

Летальность при травмах (без ожогов) за 7 лет встречалась в 2670 случаях. В машине СМП возросло в 2 раза от 8 чел (0,3%) до 16 чел. (0,6%). До приезда бригады СМП умерло всего за исследуемый период 2499 чел. (94%). В присутствии бригады СМП - 83 чел. (3,7%).

Анализируя время доезда бригады СМП при болезнях органов кровообращения и новообразованиях составило от 14 до 17 мин. Время доезда бригады СМП при травмах 10-15 мин. При среднем времени доезда бригад СМП по г.Екатеринбургу 23 мин.

В результате проведенного анализа был выявлен рост летальности от заболеваний системы кровообращения, новообразований и травм в период с 2013 по 2014 год, однако, это не отображает абсолютный рост числа летальных исходов на догоспитальном этапе, а лишь указывает на тот факт, что с 1 января 2013 года бригады СМП стали выезжать на вызовы с заведомо известным летальным исходом для констатации смерти; до этого момента данная функция распространялась на амбулаторное звено.

Вывод

Анализ летальности является информативным показателем для оценки качества работы врачей СМП. Уменьшение времени доезда бригады СМП приведет к раннему оказанию специализированной медицинской помощи, а, следовательно, к снижению летальности догоспитальном этапе, как до приезда, так и в машине и в присутствии бригады СМП.

Литература:

1.Ажеганов А.Е. Опыт снижения летальности при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе: Материалы 4-го Российского научного форума "Догоспитальный этап медицинской помощи: традиции и стереотипы"// А.Е.Ажиганов. - Москва, ЦДХ, 20-23 октября 2009г., МЕДИ Экспо, - 2009. – с. 16.

2.Гришина А.А. Предикторы догоспитальной летальности при остром коронарном синдроме. Значение факторов риска в мужской и женской популяциях. Автореферат по медицине 14.00.05 / А.А.Гришина, Екатеринбург. – 2009. – с.3

3.Жуков В.Н., Девяткова Г.И., Тиунов В.К., Нелюбин В.В. Целевые показатели работы станции отделения СМП, их роль в улучшении качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе / В.Н. Жуков, Г.И. Девяткова, В.К.Тиунов и [др.] // Неотложная терапия, М., 2008. - №3-4. – с.18-19.

УДК 616.411-08

Жониев С. Ш., Рахимов А. У.
МЕТОДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ
ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Joniev S. Sh., Rakhimov A. U.
**METHODS OF PREOPERATIVE PREPARATION IN THYROID
GLAND OPERATIONS**

Department of anesthesiology and reanimatology
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

E- mail: jonievssh@mail.ru

Аннотация. Приводится сравнение и анализ современных методов предоперационной подготовки при патологиях щитовидной железы. Анализ препаратов используемых при предоперационном периоде у больных с нетоксическим и узловым зобом показало, что не все является эффективным, при использовании метода пролонгированным премедикации наблюдается положительный эффект и благоприятно влияет на интраоперационный период.

Annotation. A comparison and analysis of modern methods of preoperative preparation with the thyroid gland. Analysis of drugs ispolzuyumyh at predoperaionnom period in patients with non-toxic nodular goiter and showed that not everything is efektivnost, using the method of prolonged sedation observed positive effect and influence on blogopriyatno intraoperative period.

Ключевые слова: Узловой и нетоксический зоб, операционный стресс, прологированная премедикация.

Keywords: Hub and toxic goiter, operational stress, prolonged sedation.

Диффузный нетоксический и узловый зоб - это наиболее распространенная патология, на долю которой приходится до 60% всех случаев заболевания щитовидной железы [1]. Основное лечение данной патологии хирургическое. Изучение реакции организма на хирургическую травму показало, что кроме обезболивания и миорелаксации, целесообразны угнетение психических реакций, блокада патологических рефлексов, торможение вегетативной нервной системы и эндокринного аппарата, гипергические реакции, которые сами могут явиться причиной серьезных нарушений в состоянии больных[3,5,].

