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе вводили 5% раствор глюкозы. Во 2-й группе вводили специализированную смесь для энтерального питания, из расчета 500 мл в 1 сутки, 500-1000 мл во вторые

сутки, и далее по 1000-1500 мл в 3 сутки после операции. Сравнивали клинические и лабораторные показатели в послеоперационном периоде.

Результаты. У всех пациентов потеря в весе составила 7,5±4,8 кг (12,3%) за 6 месяцев. Индекс массы тела был 23±4,5 кг/см². Основной обмен был рассчитан по формуле в пределах 953±407 ккал. Должный обмен 1460±324 ккал. В условиях операции 2127±471 ккал. В 1 группе, получавшей энтерально 5% глюкозу гемоглобин в конце лечения, составил 106±15 г·л⁻¹. Во 2 группе получавшей специализированное энтеральное питание гемоглобин был 114±10 г·л⁻¹. Количество эритроцитов в 1 группе было 3,6±0,6·10¹², тогда как во 2 группе составило 3,9±0,5·10¹². Общий белок в 1 группе снизился до 60±6 г·л⁻¹, во второй группе снижение до 66±5 г·л⁻¹ в сравнении с исходными данными. Достоверных отличий по глюкозе крови не наблюдалось. Основной обмен в 1 группе, получавшей 5% глюкозу, составил 1202±358 ккал. Во 2 группе составил 1213±337 ккал. Должный обмен в 1 группе был 2317±409 ккал, во 2 группе 2180±385 ккал. Калораж в 1 сутки после операции в 1 группе достигал 982±287 ккал, во 2 группе достигал 1727±560 ккал. Потребность в альбумине 10% составила в 1 группе 277±289 мл, во 2 группе составила 43±116 мл. Удовлетворение метаболических потребностей в 1 группе 45,9%, во 2 группе 78,3%.

Вывод: Специализированное энтеральное питание через еюностому в совокупности с парэнтеральным питанием позволяет полностью удовлетворить энергетические потребности организма в раннем послеоперационном периоде.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ

*Айсанов Б.Т., Тигай Г.И., Аманбекова С.Б., Аманжолова С.Г., Рахимова Ж.Ж.
РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», КГП
«Областной перинатальный центр г. Караганды», КГП «Городской родильный дом г.
Темиртау», Республика Казахстан*

Цель исследования: разработка интегрального алгоритма оценки кровообращения беременных с тяжелой преэклампсией в позднем сроке гестации.

Материалы и методы. Обследованные, - 40 женщин. Возраст беременных составлял 20-30 лет. В основную группу (20 человек) вошли женщины, со сроком беременности 34-36 недель, осложненной преэклампсией тяжелой степени, подтвержденной клинико-лабораторными данными. Контрольную группу составили пациентки, также имеющие срок гестации 34-36 недель без клинико-лабораторных данных за гипертензивное состояние и тяжелую преэклампсию, т.е. с физиологически протекающей беременностью. Биохимические исследования проводились на автоматическом анализаторе «А-25» (Испания). Учитывали осмолярность (OSM) и коллоидно-осмотическое давление плазмы (КОДплазмы) венозной крови. Показатели центральной материнской гемодинамики (ЦМГ) регистрировались МПР 6- 03 «ТритонR» electronicsystems» (Россия). Мето-

дом УЗ-диагностики проводили трансторакальную ЭХО-КГ аппаратом «MyLab50».

Результаты и их обсуждение. Проведена сравнительная комплексная оценка основных показателей центральной гемодинамики и волемического статуса пациенток в сроке гестации 34-36 недель с тяжелой преэклампсией и физиологически протекающей беременностью. Установлено, что у беременных с тяжелой преэклампсией в 20% случаев имел место гиперкинетический режим кровообращения в сочетании с более высокой осмолярностью плазмы, сниженным коллоидно-онкотическим давлением и дефицитом ОЦК. Комплексный подход в оценке гемодинамического профиля пациенток в сроке гестации 34-36 недель с тяжелой преэклампсией, должен предполагать обязательный учет типа гемодинамики и осмолемических показателей. Использование предлагаемого алгоритма оценки кровообращения для интенсивной терапии тяжелой преэклампсии, позволит осуществлять эффективную коррекцию гемодинамической дисфункции.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА
В АМБУЛАТОРНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Ауезбеков А.А., Шайхутдинов Д.Ф., Жаппасбаев Б.Д.
Областной перинатальный центр г. Кызылорда

Появление новых технологий в амбулаторной гинекологии требует внедрения современных, безопасных и комфортных для пациента методов анестезиологического обеспечения. С целью оптимизации анестезиологического пособия при гинекологических операциях в условиях дневного стационара нами были проанализированы несколько методов анестезиологического пособия, применяемых в амбулаторной гинекологии. Внедрение в рутинную практику в последние два года эндоскопических технологий в нашем центре определило возможность увеличения объема оказываемой хирургической помощи. Гистероскопические операции не являются стационарными операциями и входят в структуру амбулаторной помощи, что является для нас новым направлением. В связи с этим нами были проанализированы анестезии, проводимые при гистероскопических операциях в период с 2017 года до второго полугодия 2018 года.

Проанализировано 52 наркоза. Больные в возрасте от 30 до 50 лет без экстра-

генитальной патологии. Из этого числа 14 (26,9%) - диагностическая гистероскопия с средним временем операции 9 минут, 38 (73,1%)- гистероскопическая полипэктомия со средним временем операции 26 минут. По параметрическим и непараметрическим данным пациенты, анализируемых групп, были сопоставимы.

Группа 1 – 26 пациенток, где применялась комбинация кетамина 2мг/кг + 10 мг диазепама на спонтанном дыхании.

Группа 2 – 7 пациенток, где применялась индукция профолом 100-200 мг в качестве индукции и севофлюран с МАК 0,6-1,6 объемных % в качестве поддерживающей анестезии. Масочная ВИВЛ по показаниям.

Группа 3- 20 пациенток, где применялся севофлюран с МАК 0,6-1,6 объемных % в качестве индукции и для поддержания анестезии + фентанил 0,1 мг. Масочная ВИВЛ по показаниям.

Гемодинамические показатели до операции и во время операции отражены в таблице № 1.

Таблица № 1

группа	АД до анестезии	АД во время анестезии	ЧСС до анестезии	ЧСС во время анестезии
1	124/85-140/92	136/91-155/98	88-112	96-122
2	122/80-141/94	120/74-134/88	87-114	84-102
3	125/81-148/96	102/63-118/71	92-116	68-76

В постнаркозном периоде оценивались: время пробуждения, постнаркозные делирий, тошнота и ранняя активизация в первые 60 минут, эти данные отражены в таблице № 2.

Таблица №2

группа	Среднее время пробуждения после анестезии в минутах	Постнаркозный делирий	Постнаркозная тошнота	Полная активизация более 60 минут после завершения анестезии
1	32	18 (69,2%)	22(84,6%)	11(42,3%)
2	24	-	2(28,6%)	1(14,3%)
3	8	-	1(5,3%)	-

Анализ, проведенный на имеющемся материале, позволил нам сделать предварительные выводы: несмотря на достаточный уровень анестезии, обеспечиваемый кетамином, относительно длительное время пробуждения, большого количества побочных эффектов - делирий, тошнота и отсроченную активизацию, анестезия кетамином в сочетании с диазепамом наименее приемлема для малых гинекологических операций, проводимых в условиях днев-

ного стационара. Минимальность проявления побочных эффектов, относительно быстрое пробуждение, достаточная анестезия позволяют считать наиболее оптимальным методом анестезии, для обеспечения гинекологических операций в дневном стационаре, ингаляционную анестезию севофлюраном в сочетании с фентанилом на спонтанном дыхании с масочной ВИВЛ по показаниям.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА У БЕРЕМЕННОЙ
ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Имашев Р.О.
Городской перинатальный центр г. Алматы

Пациентка Ш., поступила 02.11. в ГПЦ г. Алматы, с Дз: Беременность 29 недель + 1 день. Рубец на матке (1). 012.0 Отеки вызванные беременностью с протеинурией. Состояние после аппендэктомии 30 суток. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Анемия легкой степени. Многогрозавшая. ОАА. Беременность – 5, роды предстоят – 4.

04.11.17 в 17:00 по причине угрозы разрыва матки по рубцу взята на оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение под ТВА+ИВЛ.

По вскрытии брюшной полости имеется спаечный процесс, расположенный по левой половине брюшной полости. При разъединении спаек выделилось в большом количестве гнойное отделяемое в количестве 1500,0 мл с резким характерным запахом.

Учитывая выраженный спаечный процесс, разлитой гнойный перитонит приглашены консультанты и хирурги из ГКБ №4 к открытому животу. На фоне введения антибактериального препарата у пациентки развилась гипотензия – АД снизилось до цифр 72/40 мм.рт.ст. ЧСС 122 в мин⁻¹. Данное состояние расценено как септический шок, начата инфузионная терапия до 50-60 мл/кг/час, вазопрессорная терапия: Мезатон 1% - с повышающей дозировкой до 200мкг/мин, Допамин — до 15мкг/кг/мин, т.к. быстро развивалась рефрактерность к ведению данных препаратов. Далее подключен Норадреналин 0,3 - 1,0 мкг/кг/мин с постоянной коррекцией, обладающий положительным инотропным и хронотропным эффектами, снижает потребление ми-

окарда кислородом, обладая артимогенным действием. На фоне данных вазопрессоров удалось закончить операцию (в течении 5 часов) с АД на уровне 100/60 — 110/65 мм.рт.ст., при этом, увеличивая дозы норадреналина до 1-3 мкг/кг/мин, удалось «уйти» от Мезатона.

Учитывая развившийся инфекционно-токсический шок, начата комбинированная антибактериальная терапия (по принципу деэскалации). ИВЛ в режиме IPPV с контролем по давлению, МОД 8-9л/мин. Контроль газов артериальной крови постоянно.

На фоне комплексной терапии, спустя 30 часов от момента развития септического шока удалось редуцировать Допамин, а спустя еще 12 часов – на фоне инотропной поддержки Норадреналином (0,1-0,3 мкг/кг/мин) «снять» с ИВЛ, и еще через 10 часов полностью редуцировать Норадрена-

лин. На 7-е сутки пациентка выведена из отделения Реанимации.

Таким образом, на фоне комплексной терапии, включающей: 1). Вазопресорная терапия Допамин + Норадреналин под контролем АД и ЧСС; 2). Антибактериальная терапия: Авелокс 400 мг/сут., Дорипенем 1,5 г/сут., Меркацин 1,0г/сут, Клион 1,5 г/сут.; 3). Полное парентеральное питание: Нутрифлекс; 4). Коррекция ВЭР и КОС; 5). Гастропротекция; 6). Витамин К- Амри К 30 мг/сут.; 7). Профилактика ТЭЛА; 8). Комбинированная обезболивающая терапия наркотические анальгетики + НПВС; 9). Стимуляция перистальтики кишечника, - удалось получить положительную динамику, основным критерием которой являлась поддержка перфузии тканей, во избежание ишемии и повреждения органов с последующей их дисфункцией.

СТРАТЕГИЯ ПЕРВОГО ЧАСА

*Кожухметов А.Н., Абдрахманов М.Ж., Юлдашев У.Т.
НЦАГиП МЗ РК. Алматы, Казахстан*

Анестезиолог в современном акушерстве играет гораздо большую роль, чем просто проведение анестезии с кесаревым сечением и помощь в ближайшем послеродовом периоде. Серьезные изменения произошли в самом подходе к управлению родами, послеродовом периоде и многим другим аспектам акушерской практики

Сепсис может возникать в любое время во время беременности и послеродового периода и может развиваться в результате бактериемии (хотя бактериемия не всегда приводит к сепсису) или в результате местной инфекции. Факторы риска сепсиса матери могут быть разделены на внутренние факторы пациента и акушерские факторы. Кроме того, женщины из бедного социально-экономического происхождения подвергаются большему риску сепсиса, хотя механизмы неясны. Хотя ни одна

из женщин, которые умерли от сепсиса в 2006-2008 году в Центре по исследованиям в области матери и ребенка (СМАСЕ) в 2006-2008 годах, не страдала ожирением, ожирение остается значительным фактором риска для акушерского сепсиса; в докладе 2003-2005 гг. большинство женщин, умерших от сепсиса, страдали ожирением. Смертность от сепсиса, не смотря на изученность вопроса остается значительной частью в структуре материнской смертности. По данным D.N. Lucas, a P.N. Robinson, a M.R. Nel, сепсис составляет около 15% в структуре материнской смертности во всем мире. (Dolea C, Stein C. Global Burden of disease 2000. [http:// www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf) accessed June 2011).

Отсутствие единых критериев диагноза и разноречивость взглядов по ведению

пациентов с сепсисом послужили поводом для проведения крупных согласительных конференций, результатом которых явилась подготовка консолидированных международных междисциплинарных рекомендаций. Около 15 лет назад появились первые клинические рекомендаций Surviving Sepsis Campaign по ведению больных с сепсисом и септическим шоком. В текущем году вышли новые обновленные рекомендации Sepsis bundle (SB) – септический комплект, комплект – это объединение всех основных рекомендаций по сепсису, согласно плану лечения: коррекция гипотонии, инфузионная терапия, антибактериальная терапия и т.д. Комплект был центральным механизмом в реализации первых рекомендаций SSC, основанных на доказательной медицине в 2004 году и в последующих изданиях. Разработанные отдельно от рекомендаций SSC, комплекты были краеугольным камнем улучшения качества терапии сепсиса с 2005 года.

В первой половине 2018 г. вышли обновленные рекомендации SB.

Первостепенным в лечении пациентов с сепсисом является концепция, что сепсис

является экстренной медицинской ситуацией. Как и в случае с политравмой, острым инфарктом миокарда и инсультом, раннее выявление и соответствующее немедленное лечение в первые часы после развития сепсиса улучшают выживаемость.

Рекомендации Surviving Sepsis Campaign «комплекс первого часа» *

Определить уровень Лактата, повторить измерение, если Лактат > 2 ммоль/л

Взять посев крови на гемокультуру до назначения антибактериальной терапии

Ввести антибиотики широкого спектра действия

Начать быструю инфузию кристаллоидов 30 мл/кг при гипотонии или уровне Лактата > 4 ммоль/л

Добавить вазопрессоры, если пациент в гипотонии во время инфузионной терапии или после нее для поддержания среднего АД ≥ 65 мм рт.ст.

Своевременное использование указанных рекомендаций могут повлиять на снижение смертности.

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ

*Кожухметов А.Н., Юлдашев У.Т., Жаппасбаев Б.Д., Власов О.Ю., Мамлеев Э.Р.,
Авдеев В.В., Сарбаев Ш.А., Козлов В.С., Дорофеева Г.И., Айбекова З.Д.
Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии,
г. Алматы, Казахстан*

Данные о частоте случаев рвоты тяжелой степени или отсутствуют, или весьма противоречивы. Вероятно, что недооценка тяжести состояния, запоздалая госпитализация с вытекающими последствиями, бывает связана с лечением «маскирующих» терапевтических заболеваний ЖКТ (гастрит, холецистит, панкреатит, и т.д.). Тем не менее, имеются статистические данные о материнской смертности в РК от гестозов: 2013 г. - 4; 2014 – 6; 2015 – 2; 2016 – 3. В 2015 и 2016 годах зарегистрировано

по одному случаю материнской смерти от рвоты беременных тяжелой степени. Этиология осложнения беременности не определена. Важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. Важное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). Известно, что вегетативные расстройства одновременно могут быть обусловлены гормональными

нарушениями, в частности, увеличением уровня ХГЧ в организме. Доказательством этого служит тот факт, что при многоплодии и пузырном заносе, когда выделяется большое количество ХГЧ, рвота беременных возникает особенно часто.

В РК существует протокол диагностики и лечения чрезмерной рвоты беременных, где обозначены методы, подходы и процедуры. Однако, дискуссионным остается вопрос об использовании седативных, противорвотных средств, имеющих противопоказания для использования при беременности. Практика показывает, что даже после лечения, улучшение состояния нередко бывает нестабильным и требует про-

ведения повторной интенсивной терапии. Следовательно, можно предположить, что даже после проведения лечения, коррекции электролитных, дисметаболических нарушений единственным методом спасения является прерывание беременности. Основными показаниями для прерывания беременности являются: непрекращающаяся рвота в течение 3-х дней в условиях лечения ОРИТ; снижение диуреза до 300 мл в сутки; прогрессирующая ацетонурия в течение 3-4 дней; изменение КОС; прогрессирующее снижение массы тела. Следует отметить, что действенных средств профилактики осложнения не существует.

НЕОТЛОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ГБО ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И ВЫСОКОМ РИСКЕ АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Мусаев Ю.М., Гавриков В.И., Тулеев И. Т., Жумабеков Ж.К., Бектенова Г.Е

АО Южно-Казахстанская медицинская академия, Областной центр гипербарической оксигенации, Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. Согласно литературы последних лет, каждую минуту в мире из-за осложнений, связанных с беременностью умирает одна женщина, а миллионы женщин и младенцев по той же причине страдают от инвалидности. При этом оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (КС) применяется в случаях осложнений беременности, когда исчерпаны все компенсаторные возможности беременной или рожениц и дальнейшая консервативная тактика приводит к потере ребенка или матери, или даже обоих.

Цель работы. Определить неотложные проблемы и оценка эффективности ведения беременности и родоразрешения кесаревым сечением в условиях барокамеры ГБО при критических состояниях и высоком риске акушерской и перинатальной па-

тологии.

Объекты и методы исследования. Операции родоразрешения путем КС проводили в барокомплексе «Арысь-МТ» при 1,6-1,8 ата с продолжительностью 60-120 мин. и более при наличии показаний. Эффективность ГБО - терапии определяли анализом состояния плода и новорожденных сразу после их извлечения из чрева матери, а в раннем неонатальном периоде – по результатам клинико-лабораторных параметров: газов и активной реакции крови, состояния радикалообразования и его ингибирование, и кинетику антиоксидантных функций организма ребенка.

Результатами исследований установлено, что в течение 1983-2001 гг. проведены более 1 000 операций КС в барокамере ГБО, при котором наблюдалось только 2

случая непредотвратимой смерти беременных женщин и 1 случая летальности новорожденного в основной группе (ОГ), тогда как в группе сравнения (ГС) женщин при операциях КС в обычных атмосферных условиях наблюдались 4 случая (3,04%) смерти новорожденных. Оценка состояния новорожденных сразу после родов и в раннем неонатальном периоде свидетельствуют о более благоприятных клинико-метаболических результатах у беременных женщин

с высоким риском развития акушерской и перинатальной патологии и у новорожденных ОГ, родившихся в барокамере с применением сеансов ГБО, по сравнению с аналогичными показателями у детей ГС. Следовательно, ведение беременности и родоразрешения КС в условиях барокамеры ГБО является высокоэффективной лечебно-профилактической технологией при критических состояниях и высоком риске акушерской и перинатальной патологии.

СРОЧНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Мусаев Ю.М., * Мусаев У.Ю. **

АО Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан*

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,

Узбекистан**

Актуальность. Механизмы тканевого дыхания, то есть процессы утилизации кислорода тканями, в научной литературе мало освещены.

Цель работы – обоснование принципов разработки и производства новых средств регуляции тканевой гипоксии на основе клинико-молекулярных исследований при патологии легких и пародонта у детей и взрослых.