Цель работы - сравнение и анализ методов предоперациооной подготовки у пациентов с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы исследования

Проведено исследования в течение 2013 – 2014 гг. на базе клиники Самаркандского Медицинского Института, отделений анестезиологии-реанимации и хирургии, у 72 пациентов с диагнозом диффузный нетоксический и узловый зоб. Среди обследованных больных было 8 мужчин

(11,1%) и 64 женщины (88,9%) в возрасте от 32 до 68 лет. По возрасту, больные распределились следующим образом: от 32-45 лет – 13 человек (18,05 %), 46-60 лет – 49 человека (74,7 %), старше 60 лет – 10 человек (7,2%).

Объективный статус по классификации американского общества анестезиологов (ASA) II - 39 (54, 1%), III - 28 (38,9%), IV - 5 (6,9%). В соответствии с целью и задачами данного исследования, в зависимости от варианта предоперационной подготовки, пациенты были разделены на две группы. Первая группа (контрольная - n=34) – пациенты, которым проведена традиционная предоперационная терапия, II группа (исследуемая - n=38) - пациенты, в предоперационной подготовке которых проведена стресс протекторная и адаптогенная терапия сибазоном и дроперидолом.

Больным была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву в плановом порядке, в условиях многокомпонентной комбинированной анестезии с тотальной миоплегией и искусственной вентиляцией легких.

Пролонгированная премедикация являлась особенностью предоперационной подготовки основной группы больных. Пациентам этой группы в течение 3 дней до операции в 20.00 часов в/м вводился сибазон 0,2-0,5 мг/кг. В премедиацию, в дополнение к стандартной, в/м за 30-40 минут до операции вводили сибазон в дозе 0,3-0,5 мг/кг и дроперидол 0,05-0,1 мг/кг.

Для оценки состояния центральной и периферической гемодинамики изучались следующие показатели: систолическое артериальное давление (АДс, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (АДд, мм.рт.ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) определяли в динамике монитором «ARGUS TM-7» фирмы «SCHILLER». Среднее динамическое артериальное давление (САД, мм.рт.ст.) $САД = АДд + 1/3 (АДс - АДд)$ (Б. Фолков, Э. Нил, 1976). Уровень седации определялся по шкале Ramsay (M. A. Ramsay, 1974) через 40 минут после проведения премедиации.

Результаты исследования и их обсуждение

Проводя 5-ти этапное наблюдение за изменениями центральной гемодинамики, мы обнаружили, что у пациентов контрольной группы уже на предоперационном этапе, до начала индукции в анестезию, отмечается достоверное повышение АДс, АДд, САД и ЧСС ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями. Так, после выполнения премедиации, у пациентов контрольной группы отмечается достоверное повышение АДс на 4,8% ($p < 0,001$), АДд на 6,9% ($p < 0,001$), САД на 5,5% ($p < 0,01$), ЧСС на 4,4% ($p < 0,05$) относительно исходных значений. Число сердечных сокращений, среднее артериальное давление в течении трех дней до операции было стабильно повышенным и несмотря на проводимую традиционную гипотензивную терапию тенденции к снижению не наблюдалось.

Анализ показателей центральной гемодинамики у пациентов исследуемой группы показал, что в предоперационном периоде, на первых пяти этапах исследования (за 3 дня, за 2 дня, за 1 день до операции, премедикация), на фоне

применения сибазона и дроперидола отмечается планомерное снижение АДс, АДд, САД, ЧСС по сравнению с исходными показателями, но в пределах физиологической нормы. За 2 дня до операции регистрировалось достоверное снижение АДс на 4,2% ($p<0,005$), АДд на 4,3% ($p<0,01$), САД на 4,2% ($p<0,01$), ЧСС на 3,9%. ($p<0,05$) по сравнению с первым этапом. После выполнения премедикации АДс ниже исходных цифр на 3,4% ($p<0,01$), АДд на 5,3% ($p<0,001$), САД на 4,5% ($p<0,001$), ЧСС на 4,6% ($p<0,05$). Данные изменения показателей центральной гемодинамики положительны и обусловлены стабилизацией нейровегетативной системы на фоне применения сибазона и дроперидола, так как само поступление в стационар для большинства пациентов уже является стрессовой ситуацией.