Пациенты и методы исследования являются результатом клинико-молекулярных исследований у 105 детей с острой пневмонией и 86 больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП). Контрольные группы состояли из практически здоровых детей и группы сравнения. Методами исследования явились определение в биожидкостях (в крови – при пневмонии и в слюне при патологии пародонта) показателей активностей 12 параметров окислительных ферментов и энергетического обмена [аденозинтрифосфорной (АТФ), аденозиндифосфорной (АДФ) и

аденозинмонофосфорной (АМФ) кислот] с вычислением энергетического заряда клеток. Исследования мембрано-деструктивных процессов основывались на определении показателей перекисного окисления липидов мембран и антиоксидантной системы, фосфолипидов.

Результаты. Тканевая гипоксия при тяжелой пневмонии у детей раннего возраста характеризовалась повышением ($p < 0,01-0,001$) в крови в неодинаковой степени активности окислительных ферментов и накоплением недоокисленных продуктов гликолиза ($p < 0,05$), которые сопровождались существенным нарушением энергетического обмена в виде значительного ($p < 0,001$) снижения уровней АТФ и повышения АДФ и АМФ. Состояние показателей свободно-радикального окисления (СРО) мембранных липидов и активности эндогенных фосфолипаз в эритроцитах характеризовалось значительным повышением ($p < 0,001$) фосфолипаз, интенсивным вовлечением липидов в процессы перекис-

ного окисления. У больных с ХГП, сочетанным с ЖДА, обнаруживались симптомы хронической тканевой гипоксии, в виде более выраженной активации процессов ПОЛ увеличение (в слюне) против нормы уровня ДК₂₇₃ (58,1%), МДА (82,3%), ШО (56%) и модифицируются спектра фосфолипидов. Научно обоснован и апробирован новый системный подход в регуляции тка-

невой гипоксии, путём шунтирования инактивированных участков дыхательной цепи защитой энергетического аппарата клеток стабилизацией биологических мембран на фоне витаминно-энергетического комплекса в следующей последовательности: НАД или никотинамид; ФАД (флавинад) или рибофлавин-моноклеотид; убихинон (коэнзим Q); цитохром С.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И НЕ РЕАЛИЗОВАННЫЕ РЕЗЕРВЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГБО ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Мусаев Ю.М., Тулеев И.Т., Катбаев С.А.

АО Южно-Казахстанская медицинская академия, Областной центр гипербарической оксигенации, Шымкент, Республика Казахстан

Целью работы является определение новых перспектив и не реализованных резервов возможностей применения ГБО при критических состояниях в снижении материнской и младенческой смертности.

Объекты и методы исследования. В городе Шымкенте в 1974 году был создан бароцентр, а операционно-терапевтический барокомплекс в центре работает с 1983 г. При бароцентре было организовано отделение критических состояний в акушерстве, куда госпитализировались беременные женщины при критических состояниях и высоком риске акушерской и перинатальной патологии. Эффективность ГБО-терапии оценена на основе клинико-лабораторных параметров.

Результаты исследования. В областном центре гипербарической оксигенации (ОЦГБО) за 1983-2009 гг. при критических состояниях и беременностях высокого риска развития акушерской и перинатальной патологии осуществлялись более 1000 операций кесарева сечения, при которых наблюдалось только 2 случая непредотвратимой смерти беременных женщин и 1 случай летальности новорожденного. Наряду

с этим, после родоразрешения проводились интенсивная терапия в условиях ГБО. а также дальнейшая реабилитация новорожденных детей с признаками перинатальной гипоксии. В токсикологическом отделении оказывалась скорая и неотложная помощь при отравлениях угарным газом населения, в том числе детям, отравлениях растительными и животными ядами (при укусах каракуртов, змей и других насекомых), медикаментами и другими химикатами. Сеансы ГБО проводились также по показаниям в барозале при ИБС, энцефалопатии, бесплодии, гепатитах, НЦД и др. В токсикологическом отделении за 2009 год сеансы ГБО в барозале проводились у 179 беременных женщинах, при отравлениях проводились 216 сеансов ГБО. Сеансы ГБО проводились при отравлениях угарным газом (58), медикаментами (45), животными (43) и растительными ядами (6), нефтепродуктами (6). Шире используется ГБО в комплексной терапии при острых отравлениях беременных женщин. Клинико-лабораторной оценкой эффективности ГБО при различных заболеваниях и патологических состояниях установлено, что

применение ГБО в комплексной терапии различных заболеваний является высокоэффективной лечебно-профилактической технологией и рекомендуется широкому кругу пациентом с признаками гипоксии

любого генеза. Это свидетельствует о несомненной перспективности и резервные возможности использования ГБО в снижении материнской и младенческой смертности.

ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ В АКУШЕРСТВЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Письменский Д.К., Япаров Р.М., Федорченко П.П.

ГКП на ПХВ Центр перинатологии и детской кардиохирургии, Алматы, Республика Казахстан

Акушерская тромботическая микроангиопатия (А-ТМА) - редкая патология. Всего 8-18% в структуре всех форм ТМА, 1/25000 беременностей и является основной причиной острого почечного повреждения в развитых странах. Распространенность гемолитико-уремического синдрома (аГУС), как основной из форм акушерской ТМА составляет 2-7 случаев на 1 млн. населения (40% больных аГУС-взрослые). Акушерский аГУС ассоциирован с высоким риском материнской и перинатальной смертности, неблагоприятным общим и почечным прогнозом. К тромботическим микроангиопатиям в акушерстве относят тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП) и атипичный аГУС), тяжелую преэклампсию/эклампсию и HELLP-синдром. В последние десятилетия достигнут прорыв в понимании патогенеза этих заболеваний: выявлена роль дефицита фермента ADAMTS-13 в развитии ТТП; установлено значение врожденного и приобретенного нарушения регуляции в системе комплемента в возникновении различных форм аГУС. Изменился подход к диагностике ТМА. В клиническую практику введены термины микроангиопатическая гемолитическая анемия и тромбоцитопения. За последние десятилетия разработаны принципы терапии (плазмообмен при ТТП и атипичной форме ГУС, так же применение узконаправленной терапии – экулизумабом при аГУС), позволившие значительно повысить выживаемость.

Цель: описание ведения пациентки с развившимся аГУС в послеродовом периоде.

Материалы и методы: Пациентка 3., 29 лет, была родоразрешена в акушерском стационаре второго уровня с диагнозом: Беременность 35 недель, тяжелая преэклампсия. В послеоперационном периоде развилась острое почечное повреждение, микроангиопатическая гемолитическая (не иммунная) анемия, тромбоцитопения, анурия, риск развития отека легких. Учитывая развитие тяжелой преэклампсии и ОПП, требующей заместительной терапии пациентка переводится в стационар третьего уровня оказания перинатальной помощи. Был выставлен диагноз- HELLP-синдром. Пациентке проводилась НЗПТ в режиме CVVH в течении 144 часов. Явления ОПП регрессировали не полностью, но диурез был восстановлен, сохранялась МАГА и тромбоцитопения. Был исследован уровень металлопротеиназы ADAMTS-13, составил 46%. Проведена дифференциальная диагностика с ТТП, КАФС. Пациентка с установленным диагнозом – аГУС переводится в отделение нефрологии, где получает 5 сеансов ГД и гормональную иммуносупрессивную терапию. После клинико-лабораторного выздоровления пациентка выписана.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкое заболевание – аГУС, ассоциированный с родами, трудности дифференциально-диагностического поиска и лечения пациентки.

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (CRRT) ПАЦИЕНТКЕ, РЕАЛИЗОВАВШЕЙ HELLP-СИНДРОМ

Умаров А.Д.
Городской Перинатальный центр г. Алматы

HELLP-синдром – это редкое опасное осложнение в акушерстве, возникающее, как правило, в III триместре беременности, чаще в сроке 35 или более недель. Характеризуется быстрым нарастанием симптомов (тошнота и рвота, боли в эпигастральной области и в области правого подреберья, отёки, головная боль, гиперрефлексия и др.). Впервые синдром был описан в 1954 году Дж. А. Притчардом. Название пошло от первых букв трёх основных характеристик синдрома: гемолиза (Hemolysis), повышения активности ферментов печени (Elevated Liver enzymes) и тромбоцитопении (Low Platelet count). Общий уровень смертности синдрома HELLP может достигать 25%.

Нами представлен случай из практики, на примере которого показано, насколько важно знание данной патологии и возможностей современных методов диагностики и лечения для своевременной постановки диагноза и проведения интенсивной терапии.

Клинический случай. Пациентка Т., поступила в стационар 17.09. с диагнозом – Беременность 29 недель. Ложные схватки. Через 50 часов от момента поступления пациентка пожаловалась на головную боль, тошноту, рвоту, боли в подложечной области, и на фоне повышенного АД до 140/90-140/100 мм.рт.ст реализовала приступ судорог, что было расценено как приступ эклампсии. Пациентка немедленно переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где начата терапия тяжелой преэклампсии/эклампсии, согласно современным протоколам лечения. В отделении реанимации, спустя 10-15 минут, сознание пациентки восстановилось,

а также было восстановлено внешнее дыхание, в связи с чем перевод на ИВЛ отложен. За два часа у пациентки резко выросла желтушность кожных покровов, видимых слизистых оболочек и склер, развилась анурия (за последние 6 часов). Учитывая вышеизложенное, выставлен диагноз – Беременность 29 недель. Эклампсия. HELLP – синдром. СПОН: острая печеночная недостаточность, острое почечное повреждение (стадия R). ДВС – синдром.

На рисунке 1 представлена тромбоэластограмма, где генез нарушений гемостаза проявляется удлинением R и K, уменьшением угла, что говорит за плазменную гипокоагуляцию, где показана трансфузия свежезамороженной плазмы, а уменьшение MA свидетельствует за тромбоцитопению, что оправдывает трансфузию концентрата тромбоцитов. Однако, из-за отсутствия кровоточивости, решено отказаться от СЗП, с учетом большого количества осложнений, сопряженных с ее применением. После проведенной предоперационной подготовки, пациентка родоразрешена путем операции кесарево сечение, метод анестезии – тотальная внутривенная анестезия + ИВЛ. Учитывая острое почечное повреждение, преренальная форма в стадии анурии и гиперазотемии начата Непрерывная Заместительная Почечная Терапии (CRRT(НЗПТ) на аппарате PrismaFlex в режиме CVVH) с ультрафильтрацией. После проведенного сеанса получены клинико-лабораторные показатели.

На рисунке 2 представлена тромбоэластограмма после 1-х суток от начала НЗПТ. Как видно, все показатели восстановлены, за исключением укорочения R, свидетельствующий за скорость образования

сгустка, что позволяет назначения антикоагулянтов. Таким образом, нам удалось стабилизировать систему гемостаза и минимизировать трансфузию компонентов крови. Сеанс НЗПТ продолжен, так как уровень гиперазотемии оставался выше нормы, обладая органопротективными

свойствами, в режиме CVVH с прежними параметрами. На 11-е сутки пациентка в удовлетворительном состоянии переведена из отделения реанимации, уровень креатинина и мочевины – 128мкмоль/л и 5,8 ммоль/л соответственно.

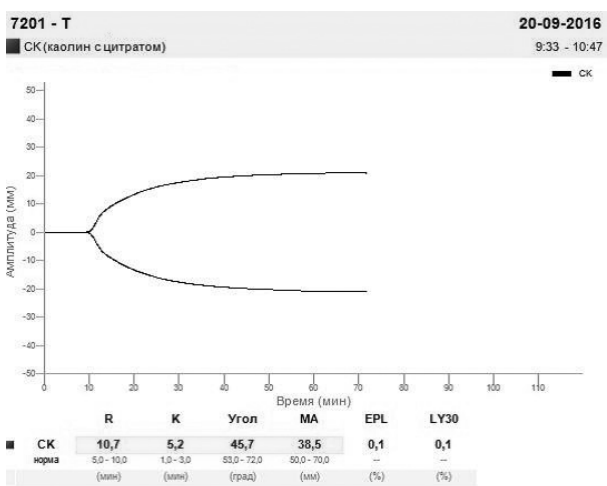


Рис.1 Тромбоэластография до начала сеанса НЗПТ. (ТЕГ5000)

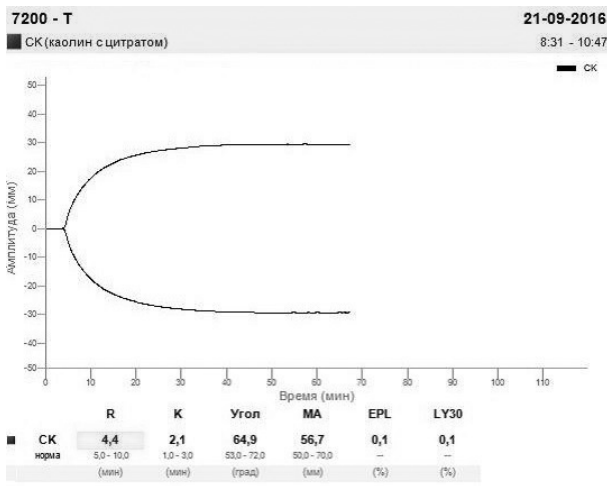


Рис.2 Тромбоэластография на следующие сутки от начала НЗПТ. (ТЕГ5000)

Заключение. Следует отметить, что ранняя диагностика и начало интенсивной терапии HELLP-синдрома, включающая эфферентный метод, обеспечивает быстрое восстановление организма без инвализации, снижает койко-день в реанима-

ции. НЗПТ обеспечивает органопротекцию в критических ситуациях, позволяет безопасно проводить необходимую инфузионную терапию без риска перегрузки малого круга, и остается резервным инструментом врача-интенсивиста. А также применение

Клинический анализ крови			
Нв (120-160 г/л)	130	81	86
Эритроциты (3,5-5,5)		2,5	2,65
Ht (37-50%)		19	20,4
Лейкоциты	13,2	14,4	17,1
Тромбоциты (160-400)	36	60	140
Шизоциты	(+)		(-)
Биохимич. анализ крови			
Общий белок (60-80г/л)	65,5	50,3	48,2
Альбумин (35-50 г/л)	35,54	30,7	29,08
Общ бил-н (8-20 мкмоль/л)	219,57	143,28	46,98
Прямой билирубин	20,5	40,5	15,8
АСТ (0-30 ЕД/л)	162	90	34
АЛТ (0-30 ЕД/л)	435	216	45
Мочевина (1.5-8.5ммоль/л)	11,39	6,65	4,22
Креатинин (53-97 мкмоль/л)	116	133	130
Глюкоза (3-6.3 ммоль/л)	6,79	5,88	3,63
ЛДГ	3054,9	3221,6	988,6
КЩС			
РН (7,32-7,43)	7,3	7,36	
РО2 (23.3-35.1) mmHg	370	68,9	
РСО2 (32,0-45,0) mmHg	22	35,6	
BE (-2 - +3) mmol/L	-14,4	-4,5	
НСО3 (21-28) mmol/L	14	20,7	
К (3,6-5,5 ммоль/л)	4,7	3,6	
Na (136-155 ммоль/л)		132	
Кальций (0,8-1,1 ммоль/л)			
Билирубин (0-20 мкмоль/л)	253	146	
Коагулограмма			
АПТВ (26-35сек)	38,7	32,2	37,2
МНО (0,9-1,33)	1,87	1,18	1,3
Фибриноген (2-4 г/л)	2,4	2	3,6
ПТИ (70-110%)	39,5	86,5	74,1
Тромбоэластография			
R (5-10мин)	10,7		4,4
K (1-3мин)	5,2		2,1
Угол (53-72град)	45,7		64,9

таких современных методов диагностики, как тромбоэластография позволяет акцентировать нарушения гемостаза и, соответственно, более точно воздействовать на

РЕИНФУЗИЯ КРОВИ В АКУШЕСТВЕ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КРОВОСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Федорченко П.П., Письменский Д.К., Япаров Р.М.

*ГКП на ПХВ «Центр Перинатологии и Детской Кардиохирургии»,
город Алматы.*

Цель исследования: анализ данных по частоте использования интраоперационной реинфузии крови при акушерских кровотечениях, оценка послеоперационной тактики ведения пациентов, перенёсших кровопотерю с применением реинфузии крови.

Материалы и методы: были проанализированы более 100 случаев применения интраоперационной реинфузии крови как при плановых, так и при экстренных операциях по поводу родоразрешения путем операции кесарево сечения.

С уверенностью можно отметить, что комплекс современных органо- и кровос-

них, и минимизировать применение компонентов крови и сопряженных с ними осложнений (TRALI, HUS, TACO).

берегающих технологий, в частности интраоперационной реинфузии крови, позволил сохранить жизнь, а во многих случаях и детородную функцию женщинам, еще совсем недавно обреченным на гибель.

Применение интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов позволяет минимизировать использование донорских компонентов крови при кровопотере любого объема и избежать синдрома массивной гемотрансфузии, а также значительно улучшает течение послеоперационного периода и сокращает сроки пребывания больных в стационаре

ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ КАК НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Япаров Р.М., Письменский Д.К., Федорченко П.П.

Центр Перинатологии и Детской Кардиохирургии, Алматы, Республика Казахстан

Введение. Демографическая политика Республики Казахстан определяет одним из направлений снижение уровня материнской смертности. Высокая частота нарушений в системе гемостаза матери в раннем послеродовом периоде обуславливает необходимость постоянного поиска и освоения новых методов диагностики, позволяющих выявить наличие патологического процесса на ранних этапах, что определяет актуальность данной работы.

Цель исследования. Определить значимость метода тромбоэластографии для практики реанимационного отделения и улучшить качество оказываемой помощи.

Материалы и методы. В работе были использованы данные медицинской документации 134 пациентов, периоперационно, которым было выполнено 49 тромбоэластограмм на аппарате Анализатор Гемостаза TEG 5000, а также, 84 коагулограмм по стандартной методике. В период с 1.01.2018 по 15.08.2018 гг.

Результаты. Отклонения в системе гемостаза были выявлены в 38 (77,57%) случаев, которые носили однонаправленный характер с показателями коагулограммы. Из них в 9 (23,68%) случаев требовали экстренной коррекции путем переливания свежзамороженной плазмы (СЗП) от 600 мл до 1400 мл в зависимости от показаний (всего в сумме было перелито 10930 мл). Коэффициент корреляции Спирмена по результатам коагулограммы и тромбоэластограммы для направления патологии системы гемостаза составил 0,9996, для уровней фибриногена и МА коагулограммы составил 0,994.

Выводы. Внедрение тромбоэластографии в работу ОРИТ акушерской службы позволило ускорить и приблизить диагностику отклонений в системе гемостаза, позволило проводить коррекцию гемостаза в максимально короткие сроки от нее.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОВОССТАНОВЛЕННЫХ, ЛЕЙКОФИЛЬТРОВАННЫХ, РАЗМОРОЖЕННЫХ ЭРИТРОЦИТОВ В ПЕДИАТРИИ

Абдилова Г.К., Умбетов К.О., Куанышбаева А.Ж., Жамашова К.К.

РГП на ПХВ «Научный центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Алматы, Казахстан)

Обеспечение инфекционной безопасности компонентов крови остается главной задачей современной трансфузиологии. Особенно эта проблема актуально в переливании трансфузионных сред детям с онкогематологической патологией. Одновременно затруднения вызывает также обеспечение донорскими компонентами онкогематологических стационаров, ввиду трудностей прогнозирования потребностей больных в компонентах, в частности короткого срока хранения – концентрата тромбоцитов (КТ) и резус отрицательные группы эритроцитов. Интенсивность и агрессивность современных протоколов химиотерапии, внедрение и развитие службы трансплантологии создают донорские компоненты неотъемлемой частью современной медицины. На сегодняшний день инфекционная безопасность компонентов крови окончательно не решена и требует максимально использовать возможности для сведения к минимуму рисков инфекционных посттрансфузионных осложнений.

Цель. Изучить эффективность применения криовосстановленных, лейкофильтрованных эритроцитов (КЭ) в педиатрической службе.

Материал и методы. Проспективный анализ медицинских карт детей, получивших КЭ лейкофильтрованные за 2017-2018гг.

Результаты. В Научном центре педиатрии и детской хирургии за указанный период было проведено трансфузии КЭ в количестве 22 дозы. Все 22 (100%) дозы эритроцитов были получены после карантинизации. Эритроцитарная масса/взвесь для карантинизации подбирались со сроком хранения до 6-7суток. КЭ размораживались и отмывались на растворе глицерола. КЭ квалифицировались следующим образом: объем стандартный – 0,3 л, количество эритроцитов в дозе $1,865 \pm 0,07 \times 10^{12}$ ($1,94-1,79$), гематокрит $53,8 \pm 5\%$, гемоглобин – $54,15 \pm 3,15$ /дозе ($51-57,3$ г/л), остаточные лейкоциты $0,1 \pm 0,01 \times 10^9$ /дозе. Тромбоциты – 0×10^9 /дозе (100%).

Заключение. Применение КЭ в педиатрической практике показало повышение концентрации гемоглобина и гематокрита, соответственно восстанавливая кислородтранспортную функцию крови. Таким образом, криовосстановленные, лейкофильтрованные эритроциты отвечали стандартам качества компонентов крови.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Абдуллаева Г.М.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан

Успешное выхаживание недоношенных детей является одной из важнейших задач неонатологии на современном этапе. В системе выхаживания недоношенных новорожденных наряду с проведением лечебных мероприятий и созданием оптимальных условий среды важная роль принадлежит адекватному питанию. Дефицит белка и энергии в критические периоды развития преждевременно родившегося ребенка приводит к отдаленным последствиям в виде стойкой задержки физического развития, нарушения когнитивных функций и поведенческих реакций. В настоящее время подходы к вскармливанию недоношенных детей, особенно родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, основываются на принципе форсированного питания.

Цель исследования: Оптимизация вскармливания недоношенных детей с использованием современных специализированных продуктов.

Материал и методы. В группу наблюдения были включены 80 недоношенных детей различного гестационного возраста с перинатальной патологией. Представлены антропометрические данные в виде z-оценки массы и длины тела, а также индекса массы тела незрелых младенцев, получавших различные виды вскармливания, при выписке из стационара.

Результаты: у недоношенных, получавших грудное вскармливание (в т.ч. при использовании фортификаторов грудного молока), зарегистрирована достоверно меньшая масса и длина тела при выписке из стационара по сравнению с детьми, находившимися на смешанном и искусственном вскармливании. В то же время недоношенные пациенты, вскармливаемые грудным молоком, имели более оптимальный состав тканей тела (меньший удельный вес жира в тканях), чем дети, получавшие искусственные смеси.

Заключение: обоснован индивидуализированный подход к назначению фортификаторов грудного молока. Ранняя нутритивная поддержка недоношенного ребенка представляется чрезвычайно важной, т. к. влияет на его дальнейшее развитие и здоровье. Контроль до выписки из стационара и после нее должен основываться на регулярных измерениях массы тела, роста и окружности головы. Это необходимо для выявления недоношенных детей с низкими темпами роста, которым требуется дополнительное питание. Постоянный контроль роста необходим для выбора адекватного вскармливания в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка, профилактики недоедания и перекорма.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НЕДОНОШЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан

Болезни органов дыхания на протяжении многих лет стабильно лидируют в структуре заболеваемости детского возраста. Одной из причин сложившейся ситуации является недостаточная эффективность терапии заболеваний нижних отделов дыхательных путей. Успех терапии во многом зависит от того, насколько правильно и полноценно будет оценен нутритивный статус ребенка, особенно родившегося преждевременно. Проблема выхаживания и вскармливания недоношенных детей с хроническими заболеваниями легких (ХЗЛ) остается актуальной в неонатологии из-за высоких рисков респираторных нарушений с началом энтерального кормления, метаболических нарушений, плоской весовой кривой и, как следствие, постанатальной гипотрофии.

Цель исследования: оценить динамику массы и длины тела у недоношенных детей со хроническими заболеваниями легких во время пребывания в стационаре с расчетом питания на фактическую массу тела.

Материал и методы. В исследование были включены 27 недоношенных новорожденных, находившихся на стационарном лечении в ДГКБ №2 г Алматы с декабря 2016 г. по июнь 2017 г. Всем детям, ежедневно проводили учет суточной дотации объема жидкости, белков, жиров, углеводов и энергии. Еженедельно оценивали антропометрические показатели и их со-

ответствие постконцептуальному возрасту по перцентильным шкалам.

Результаты. Недоношенные дети со ХЗЛ требуют более длительного проведения парентерального питания и более щадящего метода наращивания объема энтерального кормления. При анализе частоты постанатальной гипотрофии в группе недоношенных новорожденных, родившихся на 32-й неделе гестации и ранее, было выявлено, что дефицит массы тела на момент выписки из стационара отмечался у 100% детей со ХЗЛ и у 25,3% детей, соответствующих сроку гестации. У новорожденных с гестационным возрастом 33-36 нед частота постанатальной гипотрофии составила 90% у детей со ХЗЛ и 26,7% у детей, соответствующих сроку гестации.

Заключение. Вскармливание недоношенных детей со ХЗЛ должно отличаться от вскармливания недоношенных, без респираторных нарушений, с учетом осложнений, свойственных этим детям, в частности высокой частоты нарушений белкового и углеводного обмена и дисфункций желудочно-кишечного тракта. Эти дети нуждаются в максимально высоких допустимых дозах белка и энергии, рассчитанных на фактическую массу тела. Актуальной проблемой недоношенных новорожденных со ХЗЛ является постанатальная гипотрофия, сохраняющаяся на момент выписки из стационара.

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Алибакова Б.А.

Государственный медицинский университет,
Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Благодаря успехам современной неонатальной интенсивной терапии и реанимации за последние десятилетия значительно повысилась выживаемость детей, родившихся преждевременно, в том числе с экстремально низкой массой тела. Вместе с тем качество жизни выживших детей, уровень их инвалидизации не позволяют считать проблему выхаживания недоношенных детей решенной. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений интенсивной терапии таких детей является формирование хронических заболеваний легких, в частности бронхолегочной дисплазии (БЛД). Частота БЛД, по данным литературы последних лет, колеблется в пределах от 16 до 40 % и зависит от гестационного возраста и массы тела ребенка при рождении.

Цель: Определение прогностических критериев риска развития БЛД с целью своевременного проведения профилактических мероприятий и предупреждения формирования хронического заболевания легких.

Методы и материалы: В соответствии с целью исследования проведено обследование 28 детей с развившейся БЛД в Перинатальном центре г.Семей за 2015-2016гг. (в контрольной группе соответственно 112). Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью статистического пакета программ SPSS 20.0

(IBM Ireland Product Distribution Limited, Ireland). Для определения доверительного интервала (95% ДИ) использовали CIA (Confidence Intervals Analysis version 2.2.0). Дизайн исследования - «случай контроль».

Результаты: Среди рассмотренных детей средний гестационный возраст 28,3 недель, средний вес при рождении – 1,305 кг. Вес новорожденных: меньше 1500 грамм 53,3%; меньше 1000 грамм 36,6 %. Причины респираторных нарушений в неонатальном периоде: РДС –86,6 %, перинатальные повреждения ЦНС- 13,3 %. Бронхолегочная дисплазия развилась у 63,3 % детей, находившихся более 5-7 дней на искусственной вентиляции легких. Большинство детей (110 — 96,5 %) родились в асфиксии с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте меньше 7 баллов. Таким образом, степень асфиксии при рождении имеет прямую связь с частотой развития БЛД в неонатальном периоде. Показатель смертности при БЛД составил 7,4 %.

Заключение: Учет определенных прогностических факторов развития БЛД у детей будет способствовать раннему выявлению группы пациентов высокого риска формирования заболевания, и возможности проведения профилактических мероприятий, которые позволят предотвратить его возникновение или уменьшить тяжесть течения.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПЫТА ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ГИПОТЕРМИИ НОВОРОЖДЕННЫМ, РОДИВШИМСЯ В СОСТОЯНИИ АСФИКСИИ

Алимухамедов У.Р., Алтынбаева Г.Б., Чагай М.С.

Кафедра амбулаторно-поликлинической педиатрии, КазНМУ.

ОРИТн ПЦиДКХ г. Алматы

По данным ВОЗ, частота встречаемости тяжелой асфиксии новорожденного в родах составляет от 2 до 9 случаев на 1000 новорожденных в год. Асфиксия в неонатальный период увеличивает заболеваемость и летальность, оказывает влияние на дальнейшее развитие ребенка. Одним из методов, который доказал свою эффективность, является лечебная гипотермия.

Цель данной работы – оценка эффективности применения общей контролируемой гипотермии у новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию в родах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 37 новорожденных, родившихся с тяжелой асфиксией и находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТн). Из них 15 новорожденных получали лечебную гипотермию, 22 новорожденных получали ручную гипотермию. Во всех указанных клинических случаях в связи с наличием показаний была проведена процедура общей контролируемой гипотермии согласно утвержденному протоколу, при помощи аппарата «Tecotherm neo» температура тела новорожденных постепенно снижалась до $33,5 \pm 0,2-0,3^{\circ}\text{C}$ и поддерживалась на таком уровне в течение 72 часов с последующим согреванием до нормального уровня в течение 6 часов со скоростью $0,2-0,3^{\circ}\text{C}/\text{час}$. При статистической обработке для проверки гипотезы, использован t-критерий Стьюдента.

Результаты. Из 37 новорожденных детей, 22 (60,3%) детей получали гипотермию ручную, 15 (40,7%) – с аппаратом «Tecotherm neo». Не выявлено смертности или тяжелой инвалидности с использованием гипотермии и ручную и аппаратом «Tecotherm neo». Было выявлено, что значительное преимущество при лечении асфиксии имеет аппарат «Tecotherm neo» из-за своих личных автоматизированных преимуществ нежели гипотермию ручную. Таким образом, использование лечебной гипотермии при лечении интранатальной асфиксии позволило снизить летальность и инвалидизацию детей.

Заключение.

Для лечения асфиксии и уменьшения риска гипоксически-ишемических повреждений головного мозга у новорожденных детей необходимо внедрить в отделениях неонатальной реанимации и интенсивной терапии перинатальных центров терапевтическую гипотермию.

Лечебная гипотермия показала выраженную терапевтическую эффективность при лечении тяжелой асфиксии.

Полученные положительные результаты исследования при использовании аппаратной терапевтической гипотермии, позволяют рекомендовать данную методику к применению в тяжелой асфиксии.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИЙ НАДГОРТАННЫМ ВОЗДУХОВОДОМ I-GEL В ДЕТСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В СРАВНЕНИИ С ИНТУБАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Алимханова Г.Н. Бондаренко М.В. Шекенова А.Б. Кусаинов Д.Н.
Научный Центр Педиатрии и Детской Хирургии, Алматы, Казахстан

В данной работе представлен опыт применения надгортанных воздуховодов I-GEL с 2015 года на базе ОРИТ НЦПиДХ.

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности, безопасности, и удобства применения надгортанных воздуховодов I-GEL по сравнению с интубационной трубкой при полостных операциях на брюшной полости у детей.

Материал и методы. Исследовались 2 группы, в общем количестве 80 детей. Проведено проспективное исследование 40 анестезий у детей с использованием надгортанных воздуховодов без миорелаксации (группа 1) и 40 анестезий с использованием интубационной трубки и миорелаксации (группа 2). Возраст детей в обеих группах от 0 до 14 лет. (средний возраст в 1 группе 0±5лет, во 2ой группе 0±6 лет). В 1 группе у 20 детей были проведены операции по наложению толсто-толстокишечных анастомозов, у 8 детей наложение колостомы, у 4 детей эхинококкэктомия печени, 4 детей наложение тонко-тонкокишечных анастомозов, 4 детей наложение гастростомы. У 12 детей использовались воздуховоды размеров 1, у 18 детей размер 1,5, у 4 детей размер 2, 2 детей размер 2,5. Во 2-ой группе у 24 детей были проведены операции по поводу наложения толсто-толстокишечных анастомоза, у 6 детей эхинококкэктомия печени, 4 детей наложение гастростомы, у 6 детей наложение тонко-тонкокишечных анастомозов. У всех детей использовалась стандартная премедикация включающая в себя атропин 0,1%+димедрол1% в возрастных дозировках. У 40 детей в группе 1 индукция и поддержание анестезии про-

водилось Севофлюраном, проводилось на аппарате Primus Drager в режиме SIMV. В 1 группе миорелаксанты не использовались, во 2 группе проводилась анестезия с использованием миореласкантов (Эсмекрон). ИВЛ проводилось на аппарате Primus Drager в режиме IMV. Параметры вентилиции у всех детей контролировались газовым анализатором. Все измерения проводились при минимальной альвеолярной концентрации (МАК) 1,2-1,4. Дыхательный объем составлялся 8-10 мл/кг. У всех детей измерялся объем вдоха и выдоха, а также вычислялся объем сброса, отражающий потери, связанные с недостаточной герметичностью дыхательного контура.

Результаты. В первой группе воздуховоды I-GEL у всех детей были установлены без каких-либо технических трудностей. Аускультативно во время анестезии сброса воздуха не определялось. Интубационные трубки были установлены без технических трудностей с первого раза. У одного ребенка из-за неподходящего размера была произведена смена на меньший размер. Аускультативно сброса воздуха не определялось, ни в одном случае. По сравнению с интубационной анестезией имеется ряд преимуществ:

1. Установка происходит легче.
2. Не требует раздувания и контроля давления в манжете.
3. Жесткий дистальный конец предотвращает закусывание зубами.
4. Требуется меньшей медикаментозной адаптации.
5. Более комфортное и быстрое пробуждение после операций.

Однако надгортанные воздуховоды желательнее использовать на операциях длительностью до 3х часов.

Заключение. Использование в анестезии надгортанных воздуховодов и интубационных трубок одинаково эффективно и безопасно для обеспечения проходимости

дыхательных путей у детей. И могут быть рекомендованы к применению в абдоминальной детской хирургии. Однако даже учитывая ряд преимуществ надгортанных воздуховодов I-GEL, при длительных операциях более 3х часов желательнее использовать интубационную анестезию.

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Алсейтов У.Б., Жексенова А.М., Сексенбаева А.А.
Центр детской неотложной медицинской помощи

Вопросы здравоохранения всегда были и остаются приоритетом государственной политики. Проблема детской и материнской смертности для республики остается актуальной и по сей день. Одной из основных причин детской инвалидности и смертности в РК являются преждевременные роды и врожденные пороки развития (ВПР). По данным Национального генетического регистра (НГР) РК, ежегодно в стране рождается до 4500 детей с ВПР, каждый пятый новорожденный с ВПР умирает.

Мы провели анализ новорожденных с врожденными пороками развития, поступивших в ЦДНМП для проведения хирург-

гической коррекции за 5 лет с 2013 г. по 2017 г. За этот период поступило 235 детей с врожденными пороками развития (доношенных 141, недоношенных 94). Из них оперировано 214 детей (доношенных 128, недоношенных 86). 21 детей не оперировано из-за инкурабельности, связанным со множественными врожденными пороками развития. Из 214 оперированных детей с ВПР умерло в послеоперационном периоде 22 детей (доношенных 9, недоношенных 13). Показатель летальности снижается с каждым годом. Если в 2013 году этот показатель составлял – 16,6%, то в 2017 году составил – 3,6%.

За 5 лет	Поступило	Оперировано	Умерло
С диафрагмальной грыжей	27	21	2
Атрезия пищевода	37	34	8
Врожденная высокая и низкая кишечная непроходимость	75	73	7
Аноректальные пороки	31	28	1
ВПР ПБС	25	24	3
ВПР МПС	3	3	0
ВПР ЦНС	33	27	1
Тератома и др. новообр.	4	4	0
Итого	235	214	22

Известно, что результаты хирургического лечения новорожденных с врожден-

ными патологиями зависят от множества факторов, в частности от наличия сопут-

ствующих патологий и сочетанных пороков развития, сроков поступления, своевременности диагностики, рационального выбора предоперационной подготовки, метода оперативного пособия и послеоперационной интенсивной терапии с учетом особенностей новорожденных.

Операции планировались после предоперационной подготовки в течение 24-72 часов жизни, которая включала в себя инфузионную и антибактериальную терапию, респираторную поддержку (ИВЛ), коррекцию гемостаза. При необходимости проводилась иммунокорригирующая терапия (Пентаглобин, Октагам, Неоцитотек). Интраоперационная инфузионная терапия имела цель поддержания гемодинамики и проводилась со скоростью 3-5 мл/кг/час. Качественный состав инфузионной терапии определялся 5% раствором глюкозы, 0,9% Натрия хлорида, сбалансированным электролитным раствором Стерофундин и по показаниям свежемороженая плазма. Базисный наркоз проводился введением 0,005% раствора Фентанила в дозе насыщения из расчета 20-30 мкг/кг. Поддерживающая доза анестетика соответствовала 10 мкг/кг/час.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Бегимбетов Б.М., Аушинов К.Е., Бекулы А.

*ГКП на ПХВ «Областная многопрофильная детская больница»,
г. Талдыкорган, Республика Казахстан*

Септические заболевания (сепсис) как инфекционный процесс, характеризуется разнообразием возбудителей, своеобразием клинической симптоматики и злокачественным (ациклическим) течением, вследствие сопутствующей иммунной недостаточности. Именно иммунная недостаточность предопределяет сепсис как первично злокачественное инфекционное заболевание, при котором спонтанное выздоровление недостижимо. Таким образом, сепсис является иммунозависимым забо-

В послеоперационном периоде для обезболивания вводился 0,005% раствор Фентанила, начиная с 5 мкг/кг/сут путем титрования, по шаговой методике снижения дозы, индивидуально на каждого ребенка. По показаниям при травматичных операциях применяли проводниковую анестезию препаратом Наропин (эпидуральная, каудальная). В среднем послеоперационная анальгезия проводилась в течение 3 суток снижая дозировку анальгетика от 5 мкг/кг/сут до 1 мкг/кг/сут. Седацию проводили только по показаниям. Расчет инфузионной терапии проводили в зависимости от срока гестации и тяжести состояния, от наличия сопутствующей патологии, и назначали индивидуально, что включало в себя раствор глюкозы, микроэлементы, аминокислоты, жировые эмульсии.

Применяемая у нас методика периоперационного анестезиологического обеспечения при хирургических коррекциях у новорожденных позволила достичь более благоприятное течение послеоперационного периода, улучшить результаты хирургического лечения и повысить показатель выздоровления прооперированных новорожденных.

лением, и его терапия должна включать иммунокорригирующие средства. Эффективным является внутривенное использование препаратов цитокинов, в частности Интерлейкина-2, который направленно влияет на пролиферацию тимоцитов, стимулирует активацию, рост и дифференцировку Т- и В-лимфоцитов, потенцирует микрооцидную функцию макрофагов, способствует активации и пролиферации естественных киллерных клеток.

Цель. Ронколейкин можно рассматривать как один из компонентов комплексной терапии при сепсисе, конечно обязательными компонентами являются антибактериальная, дезинтоксикационная, методы экстракорпоральной детоксикации, симптоматическая терапия, по показаниям гемотрансфузии.