При анализе уровня предоперационной седации было выявлено, что у 80% пациентов контрольной группы эффект премедикации неудовлетворительный, он выражался в эмоциональном напряжении тревожности, беспокойстве, страхе пациентов перед операцией. В исследуемой группе уровень предоперационной седации в 100 % случаев был адекватным. Применение сибазона и дроперидола в течение трех дней до операции и включение данных препаратов как компонентов премедикации позволило усилить седативный эффект премедикации, стабилизировать психоэмоциональный фон пациентов, предупредить неблагоприятные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы.

На основании результатов исследования установлено, что предлагаемые методы стресс протекторной и адаптогенной защиты сибазоном и дроперидолом способствуют улучшению центральной и периферической гемодинамики, являются эффективными в предупреждении гиперэргической реакции гипофиза, надпочечников и поджелудочной железы. Применение сибазона и дроперидола позволило усилить седативный эффект премедикации, стабилизировать психоэмоциональный фон пациентов, предупредить неблагоприятные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы в предоперационном периоде.

Выводы:

1. В интраоперационном периоде у больных, оперируемых по поводу заболеваний щитовидной железы, возникают нежелательные гемодинамические, вегетативные и нейроэндокринные реакции организма, которые отрицательно влияют на течение периоперационного периода и анестезиологического пособия.

2. Применение пролонгированной премедикации с сибазоном и дроперидолом у больных, оперируемых по поводу заболеваний щитовидной железы, способствует снижению эмоционального напряжения, тревожности, беспокойства, обеспечивая адекватный уровень предоперационной седации.

3. Позволяет дифференцированно подойти к введению гипнотиков и наркотических анальгетиков, минимизировать их негативные эффекты и дозы.

Литература:

1. Анестезиологическое обеспечение операций на щитовидной железе / А.А. Неговский, Т.И. Шпажникова, А.А. Знаменский, М.Н. Замятин // Общая реаниматология. 2008. - Т. IV, № 6. - С. 28-32.
2. Антистрессорная защита в анестезиологии и хирургии / И.П. Назаров, Е.В. Волошенко, Д.В. Островский, П.В. Пругов // Красноярск: Изд-во КГТУ. 2000. - 252 с.
3. Аристархов // Очерки клинической эндокринологии. Харьков, 2011. -С. 468-471.
4. Арсланбекова А.Ч. Состояние микроциркуляции у больных с заболеваниями щитовидной железы и их коррекция: автореф. дисс. . канд. мед. наук / А.Ч. Арсланбекова. Махачкала, 2008. - 18 с.
5. Афанасьева З. А. О причинах запущенности раков щитовидной железы / З. А. Афанасьева, Юсупов Ш. Ш. // Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. -Рязань, 2005. -С. 31.
6. Материалы XVI Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Саранск, 2007. - С.44.

УДК 615.099.08

**Зайцев С.Л., Чекмарев А.В., Реутов А.А., Сенцов В.Г.
ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С
ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ
РАЗВИТИЕМ ОПН**

Кафедра анестезиологии-реаниматологии и токсикологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Zaytsev S.L., Chekmarev A.V., Reytov A.A., Sentsov V. G.

**TECHNOLOGY INTENSIVE CARE PATIENTS WITH POISONING
ACETICACID, COMPLICATIONS ARE**

Department of Anesthesiology - Resuscitation and Toxicology
Ural State Medical University, Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: mdzaycev@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрена технология интенсивной терапии больных с отравлением уксусной кислотой осложненной развитием ОПН. Определена структура компонентов интенсивной терапии лечения ОПН в Свердловском центре лечения острых отравлений.