Материал и методы. В отделении реанимации за период 2017-2018 годы, пролечено 12 детей с тяжелой генерализованной микст-инфекцией в возрасте от 1 месяца до 3 лет. В постановке диагноза сепсиса в условиях нашего стационара были использованы следующие маркеры: прокальцитонин, лактат, СРБ, гемокультура (в половине случаев результаты бактериологического исследования крови были с отсутствием роста, в силу ранней антибактериальной терапии в амбулаторных условиях и в ЦРБ), так же использовалась шкала оценки тяжести сепсиса SOFA. У всех больных был выявлен иммунный дефицит не гуморального

звена (уровень иммуноглобулинов А,М,Г в пределах нормы), а именно клеточного (снижение Т- и В-лимфоцитов, NK-клеток, Т-NK-клеток, Т-хелперов/индукторов CD3+, CD4+). В комплексном лечении применялся препарат Ронколейкин в дозе 0,125мг (125.000МЕ) - 0,25мг (250.000МЕ) в/в капельно с интервалом 3 дня, с курсом 1-3 введения.

Результаты. На фоне проводимой иммунозаместительной терапии, проводился контрольный анализ иммунного статуса, выявлено улучшение, а в некоторых случаях и нормализация Т- и В-лимфоцитов. Отмечалось постепенное клинико-лабораторное улучшение, с последующей стабилизацией состояния. Летальности в группе детей получавших иммунозаместительную терапию Ронколейкином не было.

Заключение. Применение Ронколейкина в комплексном лечении сепсиса, показало свою эффективность и доступность (относительная не дороговизна препарата).

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У МЛАДЕНЦЕВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Бердиярова Г.С., Цой В.В., Урстемова К.К., Саулебекова У.А.

Научный Центр Педиатрии и Детской Хирургии, Алматы, Казахстан

Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Современными исследованиями доказана взаимосвязь между недостаточностью нутритивного статуса и выживаемостью больных с новообразованиями. По данным Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания в нутритивной поддержке нуждаются 60% пациентов перед госпитализацией в онкологический стационар. Вместе с тем, развитие технологий нутритивной поддержки в последние годы, улучшение качества сред для нутритивного обеспечения и широкая доступность большого ассортимента, все еще не решает целый ряд причин приводящих к неполноценному клиническому питанию больных. Основной из них является отсутствие еди-

ного подхода и должной подготовки врачей по диагностике недостаточности питания у тяжелобольных. Среди детей, поступивших в отделения реанимации за 2017 год, было выявлено в 74% случаях недостаточность питания 1-2 степени.

Цель. Улучшить исходы интенсивной терапии у детей до года с новообразованиями, путем исследования особенностей нутритивного статуса и оптимизировать программу нутритивной поддержки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 14 медицинских карт детей до года с новообразованиями, госпитализированных в Научный центр педиа-

трии и детской хирургии за 2017 год: тератома - 1, нейробластома - 1, рабдоидная опухоль - 2, ретинобластома - 3, лимфангиома - 3, нефробластома - 4 детей. Все дети были доношенными, средняя масса тела 3617 ± 200 гр. В 100% беременные были взяты на учет в первом триместре беременности, но новообразования пренатально не диагностированы. Видимые новообразования были диагностированы в первые сутки жизни, новообразования с внутренним расположением в возрасте 6-11 месяцев жизни. В 85% случаях беременность женщин протекала на фоне анемии умеренной степени. При поступлении в Центр у 80% детей имела клиника белково-энергетической недостаточности 1-2 степени, при повторной госпитализации белково-энергетическая недостаточность достигала 3 степени (2-14%).

Результаты. Анализ гликемического статуса при поступлении в 100% случаях выявил гипогликемию в диапазоне 2,8-3,0 ммоль/л. У 9 (64%) детей низкие границы глюкозы удерживались весь период госпитализации, что свидетельствует о повышенном энергетическом расходе при данных состояниях. Анемия 1 степени при госпитализации выявлена у 10 (71%) детей. В после операционном периоде 8 детей получали заместительную терапию эритроцитарной массой. Уровень общего белка был низким у всех детей, в среднем 52 ± 8 г/л и удерживался весь период госпитализации. Лабораторное исследование почечных и печеночных показателей, кислотно-щелочного статуса и С-реактивного белка в момент госпитализации отклонений не выявил. По результатам анализа

выявлено, что у младенцев с новообразованиями при поступлении в Центр имеет место отягощенное фоновое состояние в виде дефицита массы тела, что соответствовало белково-энергетической недостаточности 2 степени. В 70% случаев младенцы с новообразованиями имели анемию 1 степени и в 100% случаях была выявлена пограничная концентрация глюкозы и гипопроотеинемия.

Заключение. Таким образом, независимо от стадии заболевания у детей до года с новообразованиями отмечается алиментарное истощение, в виде белково-энергетической недостаточности 1-2 степени. Фоновое состояние также утяжеляется анемией. Высокие риски развития гипогликемического состояния требует более динамического мониторинга за показателями уровня глюкозы в крови. По остальным биохимическим показателям организм ребенка при своевременной госпитализации имеет хорошие компенсаторные возможности, о чем свидетельствуют клинико-лабораторные показатели. В связи с этим, необходимо подключать программу парентерального питания у детей до года с новообразованиями с момента госпитализации и выявления признаков белково-энергетической недостаточности совместно с лечебным энтеральным питанием. Возникает необходимость создания центра нутритивной поддержки по опыту наших российских коллег, функция которой направлена на актуализацию необходимости нутритивной поддержки пациентов с онкологическими заболеваниями и улучшение качества их жизни.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ МАРКЕРОВ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Божбанбаева Н.С., Алтынбаева Г.Б., Адилбекова И.М.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, курс неонатологии*

Некротический энтероколит (НЭК) является одним из серьезных инфекционных заболеваний, развивающихся при выхаживании недоношенных детей, особенно у новорожденных детей с экстремально низкой массой тела. Своевременная диагностика НЭК имеет значение для назначения адекватного лечения и улучшения исходов.

Цель. Оценить диагностическую и прогностическую значимость инвазивных и неинвазивных маркеров инфекционного процесса в ранней диагностике НЭК у недоношенных детей.

Материал и методы. У 95 недоношенных детей с массой тела при рождении от 500-1500 гр., находившихся в ОРИТн ЦПиДКХ было проведено неинвазивное обследование в кале маркеров фекального кальпротектина (ФК-маркер воспаления в кишечнике) и гемоглобин-гаптоглобин комплекса (HbHp-маркер язвенного процесса в кишечнике) с целью исключения НЭК. Контрольную группу составили 20 недоношенных детей аналогичного возраста. Этим детям не проводились исследования маркеров воспаления в кишечнике, но стабилизация их состояния и выхаживание осуществлялись согласно клиническому протоколу № 16 от 29.11.2016г. «Некротический энтероколит у новорожденного». Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (p). Для оценки информативности лабораторных тестов с позиций доказательной медицины были рассчитаны диагностическая чувствительность (ДЧ), диагностиче-

ская специфичность (ДС), прогностическая значимость положительного (ПЗ+) и отрицательного (ПЗ-) результатов.

Результаты. ФК оказался положительным у 22,1% больных, резко положительным у 7,4% и отрицательным у большинства (70,5%) обследованных детей. HbHp в кишечнике был в большинстве случаев отрицательным, лишь в 7,4% - положительным. Положительные результаты HbHp совпали с резко положительными результатами ФК. У всех 28 детей с положительными и резко положительными маркерами НЭК (ФК и HbHp), мы определяли в крови концентрацию прокальцитонина (ПКТ), пресепсина (ПС), СРБ. Отмечена прямая сильная корреляционная связь показателей средних уровней ПКТ (М -28,5) и ПС (М -1045) у детей с резко положительным тестом ФК ($r_{xy} = 0,74$ при уровне вероятности $p-95\%$), а также между средними уровнями ПКТ (М -8,82) и СРБ (М -24,8) при резко положительном тесте Т2 200 мг и выше ($r_{xy} = 0,8$ при уровне вероятности $p-98\%$). Установлено, что диагностической и прогностической значимостью НЭК обладает ФК с уровнем 50 мг и выше. ФК с уровнем 200 мг и выше, а также HbHp являются высокоспецифичными маркерами НЭК с высокой прогностической значимостью, но обладают меньшей чувствительностью. Их можно применять как неинвазивные маркеры НЭК. Из инвазивных маркеров системного инфекционного процесса, диагностическое и прогностическое значение имеет ПКТ и пресепсин.

Заключение. Экспресс-методы неинвазивной диагностики (ФК, HbHp-комплекс)

рекомендуется внедрить их в качестве скрининга НЭК в неонатальном периоде у всех детей, родившихся с массой тела от 500 до 1500 гр., пребывающих в ОРИТ и

ОПН. Из инвазивных маркеров системного инфекционного процесса, диагностическое и прогностическое значение имеют прокальцитонин и пресепсин.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ СПАСТИЧЕСКОЙ И АТАКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП

*Божбанбаева Н.С., Альдекеева Ж.Е., Есенова С.А.
Курс неонатологии, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова*

Детский церебральный паралич (ДЦП) является самым распространенным серьезным нарушением двигательной функции в детском возрасте.

Цель. Изучить перинатальные факторы риска спастической и атаксической формы ДЦП.

Материал и методы. В зависимости от клинической формы ДЦП, мы провели сравнительный ретроспективный анализ факторов риска в группах детей со спастической и атаксической формой. Согласно спискам детей, с ДЦП, представленных медицинскими организациями города Алматы, сформирована база данных на 42 ребенка с ДЦП в возрасте с 6 месяцев до 18 лет. При статистической обработке для проверки гипотезы, связанной с факторами развития ДЦП среди двух независимых, несвязанных выборок (группа со спастической и атаксической формами), использован t-критерий Стьюдента.

Результаты. Из 42 детей, 27 (64,3%) детей имели спастическую форму ДЦП, 15 (35,7%) – атаксическую форму. Токсикоз во 2 половине беременности достоверно чаще

встречался у женщин, родивших детей с атаксической формой ДЦП ($22,2 \pm 8,2\%$ и $60,0 \pm 13,1\%$; $p < 0,05$). Среди факторов риска со стороны ребенка можно отметить достоверно частое рождение детей со спастической формой ДЦП в среднетяжелой асфиксии с оценкой по шкале Апгар 4–6 баллов на пятой минуте жизни ($40,7 \pm 9,6\%$ и $13,3 \pm 9,1\%$; $p < 0,05$).

Заключение.

1. Для лечения асфиксии и уменьшения риска гипоксически-ишемических повреждений головного мозга у новорожденных детей необходимо внедрить в отделениях неонатальной реанимации и интенсивной терапии перинатальных центров терапевтическую гипотермию.
2. Усилить антенатальную стероидную профилактику респираторного дистресс-синдрома и внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей.
3. Усилить постнеонатальный мониторинг неврологического статуса у детей, имевших неврологические нарушения с неонатального периода.

ПРОБЛЕМА НЕОНАТАЛЬНЫХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г.

Кыргызско – Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан

Одной из приоритетных проблем неотложной неонатологии являются неонатальные гипербилирубинемии (НГ). В мире продолжается отмечаться рост билирубиновых энцефалопатий (БЭ) с тяжелыми последствиями вплоть до развития ядерной желтухи и смертельного исхода.

Цель. Изучение этиоструктуры и особенностей клинического течения НГ по данным специализированных отделений г. Бишкек Кыргызской Республики.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи. Основная группа – 660 новорожденных с клиникой НГ. Контроль – 150 новорожденных. Был использован комплекс клинико-анамнестических, инструментальных, лабораторных и статистических методов исследования.

Результаты. Было выявлено, что в подавляющем большинстве ($63,03\%$, $p < 0,01$) обследуемые дети были госпитализированы по направлению врачей родильных домов и участковых педиатров, в 20% случаев по самонаправлению или по линии скорой медицинской помощи ($4,09\%$) в состоянии крайней тяжести. В 88,18% всех случаев гипербилирубинемий НГ носили затяжное течение (более 3-4 недель). Анализ этиоструктуры НГ показал, что основной контингент составляют дети с НГ смешанного генеза как проявление ВУИ ($p < 0,001$), далее с пониженным клиренсом билирубина ($p < 0,01$), реже с его повышенный продук-

цией и обструктивные НГ. Желтухи смешанного генеза ($61,21\%$) дебютировали в основном ($89,35\%$, $p < 0,001$) в поздние сроки после рождения с постепенным темпом нарастания ($66,83\%$, $p < 0,01$). БЭ отмечена у большинства ($88,86\%$) детей исследуемой группы. Клиника НЖ с пониженным клиренсом билирубина ($27,72\%$) характеризовалась полиорганным поражением, степень которого зависела от тяжести заболевания и нарастала параллельно достоверному повышению уровня общего билирубина ($p < 0,001$). Проявления БЭ отмечены у $68,30\%$ детей. В группе НЖ с повышенной продукцией билирубина ($7,88\%$) достоверно чаще встречались новорожденные мальчики – $69,23\%$ ($p < 0,01$). Токсическое поражение ЦНС в виде острой БЭ выявлено в $86,53\%$ случаев вплоть до ядерной желтухи ($4,08\%$). Обструктивные желтухи ($3,19\%$) отличались поздней манифестацией с медленным темпом развития, поздней диагностикой и госпитализацией. Все дети поступали в тяжелом ($52,38\%$) и крайне тяжелом состоянии ($47,62\%$), длительным пребыванием в стационаре и в 23,81% случаев с летальным исходом.

Заключение. В этиоструктуре НГ преобладали желтухи смешанного генеза, как проявление ВУИ ($61,21\%$). В 88,18% всех случаев НГ носили затяжное течение более 3-4 недель. Для всех форм НГ характерно полиорганное поражение и БЭ (более 80%), степень выраженности которых нарастает по мере увеличения тяжести процесса.

ПРИЗНАНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Боконбаева С.Дж., Омурбеков Т.О., Кадырова А.Ш.

Кыргызско – Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи

Геронтологическая ориентация в сосудистых заболеваниях головного мозга, низкая осведомленность медицинских работников о данной патологии затрудняет раннюю диагностику детского инсульта.

Цель. Оценить ситуацию детского инсульта в Кыргызской Республике.

Материал и методы. Изучены 102 пациента с сосудистыми заболеваниями головного мозга, в возрасте от 0 до 18 лет за период 2005-2018 гг.

Результаты. 78 пациентов (76%) имели кровоизлияния в головной мозг (неонатальный геморрагический инсульт, ГИ – 65%). 24 ребенка (24%) – с ишемическим инсультом (ИИ). 16 случаев (67%) детского инсульта (ДИ). С неонатальной ИИ было 8 больных (33%). Дебют заболевания начинался с повышенной сонливости, 23 ребенка (96%). Обращаемость была на 3-и сутки заболевания у 24 детей. Признаки возбуждения, беспокойства наблюдались у 19 детей (79%). Почти у всех детей наблюдались симптомы очагового поражения ЦНС – 20 случаев пареза конечностей (83%). В диагностические мероприятия входили: общеклинические и биохимические анализы крови, инструментальные и нейровизуализационные методы. В 100% случаях было выполнено МРТ головного мозга,

где выявлен очаг ишемии, чаще в бассейне средней мозговой артерии справа. Один случай в бассейне задней мозговой артерии справа. В 4-х случаях проведено КТ головного мозга и лишь у одного ребенка (25% от числа случаев, проведенных КТ исследований) выявлена причина заболевания в виде лентикюлостриарной ангиопатии. Проведение МРАнгиографии было результативным в 29% случаев, 7 случаев, с учетом что МРА начало проводиться с 2016 г. У 2-х детей подтвержден тромбоз поперечного синуса слева. У 3 больных – аномалия развития сосудистой системы головного мозга. Нами было выявлено 2 случая болезни Мoya-moya. В лечении в 2х случаях было предложено этиопатогенетическое лечение: аспирин детям-подросткам. Всем детям с детским ИИ назначалось симптоматическое лечение и двигательная реабилитация на 2-е сутки заболевания.

Заключение. Заболеваемость составила 0,1 на 100 тыс населения. Поздняя обращаемость больных за медицинской помощью свидетельствует о низкой осведомленности населения. У детей дебют заболевания начинается с неспецифических симптомов. Методы нейровизуализации незаменимы в уточнении диагноза у пациентов с инсультом. Нет протоколов ведения и лечения больных с педиатрическим инсультом.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАСТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Джолдыбеков Т.С.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

Согласно литературным данным, влияние общей анестезии на развитие послеоперационной когнитивной дисфункции представляет научный интерес. Именно, детский возраст в период психологических и гормональных перестроек подвержен развитию эмоциональных и когнитивных дисфункций, особенно в результате действия операционного стресса и общей анестезии. Многие авторы считают, что причиной психоповреждающего действия анестетиков является его психофармакологическое действие. Поэтому, нами была поставлена цель предупредить возникновение данных расстройств. В связи с этим, мы имеем опыт применения препарата холина альфосцерата (глиатон) для профилактики когнитивных дисфункций. Препарат вводили по окончании операции внутривенно

болюсно в возрастных дозировках в течение трех дней. В основной группе терапию проводили у 30 детей. Клиническое наблюдение показало стабильное эмоциональное состояние детей в период пробуждения (не плакали, ориентировались в обстановке, легко вступали в словесный контакт даже после применения кетамина). В контрольной группе из 21 ребенка у 3х-наблюдали психомоторное возбуждение, у 5х-после пробуждения наблюдался озноб. Также в данной группе период пробуждения удлинялся по времени в среднем 1,5 раза.

Таким образом, применение Глиатона оказывает положительный клинический эффект в предупреждении развития послеоперационной когнитивной дисфункции у детей.

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТА ПЕРИОДА ПРОБУЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Джолдыбеков Т.С., Утегенова Ж.А., Мухамадиев Б.Т., Сулейменов Б.К.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) у детей грудного и раннего возраста (1-3 лет) приходится прибегать к анестезиологическому пособию. Следовательно, основной задачей анестезии является обеспечение глубокой седации ребенка для качественного обследования.

Во все времена анестезиологической службы ответственным периодом являлся выход из анестезии. Период выхода из седации длится не более 1,5-2 часов пока дей-

ствуют препараты. Современная анестезиология стремится свести к минимуму свою фармакологическую агрессию, уменьшая время действия препаратов, выводя их из организма практически в неизменном виде или полностью разрушая его ферментами самого организма. Но, к сожалению, риск все равно не исключается из-за поздних остаточных действий лекарственных препаратов, если учитывать, что ребенок после обследования и пробуждения отправляется домой.

Актуальность данной проблемы диктует нам проводить раннюю активизацию ребенка после седации и вернуться к привычной жизни.

Для активизации периода пробуждения нами был использован холина альфосцерат (глиатон). Холина альфосцерат широко применяется в детской неврологии (Усенко Л.В. и соавт., 2011, Fodale V. et al., 2010) при когнитивной дисфункции, клинически это может проявляться нарушением памяти, трудностью сосредоточения

(концентрации) внимания и нарушениями других высших корковых функций (мышления, речи и т.п.). Применение препарата в период пробуждения предупреждало развитие посленаркозной когнитивной дисфункции, тем более большинство детей обследуются с патологией центральной нервной системы. Препарат вводили внутривенно по окончании исследования МРТ в возрастных дозировках, который сокращал период пробуждения до 15-20 минут, что позволял сократить голодовую паузу, особенно, у грудных детей.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО И ПОСТНАТАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Туманова У.Н., Немковский Г.Б., Козлова А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздрава России, г. Москва

Одно из приоритетных направлений развития пренатальной диагностики – своевременная постановка диагноза врожденного порока развития для определения оптимальной тактики наблюдения и родоразрешения женщины и оказания помощи новорожденному ребенку.

Цель. Проанализировать опыт наблюдения женщин с пренатально установленным диагнозом врожденных пороков легких у плода, особенностей течения беременности и родоразрешения с точки зрения эволюции порока, а также оказания помощи новорожденным на базе ФГБУ «НМИЦА-ГиП им. В.И.Кулакова».

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 189 историй наблюдения женщин, у которых признаки врожденного порока легкого у плода впервые обнаруживали в среднем на сроке 20-26 недель, и 163 истории болезни новорожденных, получавших лечение в отделении

хирургии новорожденных, за период 2007-2018 годы.

Результаты. При первичной пренатальной диагностике врожденные пороки легкого были представлены односторонним поражением (100%): кистами различного диаметра неправильной формы с неровными контурами (168;89%) или гиперэхогенным участком ткани (21;11%). В ряде наблюдений отмечали синдром внутригрудного напряжения в виде смещения сердца в здоровую сторону за счет увеличения объема, пораженного легкого (46;24,3%). Повторные УЗИ плода в сроке 33-35 недель выявили уменьшение количества и размера кистозных полостей (100;52,9%), отсутствие динамики (86;45,5%), отрицательная динамика (3; 1,6%). Большинству женщин при первичном выявлении изменений в легких плода по месту жительства решением пренатальных консилиумов было рекомендовано прерывание беременности

(162;86%). Все дети родились живыми, доношенными 155 (95%), недоношенными 8 (5%). Признаки асфиксии средней тяжести наблюдали у 30 (18,4%), тяжелой асфиксии - у 2 детей (1,2%), респираторная поддержка после рождения потребовалась 18 пациентам (11%). По данным обследования признаков легочной патологии не выявлено у 4 пациентов (2,4%), секвестрация легочной ткани - 69 (42,3%), кистозно-аденоматозная мальформация легочной ткани - 85 (52,2%), комбинация кистозно-аденоматозной мальформации и секвестра легкого – 5 (3,1%).

Программная обработка 924 диагностических МСКТ изображений на основании математического анализа объема и структуры патологического очага, распространенности в органах и тканях, степени смещения средостения позволил определить показания к хирургическому вмешательству. Хирургическое лечение в возрасте от 2 недель до 3 месяцев выполнено в 142 случаях (87%), диагноз был подтвержден морфологическим исследованием. Объемное моделирование пораженных тканей и топическая диагностика сосудистого русла ускорила интраоперационный поиск соот-

ветствующих объектов и сократила длительность хирургического вмешательства. Течение послеоперационного периода гладкое, катamnестическое наблюдение не выявило отклонений от нормального роста и развития детей.

Заключение. Абсолютные показания к прерыванию беременности при выявлении признаков врожденного порока легкого у плода отсутствуют, необходимо наблюдение за течением беременности, родоразрешение женщины в акушерском стационаре III уровня с последующим обследованием и лечением новорожденного. Применение современного аппаратно-программного комплекса анализа диагностических изображений сокращает продолжительность операции и позволяет выполнять эффективные миниинвазивные вмешательства, в том числе у пациентов неонатального периода.

Работа выполнена при финансовой поддержке государства в лице Минобрнауки России (соглашение о предоставлении субсидии от 03.10.2016 г. №14.607.21.0162, идентификатор соглашения RFMEFI60716X0162).

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УК «АКСАЙ»

Ераниева М.А., Джуматова У.К., Абилова А.Ч., Калжанов Ж.Р., Жуманбаева К.Р. Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Университетская клиника «Акса́й» КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, в прошлом Республиканская детская клиническая больница – это одно из старейших в Республике Казахстан детских многопрофильных лечебно-диагностических учреждений и насчитывает 58-летнюю историю, было развернуто на 300 коек. Ежегодно высокоспециализированную и специализированную стационарную медицинскую

помощь получают свыше 5 тысяч детей со всей республики, из них почти 2,5 тысячи из сельской местности. Больница расположена в с. Тастыбулак Карасайского района Алматинской области в 5 км к западу от границы города Алматы. Наша кафедра базируется на базе УК «Акса́й», более 2-х лет и оказывает клиническую помощь в приемно-боксом отделении.

В практической деятельности педиатра нередко встречаются состояния, требующие проведения неотложного лечения, успех которого зависит, прежде всего, от своевременности и точности диагноза. Вся работа отделения стоит на оказании своевременной, качественной специализированной медицинской помощи, предупреждение заноса и распространение инфекционных заболеваний (т.е. своевременное выявление лиц с подозрением на инфекционное заболевание, выявление больных в инкубационном периоде или с малосимптомным течением инфекции, выявление вирус- или бактерионосителей, выявление, лечение и предупреждение перекрестной инфекции, выявление инфекции, групп риска среди пациентов, обеспечение инфекционной безопасности пациентов, локализация очага инфекции и разрыв эпидемиологической цепочки), регистрация и учет поступивших в стационар больных, «триаж» всех поступающих больных, по неотложным и приоритетным признакам, согласно программе ВОЗ «ИВБДВ».

Особенности детского организма: лабильность межклеточного обмена, повышенная гидрофильность тканей, истощаемость компенсаторных систем и др. зачастую

обуславливают бурную манифестацию патологического состояния. Экстремальные состояния в этих случаях требуют неотложных лечебных мероприятий.

Диагностика неотложных состояний на догоспитальном этапе - одна из наиболее важных и ответственных задач практического врача. Арсенал врачебных приемов в этих ситуациях предельно ограничен и включает: осмотр пострадавшего (поведение, состояние сознания, окраска кожи, характер дыхания, пульса), измерение уровня артериального давления. Даже обычное физикальное обследование нередко затруднено из-за острого дефицита времени, неадекватного поведения больного, негативно настроенной семьи пострадавшего. При всей сложности оценки состояния больного не представляет сомнения, что в основе первичной диагностики лежит выявление симптомов и синдромов, которые в экстремальных состояниях являются жизненно определяющими.

Применяемые технологии ВОЗ и бригадный подход в оказании неотложной помощи, позволяет сократить время ожидания пациента и в короткий промежуток времени реализовать конкретную практическую деятельность врача.

МАСОЧНАЯ ИНДУКЦИЯ СЕВОФЛУРАНОМ И ИНТУБАЦИЯ БЕЗ РЕЛАКСАНТОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДЕНОИДЭКТОМИИ И ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Жумагулов М.К., Ещанова Б.Г., Мамедалиев Х.В., Мухамбедьяров А.Е., Доскалиев М.А. ГКП на ПХВ Областная детская многопрофильная больница г. Уральск. Уральск. Казахстан.

В настоящее время в тактике анестезиологического обеспечения и методике проведения анестезии произошли значительные изменения. Во многом это обусловлено появлением и применением в практику новых препаратов для анестезии и современного наркозного оборудования.

В настоящее время группа ингаляционных анестетиков занимает ведущее место в современной анестезиологической практике, особенно в педиатрии. Прежде всего – это легкая управляемость наркозом, его глубина может меняться по желанию анестезиолога в зависимости от клинической

ситуации; после прекращения подачи анестетика пробуждение больного наступает через достаточно короткое время. По сравнению с другими галогенсодержащими анестетиками наиболее важно снижение коэффициента диффузии газ/кровь. Большая доля Севофлурана выводится легкими в неизменном виде, и только незначительное количество анестетика подвергается метаболизму.

Цель. Масочная индукция Севофлурана и интубация без релаксантов при эндотрахеальном обезболивании ЛОР-патологии у детей.

Материалы и методы. С 2016 года по настоящее время проведено 78 эндотрахеального обезбоживания ЛОР-патологии. Из них 68 эндоскопическая аденоидэктомия, 7 тонзиллоаденодэктомия и 3 тонзиллэктомия. Возраст детей от 2 до 10 лет. У всех детей использовалась стандартная премедикация атропин 0,1% + димедрол 1% в возрастных дозировках.

Мониторное оборудование: ЧСС, SpO₂, АД, ЭКГ, капнография, газоанализатор, температура тела. Индукция дыхательный контур наркозного аппарата заполняется смесью кислорода и Севофлурана с концентрацией анестетика на вдохе 8 об% до получения аналогичного показателя на экране газового анализатора, для этого в контур подается кислород в объеме 6-8 л/мин. и одновременно включается испаритель с подачи Севофлурана в концентрации 6-8 об%: дыхательный контур наркозного аппарата продувается газонаркотической смесью с заполнением и опорожнением дыхательного мешка аппарата три раза. Просим ребенка спокойно дышать через маску. Дыхание самостоятельно. Фаза возбуждения не более 15-20 секунд. Двигательное беспокойство и кашель случается очень редко. На 20-30 секунде ребенок засыпает. Контроль МАК, капнография, зрачки, рефлекс. Через 150-180 секунд внутривенно Фентанил (3-5 мкг/кг). Перед интубацией концентрацию кислорода

снижали до 4 об%, поток газа 2 л/мин. Интубация трахеи без релаксантов и перевод ребенка на аппаратную ИВЛ. Поддержание анестезии поток газа 1,0-1,5 л/мин.; Севофлуран 2,0-2,5 об%. Мониторинг во время операции ЧСС, АД, SpO₂, МАК, капнография, газоанализатор, температура тела. За 3-5 минут до окончания операции Севофлуран закрывали. Увеличиваем поток воздуха и кислорода. После отсасывания ротового содержимого (гемостаз обычно очень тщательный), экстубация ребенка на операционном столе после восстановления адекватного самостоятельного дыхания. В дальнейшем пациент транспортируется в палату пробуждения, где обычно просыпается в течении 20-30 минут.

Результаты. Альвеолярная концентрация Севофлурана увеличивается быстрее во время индукции анестезии по сравнению с другими анестетиками. Комбинация таких свойств данного препарата, как низкий коэффициент распределения кровь/газ и отсутствие раздражения верхних дыхательных путей, является важным при использовании его для индукции. Положительным качеством Севофлурана является то, что в клинических концентрациях он не нарушает механизм ауторегуляции мозгового кровотока и не влияет на реактивность сосудов головного мозга в ответ на изменение PaCO₂, что позволяет контролировать ВЧД, изменяя параметры вентиляции. Гемодинамические эффекты Севофлурана преимущественно проявляются в виде снижения общего периферического сосудистого сопротивления (на 15-22%). Механизм снижения общего периферического сосудистого сопротивления обусловлен прямым воздействием на гладкую мускулатуру сосудов, что подтверждается фактом дозозависимого снижения артериального давления на фоне неизменного тонуса симпатической нервной системы при относительном постоянстве сывороточной концентрации норадреналина и относительно низких концентрациях Севофлу-

рана (0,41-0,83 МАК). Принципиальным качественным отличием Севофлурана от остальных ингаляционных анестетиков является минимальное раздражение дыхательных путей. Даже в концентрации выше 2,6 МАК Севофлуран значительно реже вызывает раздражение дыхательных путей, чем другие анестетики. Масочная индукция Севофлураном у детей с применением изначально высоких концентраций анестетика в дыхательном контуре, позволяет минимизировать побочные проявления (двигательное беспокойство и кашель), обеспечивает быстрое выключение сознания и внутривенное введение фентанила (3-5 мкг/кг), создают хорошую миорелаксацию, что позволяет проводить интубацию без применения мышечных релаксантов. В течение анестезии Севофлурана + Фентанил отмечается стабильность показателей оксигенации, газообмена, респираторной поддержки и гемодинамики.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ибраимова А.Б., Алимханова Г.Н., Шекенова А.Б.

Научный центр педиатрии и детской хирургии Алматы, Казахстан

Одним из актуальных вопросов в онкологии детского возраста является правильный выбор анестезиологического пособия. В частности, при оперативном лечении пациентов, страдающих остеогенными саркомами нижних конечностей, от которого зависит течение послеоперационного периода.

Цель. определение качества проведения эпидуральной анестезии и аналгезии, без применения миорелаксантов и наркотических анальгетиков в операционном и послеоперационном периодах детям с остеогенной саркомой нижних конечностей.

Материал и методы. В период с января по май 2018 года в отделении реанимации,

Заключение. Для проведения данной методики необходима современная анестезиологическая аппаратура для тщательного мониторинга показателей газообмена и респираторных функций: (мониторное оборудование ЧСС, SpO₂, АД, ЭКГ, капнография, газоанализатор, температура тела). При ингаляционной индукции севофлураном с применением изначально высоких концентраций анестетика в дыхательном контуре, позволяет минимизировать побочные проявления (двигательное беспокойство и кашель), обеспечивает быстрое начало анестезии и пробуждение, способность не раздражать верхние дыхательные пути. Анестезия Севофлуран + Фентанил обеспечивает адекватное обезболивание и интубацию без релаксантов, в течение анестезии стабильность показателей оксигенации, газообмена, респираторной поддержки и гемодинамики. Данный вид анестезии может быть рекомендован к применению при ЛОР- операциях у детей.

анестезиологии и интенсивной терапии онкогематологического профиля впервые были проведены методика нейроаксиальных блокад у 3 пациентов. Возраст детей составлял от 5 лет - 10 лет. Были проведены операции: «резекция проксимального метадиафиза большеберцовой кости с эндопротезированием коленного сустава». У всех детей использовалась стандартная премедикация: атропин 0,1%+димедрол 1% в возрастной дозировке. Для индукции использовался севофлюран в концентрации 6-8 об% + пропофол 1% из расчета 1-2 мг/кг, после чего проведена интубация трахеи. Для постановки эпидурального катетера использовались эпидуральные на-

боры Perifix ONE PAED SET 18. Для проведения пункции и установки катетера дети укладывались в положении лежа на боку. В асептических условиях проведены пункция L3-L4 и катетеризация эпидурального пространства до уровня Th12, использовался анестетик Ропивакаин (Наропин 5,0 мг/мл) в дозировке 2 мг/кг. Далее применялась поддерживающая доза Севофлураном в концентрации 2,0 об% (МАК 0,5-1,0). ИВЛ проводилось на аппарате Drager Fabius GS, в режиме SIMV, дыхательный объем выставлялся 8-10 мл/кг. С целью профилактики кровотечения был использован этамзилат в возрастной дозировке. Послеоперационное ведение больных проводилось в условиях ОАРИТ ОГ.

Результаты. Эпидуральная анестезия у всех детей была проведена без каких-либо технических трудностей. Во время анестезии проводился мониторинг дыхания и гемодинамики. Ни в одном из случаев не отмечались интра- и послеоперационные осложнения. Кровопотери были минимальны. В послеоперационном периоде с целью обезболивания был назначен

наропин 0,2%-0,3 мг/кг путем титрования. Параметры центральной гемодинамики и дыхания оценивалось в течении 3-х суток.

Заключение. Методика регионарной анестезии и аналгезии являются важнейшими компонентами интра- и послеоперационного обезболивания в детской онкоортопедии. При данном виде анестезии не используются наркотические анальгетики и миорелаксанты, что так же сказывается на качестве лечения. Эпидуральная анестезия не только обеспечивает адекватную аналгезию, но и позитивно влияет на течение раннего послеоперационного периода. Пробуждение и экстубация в послеоперационном периоде у детей более легче и мягче. Безопасность эпидуральной анестезии и аналгезии определяется использованием одноразовых расходных материалов, жестким соблюдением асептики, а также применением исключительно рекомендованных препаратов. Данный вид регионарной анестезии может быть рекомендован к применению в отделениях анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии онкологического профиля.

ПРИМЕНЕНИЕ АЗИТРОМИЦИНА У ДЕТЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Икласова Ф.Б., Разумов С.А.

АО «Медицинский Университет Астана» г. Астана, Казахстан.

Цель. изучение профилактического применения азитромицина у детей длительно находящихся на ИВЛ, инфицированных *Pseudomonas aeruginosa*.

Материал и методы. Наблюдение пяти носителей *Pseudomonas aeruginosa* детского возраста находившихся на ИВЛ. Средняя длительность ИВЛ к 31 августу 2017 года 14779,2 часов (615,8 дней, максимум 785 дня, минимум 288 дня). На первом этапе проведено ретроспективное изуче-

ние историй болезни за 6 месяцев. Изучены: частота нозокомиальных пневмоний, частота применения антибактериальных препаратов, составлена антибиотикограмма за 6 месяцев, изучены рентгенологические снимки, параметры респираторной терапии (дыхательный объем (мл/кг), пиковое давление вдоха (см.вод.ст.), FiO₂ % (количество койко/дней получения различные фракции кислорода), давление в конце выдоха(см.вод.ст.)), результаты газов кро-

ви (рН, рО₂, рСО₂), динамика прибавления веса, показатели гемограммы (лейкоциты и формула), показатели С-реактивного белка и прокальцитонина, количество отделяемой мокроты (выделенной при санации через трахеостомическую трубку вакуумным отсосом). На втором этапе проведено назначение азитромицина 3 раза в неделю, в дозе 5 мг/кг/сутки через назогастральный зонд и проводилось мониторинг параметров, указанных выше.

Результаты. При сравнении первого и второго этапа, отмечается в 2,5 раза снижение частоты нозокомиальных пневмоний (выставленных на основании рентгенологических снимков, лейкоцитоза, повышения СРБ и прокальцитонина), длительность приема антибиотиков резерва сократилась в среднем на 40 дней. При сравнении параметров вентиляции среднее пиковое давление вдоха составляло в группе без азитромицина 15,2 см. вод.ст. к 13,7 см. вод.ст. в группе азитромицина, соответственно средний дыхательный объем в первой группе 5,2мл/кг и 5,5 мл/кг во второй. Достоверной разницы в результатах рН крови и рО₂, рСО₂ не наблюдалась. Тогда как количество койко/дней проведения кисло-

родотерапии разница: FiO₂ 21% на 133 к/дня больше в группе азитромицина, FiO₂ 30% на 3 к/дня больше в группе без азитромицина, FiO₂ 40% на 20 к/дней больше в группе азитромицина, FiO₂ 50% на 80 к/дней меньше получала группа азитромицина, FiO₂ 70% группа азитромицина не получала, а группа без азитромицина получала FiO₂ 70% в течение 70 к/дней.

Заключение. Среднее относительное снижение концентраций кислорода составило в 1,1 раза, а потребление фракции кислорода 70 и более процентов при применении азитромицина снижены в 70 раз. Применение внутривенных антибиотиков резерва было уменьшено в 2,3 раза, за счет снижения количества обострений. С-реактивный белок и прокальцитонин уменьшался в группе азитромицина, данные показатели коррелируют с функцией легких, а пациенты с нормальным С-реактивным белком и прокальцитонином имели лучшую функцию легких. На основании вышеизложенных данных делаем заключение, что терапия азитромицином обеспечивает улучшение в течение заболевания и показана пациентам, инфицированным *Pseudomonas aeruginosa*.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ У ДЕТЕЙ

Имамбаева Т.М., Баймуратова А.Д., Шорина Е.Н., Ахенбекова А.Ж., Абилядаев С.Т.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Городская детская клиническая больница №2 г. Алматы

Бронхиальная астма (БА) остается одной из распространенных патологий как у взрослых, так и у детей и по данным различных авторов составляет от 10 до 20% у детей 7-14 лет; при сплошном обследовании 2,5-3% детей всех возрастов, в РК от 5-8%. В структуре бронхолегочных заболеваний БА составляет 50-60%. На диспансерном учете находятся около 2%, причем 25% это больные со среднетяжелым течением и 5-8% с тяжелым течением БА.

Цель. Недостаточный контроль над заболеванием (5% по мировым данным) является одной из ведущих причин тяжелых, осложненных форм БА и в частности астматического статуса (АС).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение 2016-2018 гг находилось 16 детей с диагнозом АС, все дети лечились в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Результаты. Проведенный нами анализ показал следующие основные факторы риска развития АС неконтролируемая резистентная, стероидозависимая БА (4); более 2-х тяжелых обострений в течение года (4); низкая приверженность к лечению (8), бесконтрольное применение ингаляционных симпатомиметиков (6). Кроме того, имели значение и следующие факторы: внутриутробная гипоксия плода (3), отягощенная аллергонаследственность (9), сопутствующая аллергические заболевания (13).

Основными клиническими проявлениями АС были: выраженная бронхиальная обструкция с прогрессирующей артериальной гипоксемией с признаками правожелудочковой недостаточности и развитием метаболического ацидоза (диспноэ до 60 в мин., с резко замедленным выдохом, с нарастающим ослаблением дыхания в легких, сухие свистящие хрипы, усилен-

ное потоотделение, речь больного с большими паузами; тахикардия и набухание шейных вен). Все больные получали лечение в ОРИТ. Интубация и ИВЛ со 100% О₂ (4), в/в введение ГКС 7-10 мг\кг (16); системные ГКС per os из расчета 0,5 мг\кг с последующим прогрессивным уменьшением дозы; у 2-х больных не был получен достаточный эффект, что явилось основанием для назначения пульс терапии метилпреднизолоном (до 1000 мг); ингаляции с бета 2 агонистами КД или + ипратропиум бромид через небулайзер каждый час; в/в аминофиллин.

Заключение. Основными принципами терапии лечения АС было проведение мощной бронходилатирующей терапии, немедленное начало ведения глюкокортикостероидов (ГКС), коррекция вторичных расстройств газообмена, кислотно-щелочного состояния в гемодинамике.

ОСТРАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Имамбаева Т.М., Шорина Е.Н., Баймуратова А.Д., Абилядаев С.Т., Косарева С.Л.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Городская детская клиническая больница №2, г. Алматы.

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей патологией детского возраста, приводящей к высокой инвалидизации детского населения и смертности. В настоящее время остается актуальной врожденная патология сердца и магистральных сосудов, особенно, у детей грудного возраста. Одни врожденные пороки сердца (ВПС) – не совместимые с жизнью, другие – протекают с тяжелыми нарушениями гемодинамики, врожденными экстракардиальными дефектами и заболеваниями, что еще больше усугубляет нарушения гемодинамики и приводит к высокой летальности. Нарушение гемодинамики в определенной степени сопровождает все ВПС,

так как при этом сердце не способно обеспечить системный кровоток адекватным метаболическим потребностям организма вследствие возникающей избыточной гемодинамической нагрузки и нарушений сократимости миокарда. В структуре ВПС больше половины приходится на пороки с обогащением МКК (ДМПП, ДМЖП, ОАП, АДЛВ и др.), а естественное течение этих пороков приводит к легочной гипертензии и сердечной недостаточности.

Цель. Усиление легочной гипертензии сердечной недостаточности вызывает развитие и правожелудочковой сердечной недостаточности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) находились 33 больных (за период 2016 - 2018 год) с ВПС протекающих с острой сердечно сосудистой недостаточностью (ОССН). У всех больных диагностировали комбинированные пороки, в основном, с обогащением малого круга кровообращения протекающих с ОССН II А- II Б степени и с высокой легочной гипертензией. Сопутствующими заболеваниями – у 17 больных были внебольничная пневмония, обструктивный бронхит. Крайне тяжелое течение ВПС у 9 больных, несмотря на проводимую интенсивную терапию привело к летальному исходу.

Результаты. Проведенный нами анализ выявил следующие факторы риска рождение детей с ВПС: отягощенный анамнез по сердечно-сосудистой патологии, неблагоприятный акушерский анамнез, вирусные заболевания. По нозологии ВПС больные распределялись следующим образом ДМПП, ДМЖП, ОАП, АДЛВ – 8, ОАП, ДМЖП – 18, АДЛВ – 2, ТМС – 2, тетрада Фалло – 3. Клиническими проявления-

ми ВПС были: изменение границ сердца и шумовая картина (соответственно пороку) и ОССН, которая являлась продолжением процессов, имевшихся внутриутробно. ОССН развивалась как по малому кругу кровообращения (влажный кашель, цианоз, отдышка, нарушения ритма, застойные хрипы в легких), так и по большому кругу кровообращения (отеки, пульсация сосудов в шеи, увеличение печени). Лечение больных было направлено на: снижение метаболических потребностей организма и миокарда; оксигенотерапия; коррекция ОЦК; снижение кровотока крови в малом кругу кровообращения и в системном АД; улучшение коронарного и легочного кровотока; уменьшение спазма легочных артерий; повышение сократительной способности миокарда; бета-адрено блокаторы – при появлении предсердной или атрио-вентрикулярной экстрасистолы.

Заключение. В результате проведенного лечения - улучшение состояния отмечалось у 24 больных, которые были переведены в профильные отделения для дальнейшего лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МАССИВНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Каримов Д.С., Куракбаев Е.Б.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы. Республика Казахстан.

Высокая травматичность и радикальность оперативных вмешательств в детской онкохирургии определяет высокий риск интраоперационной кровопотери.

Цель: Проведение анализа собственного опыта терапии интраоперационной кровопотери у детей с онкологическими заболеваниями.

Материал и методы. Ретроспективно и проспективно проанализированы 207 онкохирургических операций, проведенных

на базе НЦПДХ за 2016-2017 гг. Исследовались объемы интраоперационной кровопотери, влияние качественного состава инфузионной программы на течение интраоперационного периода.

Результаты. Тяжелая и массивная кровопотеря более > 40% ОЦК зарегистрирована у больных, оперированных по поводу образований брюшной полости и забрюшинного пространства (нейробластомы, нефробластомы) в 13,6% случаев, ново-

образований печени (гепатобластомы) в 18,5%, торакальных (пульмонэктомии, образования средостения) в 8,9%, резекции костей с эндопротезированием суставов (остеосаркомы) в 14,3%. Соотношение компонентов инфузионно-трансфузионной терапии при кровопотере более > 40% ОЦК: компоненты и препараты крови – 24%, синтетические коллоиды - 13,4%, кристаллоиды – 62,6%. В 73,3% случаев потребовалось введение вазотоников. Случаев летального исхода от интраоперационной кровопотери не отмечалось.

Заключение. В основе эффективной инфузионно-трансфузионной терапии массивной острой кровопотери лежат:

1. подготовка к прогнозируемой интраоперационной массивной кровопотере

(обеспечение венозного доступа, позволяющего поддерживать высокую скорость инфузии, превышающую темп потери крови (2-3 магистральных сосуда);

2. поддержание достаточной преднагрузки сердца путем интенсивной и опережающей внутривенной инфузии;
3. этапность регулирования составом инфузии с учетом кровопотери, лабораторных данных (КОС крови, общий анализ крови, коагулограмма);
4. своевременное использование вазотоников (допамина, адреналина);
5. профилактика и лечение расстройств в системе гемостаза.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Асылбеков У.Е., Разумов С.А.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Одной из важнейших проблем современной медицины является черепно-мозговая травма (ЧМТ), которая у детей по данным различных авторов составляет от 40 до 65 % всех травматических повреждений в детском возрасте. Актуальность проблемы очевидна: у 63-75% детей, перенесших ЧМТ, в дальнейшем возникают различные синдромы отдаленного периода.

Городская детская больница №2 г. Астана является единственным учреждением столицы, оказывающим неотложную специализированную помощь детям с черепно-мозговой травмой на базе специализированного нейрохирургического отделения, открывшегося в 2006 году. В среднем ежегодно в наше учреждение госпитализируется около 700 детей с ЧМТ, которые составляют 66,2% всех поступивших на лечение в отделение нейрохирургии. Среди

всех травм ЧМТ составляет 42,1 процента. Тяжелая ЧМТ составляет 16,3 процента. Следует отметить, что ежегодно имеется тенденция к росту пациентов с ЧМТ в среднем на 5,4 процента в основном за счет тяжелой ЧМТ. За 2010- 017 гг., на лечении в Городской детской больнице № 2 с тяжелой ЧМТ находилось 312 детей. У 256 детей была закрытая, у 64 - открытая непроникающая и у 56 - открытая проникающая ЧМТ. У 118 пациентов (37,8 %) диагностирован ушиб головного мозга средней степени тяжести; у 84 (26,9 %) - ушиб тяжелой степени, у 98 (31,4 %) - ушиб со сдавлением и у 12 (3,8 %) - диффузное аксональное повреждение головного мозга. У 205 детей различных возрастных групп диагностированы переломы свода или основания черепа (65,7%), у 264 (84,6 %) - субарахноидальное кровоизлияние.

В зависимости от возраста пострадавшего, тяжести и характера повреждения головного мозга выборочно использованы различные методы диагностики - КТ, МРТ, НСГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ. Следует особо отметить, что в нашей больнице широко применяется ультразвукография – у детей до года через родничковую, а у детей старшей возрастной группы транскраниальная. Применение данного метода особенно актуально у детей с тяжелой ЧМТ, так как позволяет провести исследование у постели больных в тяжелом состоянии на аппаратном дыхании в реальном времени и многократно. Все дети с ушибами головного мозга госпитализируются в отделение реанимации и интенсивной терапии, что позволяет проводить более детально динамический диагностический мониторинг и интенсивное лечение.

У 132 детей произведено оперативное вмешательство, направленное на устране-

ние компрессии головного мозга. У 7 детей после консервативной терапии гематомы рассосались. Несмотря на комплексное лечение из 312 больных умерло 16 (5,1%).

Исходы тяжелой ЧМТ у детей до 1 года при своевременной диагностике и адекватном лечении благоприятные. Из 74 детей умерли 3 (причина смерти отек и набухание головного мозга с ущемлением ствола). Летальность у детей школьного возраста составила 5,2 % наблюдений.

Таким образом, своевременная диагностика внутричерепных кровоизлияний и динамический мониторинг позволяет добиться уменьшения летальности при тяжелой черепно-мозговой травме. Наиболее информативным и доступным методом скрининга внутричерепных кровоизлияний в условиях ОАРИТ является нейросонография – у детей до года через родничковую, в старшей возрастной группе транскраниальная

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Лопатников С.В.

Университетская клиника №1, Каз НМУ имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

В настоящее время в мире самым распространенным ортопедическим заболеванием является сколиоз, частота его встречаемости среди детского населения составляет 3-20% (Миронов С.П. с соавт. 2008), в хирургической коррекции нуждаются 12-25% детей и подростков со сколиозом (Goldberd C J. et al. 2008).

Целью исследования, является разработка оптимального метода анестезии послеоперационной аналгезии при хирургической коррекции сколиоза у детей.

На базе УК №1 в период с 2016-2018г. проведено 30 операций по поводу хирургической коррекции сколиоза у детей в

возрасте 11-16 лет. Продолжительность анестезиологического пособия в среднем составила 64.45 мин., поэтому нами была выбрана общая анестезия, с использованием стандартной премедикации, проводилась индукция, либо кислород + севофлоран, либо внутривенно «пропофол» с последующей ингаляцией газонаркоотической смеси, по принципу низкпоточной анестезии в сочетании с препаратами нейролептанальгезии (НЛА). За 30 мин. до проведения Wake-up test доза севофлорана уменьшалась в 2 раза, а через 15 мин. его подача прекращалась. После получения убедительных для хирурга результа-

тов в сохранности двигательной функции в нижних конечностях, миоплегия возобновлялась и поддержание анестезии проводится по прежней схеме. Использовался: наркозно-дыхательный аппарат Carestation 620 (USA) с системой мониторингирования параметров ИВЛ и капнографии. Во время операции, монитором «Nihon Kohden» BSM 2301к (Япония) велось мониторингирование: NIBP, P, ECG, SaO₂, EtCO₂ по показаниям проводился контроль красной крови и КЩС. Инфузионно-трансфузионная терапия с индивидуальными колебаниями, составила в среднем 6-17 мл/кг/час в зависимости от объема и темпа кровопотери, при этом 40-50% от этого объема инфузии с целью предупреждения отрицательных

моментов гемодинамики, проводилась до операции.

Таким образом, предложенная методика анестезиологического обеспечения, гарантирует:

- адекватный уровень интраоперационной защиты пациента.
- высокую управляемость анестезии.
- своевременную диагностику неврологических нарушений, определяющую дальнейшую хирургическую тактику и при необходимости медикаментозную терапию.
- снижение побочных эффектов и быстрое восстановление пациента.
- уменьшение осложнений в послеоперационном периоде.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕГУЛЯЦИИ НУТРИЦИОЛОГИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Мусаев Ю.М., Жумабеков Ж.К., Бекзатов Е.Д.

АО Южно-Казахстанская медицинская академия, областная детская больница, Шымкент, Республика Казахстан

Составленные стандартные рационы из традиционных продуктов питания и готовых блюд, вполне достаточных по калоражу, не могут полностью обеспечить потребности растущего организма ребенка во всех пищевых веществах (нутриентах), особенно незаменимыми компонентами. Способствует расстройству пищеварения и мальабсорбции функциональные нарушения органов пищеварения при критических состояниях.

Цель. Определить значимость интервенционной технологии в регуляции нутрициологии новорожденных и детей раннего возраста при интенсивной терапии критических состояний.

Материал и методы. Пациентами для исследования явились больные дети в воз-

расте 1 мес. – 2 года, поступившие в отделения неонатологии и реанимации областной детской больницы г. Шымкента за 2012-2017гг. при угрожающих состояниях. Все больные были подвергнуты всесторонним общепринятым клинко-лабораторным исследованиям и назначено лечение согласно Клинических Протоколов по профилю Педиатрии (Астана, 2015).

Результаты. При проведении исследований установлено, что больным младенцам с признаками функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта группы G [регургитация у младенцев – (G1), функциональная диарея – (G5), синдром циклической рвоты – (G3), младенческие кишечные колики (G4), функциональный запор - (G7)], согласно Римских критериев диагностики (III 2006) и дисбиоза кишечника

включены кроме пробиотиков и апробированы живые микроорганизмы (бифидобактерии, лактобактерии) культивированные в составе молочных смесей (Humana Bifidus, Humana HN, Humana HN+МСГ, Германия) как метод интервенции в регуляции нутрициологии младенцев с положительным терапевтическим эффектом.

ЧАСТЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мусаев Ю.М., Сатыбалдиева А.С., Назарова Д.Ш., Салхожаева К.К., Пазыл А.Б.

АО Южно-Казахстанская медицинская академия, подстанция №4 станции скорой медицинской помощи, детское отделение поликлиники №2 Управления здравоохранения ЮКО, Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. В неотложной педиатрии диагностические ошибки могут быть обусловлены тяжестью состояния ребенка, необычным течением обычного заболевания, отсутствием условий, а главное - времени для обследования, динамического наблюдения и консультаций специалистов.

Целью работы является определение диагностических и лечебно-тактических ошибок в проведении неотложной помощи при патологии почек на догоспитальном этапе.

Пациенты и методы. В работе обобщен ретроспективный и проспективный анализ случаев оказания скорой медицинской помощи (СМП) и личный опыт авторов данной работы за 2012-2017гг. по работе подстанции №4 СМП и неотложной помощи в детском отделении поликлиники №2 г. Шымкента.

Результатами проведенных исследований и результатов нашего клинического опыта часто встречающиеся ошибками являются назначение при гематурии гемостатических препаратов до выявления источников гематурии, тогда как макрогематурия является показанием для экс-

Заключение. Это позволяет рекомендовать данный метод интервенционной технологии для регуляции нутрициологии новорожденным с рождения и детям грудного возраста в клиническую практику.

тренной госпитализации в нефро-урологический стационар. Ошибки выявлены также у больных при неотложной помощи с жалобами на схваткообразные боли в поясничной области, усиливающиеся после физической нагрузки и появления примеси крови в моче, повышение температуры тела до 38,5°C, появление дизурии в виде учащенного болезненного мочеиспускания.

Установлены также лечебно-тактические ошибки у больных с симптомами микрогематурии и болей в поясничной области с доставкой пациента в хирургический стационар. Однако на следующий день у данного ребенка появились симметричные геморрагические высыпания и петехии в области крупных суставов с установлением диагноза кожно-суставно-почечного синдрома при Геморрагическом васкулите (болезнь Шенлейн-Геноха) с его дальнейшим переводом в гематологический стационар.

При анализе случаев оказания СМП выявлены также деонтологические ошибки, заключаются в неумении врача найти контакт с больным ребенком, его родителями

и близкими. Выявлены также ошибки по ведению первичной медицинской документации. Таим образом, с целью предупреждения ошибок, каждый раз, оказывая неотложную помощь, следует учитывать: тяжесть состояния больного; вероятность

возникновения опасных для жизни осложнений; основное и сопутствующие заболевания, и их осложнения; непосредственную причину возникновения неотложного состояния.

СРАВНЕНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЗПТ ПРИ ОПП У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нургожаева Н. Н., Карибаев Е. А., Селибаев А. А., Налибаев А.Ш.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы, Республика Казахстан

Острое повреждение почек (ОПП) является актуальной проблемой педиатрической нефрологии. Актуальность проблемы ОПП у детей обусловлена многообразием причин развития и тяжестью ОПП с высоким риском летальности или исхода в хроническую болезнь почек (ХБП) в детском возрасте. Лечение ОПП у детей требует целого комплекса мероприятий, включая проведение заместительной почечной терапии при необходимости.

Цель. Выявить медико-экономическую эффективность проведения различных методов заместительной почечной терапии у детей раннего возраста в стадии F (недостаточность) по классификации RIFLE.

Материал и методы. Перспективный одноцентровой анализ экономической стоимости проведения перитонеального диализа (ПД), интермиттирующего гемодиализа (иГД) и продолженной заместительной почечной терапии (ПВВГФ и ПВВГД) у детей раннего возраста (1-3лет). Исследованы 15 пациентов (7 мальчиков, 8 девочек) в возрасте от 1-3лет (средний возраст 1,7года, $\pm 0,5$ лет), разделенных на 3 группы, получавших ЗПТ по одной из методик: ПД, иГД, ПВВГД или ПВВГФ. Всего проведено по 25 процедур каждой из указанных методик.

Результаты. С учетом того, что раз-

деление пациентов по методу терапии не было рандомизированным, целью исследования не являлось сравнение динамики снижения азотистых шлаков или скорости восстановления диуреза. Выбор в пользу того или иного метода ЗПТ основывался в первую очередь на наличии показаний или противопоказаний к проведению методики, доступности оборудования для ПЗПТ и опыта врачебного персонала. У всех пациентов отмечалось восстановление диуреза, в среднем через 5 процедур ЗПТ (2-7процедур). Экономический анализ показал (таблица 1), что наименьший расход был при проведении перитонеального диализа в связи с маленьким весом исследуемых пациентов (3 200тг на 1 процедуру). Далее по экономической эффективности расположился интермиттирующий гемодиализ, расходы на которые были выше в связи с применением одноразовых комплектов в виде диализатора и магистралей (26 800тг на 1 процедуру). И, наконец, самой дорогостоящей методикой оказалась ПЗПТ ввиду использования готового набора диализатора с магистральями и диализирующих растворов (63 200тг на 1 процедуру). При этом ПЗПТ оказалась практически на 20 раз дороже ПД. Сравнительная оценка экономических затрат на проведение ЗПТ при ОПП у детей 1-3лет жизни (Нургожаева Н.Н. и др., 2018г.)

1. Наименование ЗПТ – Перитонеальный диализ. Цена за одну процедуру - 3,2тыс тн, количество -25 сеансов, сумма затрат -80 тыс тг.
2. Наименование ЗПТ – Интермиттирующий гемодиализ. Цена за одну процедуру - 26,8 тыс тн, количество всего-25 сеансов, сумма затрат-670 тыс. тг.,
3. Наименование ЗПТ-Продолженные методики, цена за одну процедуру - 63,2тыс тн, количество всего – 25 сеансов, сумма затрат - 1580 тыс. тг.

Заключение. При отсутствии противопоказаний, наиболее предпочтительным методом ЗПТ, с экономической точки зрения, является перитонеальный диализ.

РАННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сапаров А.И., Тобылбаева З.С., Исаков С.Е., Миронова О.А.,
Муратбекова Б.М.

«Национальный научный центр материнства и детства» Корпоративного фонда
«University medical Center», Астана, Республика Казахстан

На сегодняшний день основным стратегическим направлением в интенсивной терапии у детей с тяжелым острым почечным повреждением признана Постоянная Заместительная Почечная Терапия (далее-ПЗПТ). За последние 3 года в Республике Казахстан новые знания, современное оборудование и совершенствование практического опыта повысили безопасность и эффективность применения ПЗПТ.

Мы представляем краткий обзор экстракорпоральной гемокоррекции на устройстве «Prismaflex» за период 2017-2018гг Отделения детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии УМС КФ «ННЦМД». Устройство «Prismaflex» ST60\ST100\ ST150 предназначено для обеспечения продолжительного контроля и

Однако, в практике детской абдоминальной хирургии или при наличии проблем в брюшной полости, применение ПД не представляется возможным. Интермиттирующий гемодиализ практически не может быть проведен без осложнений ребенку весом менее 12кг ввиду необходимости большого объема крови для заполнения экстракорпорального контура, даже при наличии педиатрического комплекта расходных материалов. Методики ПЗПТ, несмотря на очевидную дороговизну, могут быть применены у детей с весом от 2кг при наличии противопоказаний или при неэффективности ПД. Таким образом, каждая из перечисленных методик имеет свои показания при выборе метода ЗПТ при ОПН у детей.

управления потоком жидкости и почечной заместительной терапии. Педиатрическое использование данного устройства имеет ограничения по массе тела ребенка, и поэтому применялось детям, вес которых составляет более 20кг. Особенное значение придавалось обеспечению надежного сосудистого доступа. Катетеризация центральной вены (подключичная/яремная) выполнена в строго асептических условиях под масочным наркозом севораном и под ультразвуковым контролем. Венозный доступ осуществлялся через двухпросветные катетеры (French 7-9, ARROW, USA). Перед проведением ПЗПТ активно проводилась оценка состояния тяжести детей, степень гипергидратации, возможных рисков. Скорость и целевые параметры ультрафильт-

трации были тщательно индивидуально продуманы и динамически контролировались. Проводился постоянный мониторинг витальных функций. ПЗПТ применялась у детей не только с острым почечным повреждением, но и использовалась в качестве стратегии поддерживающей терапии других органов, детоксикации на начальных стадиях многих заболеваний.

Общее количество пролеченных пациентов за год составило 51 человек: из них с острой почечной недостаточностью – 24, острой печеночной недостаточностью – 12, сепсисом – 16. Было проведено сеансов – 182, при этом общая длительность составляла- 4568часов. Необходимо отметить, что в большинстве случаев ПЗПТ была начата на ранних этапах полиорганной недостаточности. Наибольшая эффективность достигнута при наличии одного или двух «традиционных» показателей – это гипергидратация, азотемия, гиперби-

лирубинемию, маркеры воспаления, гиповолемическая нагрузка левых отделов сердца, нарушение обмена калия, кислотно-щелочного баланса.

На основе проведенных сеансов постоянной заместительной почечной терапии подтверждена достаточно высокая практическая значимость в стабилизации гемодинамики, улучшения газообмена, перфузии тканей, снижении тяжести органной патологии. Устройство «Prismaflex» ST60\ST100\ ST150 - удобный и простой в применении, не требует специальной подготовки при сборке перед сеансом. В результатах отдаленных последствий за жизнью каждого исследуемого ребенка замечено, что снизился процент повторных госпитализаций в центр четвертого уровня оказания медицинской помощи, сократилась длительность госпитализации, улучшилась выживаемость и качество жизни маленьких пациентов в целом.

ДЕКСМЕДЕТОМИДИН В СОСТАВЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Сатаев Ж.Т., Абдуллаева Г.З., Андреева Е.А., Альтаев К.Ж.

Актюбинский медицинский центр, Актюбе, Республика Казахстан

В детской хирургии отмечается тенденция к применению эндохирургического способа проведения операций. Эндохирургия дает возможность оперировать, не причиняя тканям и внутренним органам больших травм, значительно уменьшается число осложнений. Укорачивается срок выздоровления после операции и длительность пребывания в стационаре после операции, что положительно отражается на психологическом состоянии ребенка. В связи с этим возникает необходимость обеспечения максимально безопасного анестезиологического пособия в детском возрасте, адаптированного к особенностям эндо хирургического вмешательства.

Цель работы. Оценить возможность применения дексмедетомидина при эндохирургических вмешательствах в детском возрасте.

Материалы и методы. Материалами к проведенному исследованию послужили проанализированные карты анестезиологического течения 54 прооперированных детей в плановом порядке лапароскопическим доступом с различными диагнозами (пахово-мошоночные грыжи, гидроцеле, крипторхизм), не делящиеся по половому признаку в возрасте от года до 6 лет. Все пациенты получали стандартную премедиацию: за 20 минут до начала операции атропин 0,1% из расчета 0,014 мг/кг, диме-

дрол 1% 0,1 мг/кг, кетамин 5 % в возрастной дозировке. Для индукции анестезии применялся кетамин 5 % из расчета 2 мг/кг в/в. Миоплегия за счет деполяризующего релаксанта короткого действия польсуксан 2 мг/кг. После интубации трахеи анестезия поддерживалась комбинированным способом с использованием ингаляционного анестетика севофлуран в максимальной концентрации до 1,5 МАК и в/в поддержкой кетамином. Далее пациенты были подразделены на 2 группы. 27 пациентам группы А проводили анестезиологическое пособие с использованием дексмедетомидина в составе инфузии от момента вводимого наркоза из расчета 0,3 мкг/кг, с постепенным увеличением дозы до 0,7 мкг/кг, снижая дозировку препарата параллельно со снижением МАК севофлурана. В группе анестезиологическое пособие не предусматривало применение дексмедетомидина. По окончании операции все дети находились в палате пробуждения с целью динамического наблюдения.

Результаты. По результатам проведенного исследования клинически было

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Сатаев Ж.Т., Абдуллаева Г.З., Андреева Е.А., Альтаев К.Ж.

Актюбинский медицинский центр, г. Актобе, Республика Казахстан

Актуальность темы: Новорожденные дети с врожденными пороками развития относятся к категории пациентов с высокой степенью риска. В структуре перинатальных потерь пороки развития составляют 12,6%. Физиологические особенности новорожденного делают проведение анестезии у них более опасной. Течение анестезии у новорожденных детей чаще всего осложнено наличием сопутствующей патологии - недоношенность, бронхолегочная дисплазия, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, кровоизлияния головного мозга различной локализации, наличие по-

определено следующее: дексмедетомидин оказывает двухфазный эффект на артериальное давление: при низких концентрациях среднее артериальное давление снижается, а при более высоких — повышается. При этом частота сердечных сокращений и сердечный выброс демонстрируют дозозависимое снижение. Уровень седации пациента поддается контролю. Не проявилось остаточное действие препарата после окончания вмешательства. При всем этом данный препарат обладает слабым анальгезирующим и анестезирующим действием, что не позволяет использовать его в качестве монопрепарата при проведении эндохирургического вмешательства в детском возрасте.

Заключение. Дексмедетомидин представляет собой совершенно новый препарат из группы α -агонистов, обладающий уникальными свойствами. Его положительные свойства позволяют безопасно применять препарат во время эндохирургических операций у детей.

роков со стороны других органов и систем. Новорожденные дети с врожденными пороками развития относятся к категории пациентов с высокой степенью риска при проведении анестезиологического пособия.

Цель исследования: Изучить эффективность метода анестезиологического обеспечения у новорожденных детей при проводимых хирургических вмешательствах.

Материал и методы исследования: В основу работы положен анализ лечения 48

новорожденных детей с врожденной хирургической патологией, находившихся на лечении в ОРИТ областной детской клинической больницы в 2016г. и 6 месяцев 2017 г. По нозологии больные распределились следующим образом: дети с ВПР ЖКТ - высокая и низкая кишечная непроходимость 27 детей, атрезия пищевода 4 детей, ВПР передней брюшной стенки 4 детей, ЯНЭК с перфорацией кишечника 8 детей, ВПР ЦНС 5 детей. Все новорожденные дети при поступлении госпитализированы в реанимационное отделение. В премедикации у всех детей использовался атропин 0,1% - 0,02 мг/кг, димедрол 1% - 0,1 мл/год жизни. Индукция осуществлялась в/в введением ГОМК 20% в дозе 100-150 мг/кг. Основной наркоз - центральная анальгезия фентанилом 0,005 % в дозе 25-30 мкг/кг в 3 приема болюсно, затем в поддерживающей дозе 10 мкг/кг/час микроструйно. Поддержание анестезии в/в введением ГОМК 20% 100-150мг/кг, диазепам 0,5% 0,02-0,3 мг/кг. Поддержание миоплегии в/в введением ардуна 0,04-0,06 мг/кг. Во время операции проводилась инфузионная поддержка. В послеоперационном периоде дети находились в ОРИТ на продленной ИВЛ от 2-7 суток. Критериями для перевода на спонтанное дыхание являлись следующие показатели: КОС, стабильность гемодинамики, адекватный неврологический статус, уровень гликемии. Седация в первые 2 суток проводилась микроструйным введением

фентанила 0,005 % из расчета 1-5 мкг/кг/час, ГОМК 20 % 100 мг/кг. На всех этапах лечения осуществлялся постоянный мониторинг за параметрами вентиляции, КОС, показателями гемодинамики, SaO_2 , уровнем гликемии, учетом диуреза.

Результаты и обсуждение: полученные результаты показали, что при проведении анестезиологического пособия у поступивших 48 новорожденных детей применение центральной анальгезии фентанилом обеспечивало адекватное обезболивание, критериями которого являлись стабильность гемодинамики, показатели гликемии, КОС и является методом выбора анестезии. Поддержание теплового режима на всех этапах лечения, обеспечение адекватной вентиляции легких с коррекцией по показателям КОС, проведение инфузионной терапии с учетом почасового диуреза, контроль за уровнем гликемии являются обязательным при проведении послеоперационного выхаживания новорожденных детей.

Заключение: Операционно-анестезиологический стресс, причиняемый новорожденному в результате вмешательства, оказывает влияние на все жизненно-важные системы организма. Степень выраженности данных изменений определяется характером врожденной патологии, объемом предоперационной подготовки, видом оперативного вмешательства и адекватностью анестезией.

ПРИМЕНЕНИЕ СМЕСИ НУТРИЛОН ПЕПТИ ТСЦ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖКТ

Сатаев Ж.Т., Абдуллаева Г.З., Андреева Е.А., Альтаев К.Ж.

Актюбинский медицинский центр, г. Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. ВПР ЖКТ в структуре хирургических заболеваний занимают 21,7% - 25% (Ю.В.Черненко, Гусева О.И.). Летальность в странах мира после проведенных операции колеблется от 25% до 57%. В Казахстане (Астана, Петропавловск, СКО, 2000-2009) из 156 новорожденных с ВПР ЖКТ умерло 107 (68,6%) детей в течение первого месяца после рождения (Байгулов М.). По данным Байгулова М. летальность при атрезии пищевода составляет 83,8%, при врожденной диафрагмальной грыже и высокой кишечной непроходимости-70,5%. В России, по данным Степаненко С.М, летальность при атрезии пищевода находится в диапазоне 12-55%, при врожденной диафрагмальной грыже-40-80%, при гастрошизисе-21-80%. Отмечено, что уровень летальности зависит от уровня оказания помощи. В родильных отделениях ЦРБ она выше (88,9%), в научных центрах ниже (около 50%). Более чем в 80% случаев хирургические заболевания сочетаются с тяжелой соматической неонатальной патологией: недоношенность, внутриутробная инфекция; синдром дыхательных расстройств новорожденных, перинатальное поражение ЦНС.

На сегодняшний день остро встают вопросы снижения уровня летальности при врожденных пороках развития. Это связано с особенностями данной категории пациентов: висцеральной гипоперфузией, угнетенной моторикой ЖКТ, высоким риском развития некротического энтероколита, развития синдрома короткой кишки в послеоперационном периоде, необходимостью полноценного адекватного питания с учетом особенностей. Необходимо стремиться к поддержке грудного вскармлива-

ния младенцев, поскольку грудное молоко содержит антимикробные (лактоферрин, олигосахариды, специфические антитела), противовоспалительные (ингибиторы протеаз, эпителиальный фактор роста, антиоксиданты, противовоспалительные цитокины, и др.), другие иммуномодулирующие факторы (нуклеотиды и др.). При невозможности или отсутствии грудного вскармливания необходимо строго подходить к выбору молочной смеси. Она должна легко усваиваться в условиях энзимной недостаточности, быть сбалансированной по основным питательным нутриентам, покрывать энергетические потребности ребенка, содержать глубокий гидролизат белка, не вызывать диарею, быть гипоаллергенной, гипо- или изоосмолярной. Таким требованиям отвечает смесь Нутрилон Пепти ТСЦ. Смесь содержит 100% гидролизат сывороточного белка, 50% триглицеридов со средней длиной цепи, не содержит лактозу, осмолярность составляет 190 мосм/л, содержит все необходимые микроэлементы, витамины, длинноцепочечные жирные кислоты, нуклеотиды. За 2017 г в нашем реанимационном отделении областной детской клинической больницы пролечено 62 новорожденных. Количество детей, перенесших операции на ЖКТ-30, из них умерло-12. Причиной смерти были генерализованные внутриутробные инфекции, сочетанные пороки развития. Одним из ведущих проблем адекватного энтерального питания детей в отделении являются рвота и диарея.

Цель работы: оценка эффективности смеси Нутрилон Пепти ТСЦ в послеоперационном периоде у детей с рвотой и диарей.

Материал и методы. Всего под наблюдением находились 18 детей. Дети были разделены на 2 группы: 1- дети, получавшие смесь Нутрилон Пепти ТСЦ (8 пациентов), 2- дети, получавшие иную смесь (10 пациентов). В первой группе находились: 4 детей с врожденным пилоростенозом, 2 ребенок с атрезией тощей кишки, 1 ребенок с атрезией пищевода, 2 детей с дуоденальной непроходимостью. Во второй группе: 3 детей с врожденным пилоростенозом, 5-с атрезией ануса, 1- с дуоденальной непроходимостью. Критерием эффективности были купирование рвоты и диареи. Длительность наблюдения -7 дней.

Результаты наблюдения. В группе детей, получавших Нутрилон Пепти ТСЦ, наблюдалось быстрое купирование (на 2 сутки) диспептических расстройств, рвоты и жидкого стула, чем во второй группе.

Выводы. Лечебная смесь Нутрилон Пепти ТСЦ позволяет устранить серьезные симптомы нарушения пищеварения. Необходимо проведение спланированного исследования для изучения возможностей использования полуэлементной смеси с целью оптимизации ухода за детьми в послеоперационном периоде по другим показаниям (например, при синдроме короткой кишки, у детей более старшего возраста и т.д.).

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ

Стрелецкая Ю. Л.

ГКП на ПХВ ДГКИБ, Алматы, Казахстан

Несмотря на то, что спинальная мышечная атрофия (СМА) в Казахстане относится к орфанным заболеваниям, ежегодно по двум детским соматическим отделениям реанимации г. Алматы проходит 1-3 ребенка данной патологией.

Цель. Рассказать об особенностях респираторной поддержки детей с СМА. Дыхательная недостаточность, как следствие прогрессирующей мышечной слабости и роста ребенка, является основной причиной госпитализации детей с СМА в ОРИТ. Как правило существуют значительные трудности ухода от ИВЛ в этой группе пациентов.

Результаты. Тактика и подход к ИВЛ разнятся в зависимости от подтипа СМА. СМА - 0, 1. Упреждающая респираторная поддержка улучшает качество жизни пациентов с СМА-0,1 [1, 2]. Решение о долговременной ИВЛ следует принимать с учетом фенотипа, но доказано, что механическая вентиляция не продлевает жизнь у

пациентов с СМА [3]. СМА - 2. Респираторная поддержка пациентов с СМА 2-го типа необходима для обеспечения качества и продления их жизни [4]. Следует применять НИВЛ и вспомогательные техники откашливания [4]. СМА - 3. В данной группе нарушения дыхательной функции прогрессируют достаточно медленно. Необходимо применение откашливателя и корсетов для поддержания осанки [5].

Заключение. Подходы к респираторной поддержке варьируют в зависимости от подтипа заболевания. Необходимо учитывать, что пациент находящийся на НИВЛ в любой момент может быть интубирован в случае присоединения респираторной инфекции. Оксигенация во всех случаях только атмосферным кислородом, либо низкочастотная. Экстубация проводится по специальному протоколу (протокол Баха). При возникающей необходимости частых интубаций - рассматривать возможность трахеостомии.

Литература

1. Hull J, Aniapravan R, Chan E, et al. British Thoracic Society guideline for respiratory management of children with neuromuscular weakness. Thorax 2012;67 (Suppl. 1):i1–40.
2. Lemoine TJ, Swoboda KJ, Bratton SL, Holubkov R, Mundorff M, Srivastava R. Spinal muscular atrophy type 1: are proactive respiratory interventions associated with longer survival? Pediatr Crit Care Med 2012; 13 (3): e161-5.
3. Loos C, Leclair-Richard D, Mrad S, Barois A, Estournet-Mathiaud B. Respiratory capacity course in patients with infantile spinal muscular atrophy. Chest 2004; 126(3):831–7.
4. Wang CH, Finkel RS, Bertini ES, et al. Consensus statement for standard of care in spinal muscular atrophy. J Child Neurol 2007;22 (8):1027–49.
5. Lin LC, Jong YJ. Pulmonary function assessment in patients with spinal muscular atrophy type II and type III. Acta Paediatr Taiwan 2004; 45(1):15–18.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Танкаева Ш.А., Батырханов Ш.К., Умбетова Л.Ж., Мусабекова Р.К.,
Есжанова Э.Д., Абдуллаева Г.М.
КазНМУ им С.Д. Асфендиярова, Алматы Казахстан

Одной из ведущих проблем среди патологии детского возраста занимают заболевания органов дыхания, которые в значительной степени обуславливают стойкие нарушения в состоянии здоровья ребёнка. Состояние детей при заболеваниях легких обусловлено не только инфекционным фактором, но и индивидуальными особенностями каждого пациента, то есть зрелостью адаптационного аппарата, иммунных механизмов, различных фоновых состояний. В свою очередь исходный уровень здоровья ребенка во многом зависит от его внутриутробного развития и перинатального периода в целом. В связи с этим внимание исследователей привлекает перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС), рост которого отмечается в последние годы в Казахстане.

Цель. Организация медицинской помощи детям раннего возраста с сочетанием бронхолегочной патологии и поражения ЦНС для дифференцированного подхода к реабилитации данной группы пациентов.

Материал и методы. Ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации детей первых трех лет жизни с бронхолегочными заболеваниями и патологией ЦНС, госпитализированных в ДГКБ №2 г Алматы.

Результаты. Особенности течения острых пневмоний у детей с перинатальным поражением ЦНС характеризуется ослаблением иммунно-биологической сопротивляемости и снижением реактивной защиты организма ребенка, поэтому такие дети бывают подвержены различным заболеваниям. Перинатальная патология

является тяжелым преморбидным фоном для бронхолегочных заболеваний у детей. Изучили признаки, выделили критерии клинической характеристики, иммунного статуса при пневмонии у детей с перинатальным поражением ЦНС. У детей обнаружены низкие показатели основных субпопуляций Т-лимфоцитов (в 2-2,5 раза) и CD3⁺. Незначительное повышение в 1,1 раза уровня IL-1β, в 1,2 раза CD95⁺ клеток, в 1,2 раза CD20⁺, в 1,0 раза уровня IgM зарегистрировано по отношению к показателям в периоде выздоровления. При сравнительном анализе активности микрофагоцитарной системы для этих детей было характерно снижение спонтанного и стимулированного показателей НСТ-теста как в остром периоде, так и в процессе реабилитации. Разность между стимулированной и базальной активностью, характеризующая резерв функциональной активности в группе детей с респираторной патологией без поражения ЦНС, была наименьшей (21,5%) у детей с БЛД и патологией ЦНС – 42,4%. Обратная корреляция уровня IL-1β отмечалась по отношению к величине спонтанного и стимулированного

НСТ-теста (г=-0,61 и -0,68 соответственно; p<0,05), абсолютному количеству CD3⁺ (г=0,78, p<0,05). Наличие дыхательных нарушений у детей с патологией ЦНС приводило к формированию иммунной недостаточности, что выражалось в значительном уменьшении в 3,3 раза количества CD25⁺, снижении в 1,8 раза CD4⁺, в 1,4 раза CD8⁺, уровня выработки IL-1β (в 1,3 раза) и IL-10 (в 1,2 раза) по сравнению с контролем

Заключение. Сформулированы основные принципы специализированной реабилитационной помощи детям первых трех лет жизни с патологией бронхолегочной системы и поражением ЦНС. Определен алгоритм обследования детей первых лет жизни, позволяющий улучшить ведение больных, указанной категории. Использование предложенного алгоритма ведения и реабилитации детей раннего возраста с патологией бронхолегочной системы и поражением ЦНС способствует снижению детской инвалидности в одной из наиболее уязвимой категории пациентов в практике педиатров, пульмонологов и детских неврологов.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Турлекиева Ж.М., Султанкулова Г.Т, Лопатников С.В.
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Университетская клиника №1, Алматы, Республика Казахстан.

В комплексном лечении многих заболеваний оториноларингологии (радикальные операции, антротомия, антростоидотомия, и.т.д.) у детей важное место отводится оперативному вмешательству, особенно у детей раннего возраста.

Особая необходимость в совершенстве и разработке новых сочетаний ингаляционных и неингаляционных методов общего обезболивания чувствуется, как в плановой, так и в экстренной оторинола-

рингологии с учетом широты возрастного диапазона (6мес-17лет).

В настоящем сообщении представлен опыт анестезии при ЛОР хирургических вмешательствах, по данным Университетской клиники №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, в период с 2007г., где ЛОР отделение развернуто на 35 коек и оказывается плановая медицинская помощь. В год прооперировано около 436 детей с ЛОР патологией, в возрасте от 6 месяцев до 17 лет.

Эндотрахеальный наркоз проводили при радикальных операциях, антротомия, антромостоидотомия, после стандартной премедикации. Введение в анестезию осуществляли брюзапомом, кетаминном, поддержание анестезии - севофлюраном или изофлюраном в дозе 2-3 МАК. Миоплегия - листенон или польсуксан 1%, 1-2 мг/ кг. Интубация - оротрахеальный, назо-трахеальный. На травматичных этапах операции применялся фентанил 0,005% из расчета 0,005-0,01 мг/кг. Поддержание релаксации осуществлялось введением ардуана в возрастной дозировке. ИВЛ аппаратом Asoma 2007г, Япония; Damesco 2012г, Дания; Asomed 2011г, КНР; Asoma 1997г, Япония.

На всех этапах анестезиологического пособия, начиная с предоперационной, проводился постоянный мониторинг с контролем: дыхание, пульс, АД, SpO2 и pCO2, pO2, температура.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕВОФЛУРАНА У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ОДНОГО ДНЯ

Утегенова Ж.А.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Амбулаторная хирургия одного дня в настоящее время приобретает все большую популярность во всем мире. В Региональном Диагностическом Центре г. Алматы амбулаторная анестезия у детей проводит свою работу в течение 25 лет. В связи бурным распространением ингаляционной анестезии за последние 10-летие, севофлюран заменил другие виды обезболивания. Работа в стационаре одного дня ставит перед анестезиологом определенные задачи: эффективная безболезненная быстрая индукция, максимальная анестезиологическая защита при минимальном влиянии на функции организма пациента во время операции, быстрый безопасный выход из наркоза с отсутствием постнаркозных осложнений. Сравнительный анализ длительности ин-

Затем осуществлялась транспортировка в ОРИТ. Через 25-40 минут на фоне восстановленного сознания, мышечного тонуса и адекватного самостоятельного дыхания, проводилась экстубация трахеи. Обезболивание в послеоперационном периоде осуществлялось введением трамадола или кетонала в возрастной дозировке. Через 1,5-2 часа ребенок переводился из реанимационного отделения в профильное хирургическое.

Таким образом, данное анестезиологическое пособие позволяет не только обеспечить адекватную и безопасную анальгезию, тем самым снизить риск осложнений, но и способствует созданию оптимальных условий для осуществления различных видов оперативных вмешательств и современных методов обследования и лечения детей.

дукции показал, что у детей, получавшие уже при первом вдохе газонаркотическую смесь, содержащую севофлюран в высокой концентрации (6-8 об%) в сочетании с высоким газотоком (> 5 литров/минуту) наступала хирургическая стадия анестезии в течение 3 минут. На следующих этапах операции анестезию поддерживали низкочастотной вентиляцией по полужакрытому контуру. С наложением кожных швов переходили на кислородно-воздушную смесь и пробуждение наступало в течение 15 мин. Пробуждение проходило без осложнений.

Таким образом, на сегодняшний день севофлюран является препаратом выбора в педиатрической анестезиологии стационара одного дня.

ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ СЕДАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ В ПЕДИАТРИИ

Утегенова Ж.А., Джолдыбеков Т.С., Мухамадиев Б.Т., Сулейменов Б.К.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Основным требованием проведения МРТ исследования является неподвижное состояние ребёнка. Это необходимо для того, чтобы получить информативное изображение.

Отрицательные стороны данного исследования, во-первых, обследуемый находится внутри замкнутого пространства, во-вторых, работа томографа сопровождается сильным шумом, превышающим 90 дБ, что пугает детей младшего возраста.

В Региональном Диагностическом Центре г. Алматы палата для проведения седации и пробуждения оснащена необходимой медицинской техникой. Седацию начинали в палате применением ингаляционного анестетика севорана через ароматизированную маску наркозным аппаратом в пределах 1,5-2 об%. Сознание отключалось

после нескольких вдохов. Ингаляционная седация позволяла избежать травмирования психики ребенка различными болезненными манипуляциями, такими как внутримышечные и внутривенные инъекции. После выключения сознания катетеризировали вену и переходили на внутривенную седацию брюзапомом в возрастных дозировках, так как дальнейшее проведение ингаляционной седации во время исследования невозможно из-за неприспособленности МРТ аппарата. При необходимости для потенцирования седации применяли пропол в дозе 10 – 20 мг болюсно во время исследования.

После окончания исследования ребёнка переводили в палату наблюдения до полного пробуждения.

Алфавитный указатель

Абдилова Г.К. 103	Аташева А.А. 38
Абдрахманов М.Ж. 92	Ауезбеков А.А. 90
Абдуллаева Г.З. 133, 134, 136	Аушинов К.Е. 110
Абдуллаева Г.М. 104, 105, 138	Ахенбекова А.Ж. 124
Абдуллаева Х.Н. 62	Ашырбаев А.А. 50
Абдухаймов Н.А. 83	Баграмов А.А. 59
Абдухалилов Н.Р. 54	Базылов А.Б. 83
Абдымолдаева Ж.А. 33, 34, 36	Баймуратова А.Д. 124, 125
Абзалиев К.Б. 65	Батырова А.Н. 16, 17
Абзалиева С.А. 65	Батырханов М.М. 18, 28, 55
Абильдаев С.Т. 124, 125	Батырханов Ш.К. 104, 138
Абирова А.Ч. 118	Батырханова Н.М. 38, 39
Аблялимов И.Т. 61, 62	Бахритдинов Ф.Ш. 61
Авдеев В.В. 93	Бегимбетов Б.М. 110
Адилбеков Е.А. 78	Бекзатов Е.Д. 129
Адилбекова И.М. 113	Бектенова Г.Е. 94
Айбекова З.Д. 93	Бекулы А. 110
Айсанов Б.Т. 89	Бердалина Г.С. 78
Айткожин Г.К. 33, 34, 36, 37	Бердиярова Г.С. 111
Алдешев А.А. 59	Бережной С.Г. 29
Алдынгулов Д.К. 79	Божбанбаева Н.С. 113, 114
Алибакова Б.А. 106	Боконбаева С.Дж. 115, 116
Алиев А.Ш. 60	Бондаренко М.В. 108
Аликулов А.Г. 52, 68	Буров А.А. 118
Алимухамедов У.Р. 107	Бутова Е.А. 61, 62
Алимханова Г.Н. 108, 122	Васильев Д.В. 30, 40, 71
Алсейтов У.Б. 109	Вимантайте Р. 19
Алтынбаева Г.Б. 107, 113	Власов О.Ю. 93
Альдекеева Ж.Е. 114	Возная И.В. 29
Альтаев К.Ж. 136	Войновский Ю.В. 31, 32, 80, 81
Аманбекова С.Б. 89	Гавриков В.И. 94
Аманжолова С.Г. 89	Ганиев У.Ш. 58
Андреева Е.А. 133, 134, 136	Говорова Н.В. 29
Ансатбаева Т.Н. 84	Джолдыбеков Т.С. 117, 141
Артемьев К.В. 80	Джуматова У.К. 119
Арынов А.А. 26	Диханбаев А.Р. 65
Асилбеков У.Е. 127	Дольская Т.В. 61

Дорофеева Г.И. 93	Козлова А.В. 118
Дорофеева Е.И. 118	Койиров А.К. 57, 58, 64
Доскалиев М.А. 120	Косарева С.Л. 125
Ералиева М.А. 119	Кошкинбаев Ж.Б. 65
Есенова С.А. 114	Красненкова М.Б. 57, 58, 64, 72
Есжанова Э.Д. 138	Куанышбаева А.Ж. 103
Ешимбетова Д.Д. 24	Кузьмин В.Д. 127
Ещанова Б.Г. 120	Кулембаева А.Б. 38, 39
Жалгасбекова Ж.Ж. 39	Кулуспаев Е.С. 82, 83
Жамашова К.К. 103	Кунирова Г.Ж. 84
Жалгасбекова Ж.Ж. 39	Куракбаев Е.Б. 126
Жаппасбаев Б.Д. 90, 93	Кусаинов Д.Н. 108
Жексенова А.М. 109	Ленкутис Т. 67
Жиеналин Р.Н. 73	Ли В.В. 61, 62, 63
Жумабеков Ж.К. 94, 129	Ли В.Н. 60, 63
Жумагулов М.К. 120	Литвинов А.Е. 29
Жуманбаева К.Р. 119	Лозовой В.М. 127
Ибадуллаев Э.Б. 65	Лопатников С.В. 128, 139
Ибраимова А.Б. 122	Мадиев Х.З. 83
Икласова Ф.Б. 123	Мамедалиев Х.В. 120
Илялетдинов И.Д. 55, 87	Мамлеев Э.Р. 93
Имамбаева Т.М. 124, 125	Маханбетхан Ш.Ш. 37
Имашев Р.О. 91	Махатова В.К. 24
Иримбетов С.Б. 82, 83	Мацас А. 19
Исаков С.Е. 132	Миербекоев Е.М. 38, 39, 59, 65
Исраилова В.К. 33, 34, 36, 37	Микалаускас А. 19
Кадырова А.Ш. 116	Мирмаксдуов М.С. 57
Калжанов Ж.Р. 119	Миронова О.А. 132
Калиакбарова М. 37	Мирсалиев М. 41
Камбарова З.А. 57	Муратбекова Б.М. 132
Карибаев Е.А. 131	Мусабекова Р.К. 138
Каримов Д.С. 126	Мусаев У.Ю. 95
Катбаев С.А. 96	Мусаев Ю.М. 24, 94, 95, 96, 129, 130
Кенжаев С.Р. 57, 58	Мустафин А.Х. 48
Кенжалиева М.Х. 45	Мутушев А.Ж. 43
Ким Е.Г. 115	Мухамадиев Б.Т. 117, 141
Ким С.И. 40, 71	Мухамбедьяров А.Е. 120
Кожахметов А.Н. 92, 93	Мухидинова Р.С. 60, 63
Козлов В.С. 93	Набиев А.А. 64

- Назаров К.Ш. 61
 Назаров Ш.Х. 66, 68
 Назарова Д.Ш. 130
 Назырова Л.А. 60, 61, 62, 63
 Налибаев А.Ш. 131
 Немковский Г.Б. 118
 Неъматзода О. 52
 Нуралы А.М. 43
 Нургожаева Н.Н. 131
 Нурланова Г.Н. 81
 Омаров Т.С. 40, 71
 Омурбеков Т.О. 116
 Павлюков А.В. 43
 Падайга Ж. 19
 Пазыл А.Б. 130
 Панов С.А. 43
 Письменский Д.К. 97, 100, 101
 Подуровская Ю.Л. 118
 Разумов С.А. 123, 127
 Рахимова Ж.Ж. 89
 Рахматуллин А.В. 43
 Ревзин А.И. 29
 Реймназарова З.Ж. 61, 62
 Русланулы К. 37
 Сабиров Д.М. 58, 64
 Сагимбаев А.А. 45
 Сагимбаева Л.А. 45
 Сазонов В.Г. 21
 Салхожаева К.К. 130
 Сапаров А.И. 132
 Сарбаев Ш.А. 93
 Сарбаева А.М. 73, 75
 Саркулова Ж.Н. 49, 73, 75
 Сатаев Ж.Т. 133, 134, 136
 Саткымбаева А.О. 54
 Сатыбалдиева А.С. 130
 Саулебекова У.А. 111
 Сексенбаева А.А. 109
 Селибаев А.А. 131
 Смагина И.М. 45, 47
 Степанова О.А. 65
 Стрелецкая Ю.Л. 137
 Сулейменов Б.К. 117, 141
 Султанкулова Г.Т. 139
 Тажиева А.С. 24
 Танкаева Ш.А. 138
 Темиров Т.С. 48
 Тигай Г.И. 89
 Тобылбаева З.С. 132
 Токшылыкова А.Б. 73
 Тулеев И.Т. 94, 96
 Тулеутаев Р.М. 65
 Туманова У.Н. 118
 Турғалиев А.А. 66
 Турлекиева Ж.М. 139
 Турсунов Х.М. 64
 Умаров А.Д. 98
 Умбетжанов Е.У. 48
 Умбетов К.О. 103
 Умбетова Л.Ж. 138
 Урстемова К.К. 111
 Утегенова Ж.А. 117, 140, 141
 Фаязов Д.Т. 62
 Федорченко П.П. 97, 100, 101
 Хабибуллова Ж.Г. 75
 Хайдаров А.Э. 58, 63
 Хайтов С.Ш. 58
 Хасенова К.Е. 49
 Хасенханов Т.В. 22, 23
 Цой В.В. 111
 Чагай М.С. 107
 Чеснайтис Т. 67
 Чурсин В.В. 16, 17, 26, 41, 45, 47, 66, 78
 Шабданова Ж.Т. 50
 Шайхутдинов Д.Ф. 90
 Шапатова Н.З. 87
 Шарипов З.Р. 52
 Шарипов М.С. 79

- Шекенова А.Б. 108, 122
 Ширвинскас Э. 19, 48, 67
 Шмыгалева А.А. 22, 23
 Шоев Ф.С. 52, 68
 Шорина Е.Н. 124, 125
 Эшонов А.А. 60
 Югай Н.В. 24
 Юлдашев У.Т. 92, 93
 Япаров Р.М. 97, 100, 101
 Alain Rosier 86
 Koyirov A.K. 51
 Shukrullayev A.A. 51
 Tomas Tamosuitis 74

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При оформлении статей для печати редакция журнала «Анестезиология и реаниматология Казахстана» просит придерживаться следующих правил:

1. Принимаются статьи в электронном или печатном (2 экземпляра) вариантах в редакторе Word 97-2003. Формат листа А4, поля: левое - 30 мм, правое - 10 мм, верхнее - 20 мм, нижнее - 20 мм. Размер шрифта - 14 (Times New Roman), межстрочный интервал - 1,5, отступ для абзаца - 1,25.
2. Статья должна сопровождаться официальным направлением учреждения, в котором проведена работа, заверенной печатью учреждения. В начале первой страницы указываются: название статьи, фамилия и инициалы авторов (не более 7), полное название учреждения, город. Статья должна быть подписана авторами. Следует указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция может вести переписку, электронный и почтовый адрес, телефон.
3. Объем оригинальной статьи не должен превышать 8 с., заметок из практики - 3-4 с. машинописного текста. Большой объем (до 12 с.) возможен для обзоров и лекций. Редакция оставляет за собой право сокращения статей.
4. В конце статьи желательно краткое резюме на казахском и английском языках.
5. Оригинальные исследования должны иметь следующие разделы: введение, материалы и методы исследования, результаты исследования, обсуждение и выводы. Сокращение слов и названий (не более 3), кроме общепринятых сокращений мер, физических и математических величин и терминов, допускается только с первоначальным указанием полного названия. Текст и остальной материал статьи должны быть тщательно выверены.

6. Таблицы должны содержать необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь номер и заголовок. Заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию, цифры и единицы измерения - соответствовать тексту. Иллюстрированный материал (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) следует располагать в статье непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице. Иллюстрации могут быть в компьютерном исполнении, в том числе и цветные. На все иллюстрации должны быть ссылки в статье.

В списке литературы желательно цитировать не более 15-20 источников. Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в тексте рукописи они даются в квадратных скобках в соответствии со списком литературы. Список составляют по алфавиту (сначала работы отечественных авторов, затем - иностранных). При описании журнальных статей приводят сокращенное название журнала, год, том, номер, страницы; при описании книг - название, место и год издания.

Статьи направлять по адресу: 050004, г. Алматы, ул. Желтоксан, 62, Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Редакция журнала «Анестезиология и реаниматология Казахстана», профессору Миербекову Ергали Маматовичу.

Статьи, не соответствующие требованиям журнала, не будут опубликованы до полной их доработки авторами. В связи с этим, авторам необходимо обязательно указывать свой электронный адрес для переписки с редакцией.

Телефон редакции: +7 (727) 279 83 02.

Моб.: +7 701 513 96 06

Факс: +7 (727) 279 83 02

E-mail: ergali.m1@gmail.com

СПОНСОРЫ



