

З. Сорока Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике / Ю.А. Сорока // Здоровье ребенка. – Донецк, 2006. - №2.- с.20.

УДК 612.216.3

А.О. Крицкая, Н.А. Панишев, Ф.Н. Брезгин
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ
НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОЙ АППАРАТУРЫ В РУТИННОЙ
ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА

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

A.O. Kritskaya, N.A. Panishev, F.N.Brezgin
EFFECTIVE USE OF MODERN ANESTHESIA AND RESPIRATORY
EQUIPMENT ROUTINELY ANESTHETIST

Department of anesthesiology and reanimatology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: panishev_nik@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены результаты анкетирования врачей-анестезиологов-реаниматологов города Екатеринбурга об использовании искусственной вентиляции легких во время проведения общей анестезии, используемая аппаратура, режимы вентиляции.

Annotation. The article take up survey results of doctors – anesthetists of Yekaterinburg about artificial lung ventilation using during general anesthesia, used equipment, modes of ventilation.

Ключевые слова: искусственная вентиляция легких; анестезиолог; режимы вентиляции.

Keywords: artificial lung ventilation; anesthetists; modes of ventilation.

Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) применяют ежедневно у многих тысяч больных во время оперативных вмешательств. Для большинства анестезиологов и реаниматологов ИВЛ — рутинная процедура. Однако кажущаяся некоторым врачам простота и «привычность» ИВЛ не гарантируют от ошибок и связанных с ними осложнений. Различным проблемам теории и практики ИВЛ посвящено огромное число исследований. Это свидетельствует о том, что далеко не все вопросы разрешены.

За последние 10 лет произошли значительные изменения во многих концепциях и подходах к респираторной поддержке. Отечественные

анестезиологи и реаниматологи получили возможность использовать многие современные аппараты ИВЛ (респираторы), которые обладают широкими функциональными возможностями. Значительно расширились также возможности инструментального обследования больных и мониторинга. В то же время опыт показывает, что все эти возможности используются не всегда в достаточной степени и методически правильно. Это не только обедняет арсенал средств респираторной поддержки, но и может принести вред больному.[1]

Цель исследования – получение объективной информации об эффективности использования современной наркозно-дыхательной аппаратуры в рутинной практике врача-анестезиолога.

Материалы и методы исследования

Проведена оценка анкет для врачей анестезиологов-реаниматологов города Екатеринбурга, в период с декабря 2015 г. по февраль 2016 г. Выборка-51 человек. Анкета заполнялась врачом анестезиологом-реаниматологом однократно в каждом отделении анестезиологии и реанимации, отражала статус учреждения и ОРИТ, уровень материально-технического оснащения и кадровый состав сотрудников, участие в проведении анестезиологического пособия при помощи наркозно-дыхательной аппаратуры, ознакомление с режимами вентиляции наркозно-дыхательного аппарата, спектром лекарственных препаратов используемых для обеспечения миоплегии пациентов в ходе анестезиологического пособия, структуру мониторинга функции внешнего дыхания используемой анестезиологами в рутинной практике. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Опрошен 51 врач анестезиолог-реаниматолог. 18% врачей работают в ЛПУ федерального подчинения (ФМБА, НИИ), 82% в муниципальных клиниках города Екатеринбурга. При этом стаж работы в специальности анестезиология и реаниматология более 10 лет у большинства опрошенных-57%. За последние 5 лет, в тематических курсах повышения квалификации, посвященных исключительно вопросам ИВЛ, 82% опрошенных - не принимали участия.

Наиболее часто используемые миорелаксанты, по результатам анкетирования, пипекуроний (ардуан) 44% и рокуроний (эсмерон) 56%, при этом сукцинилхолин 51% анкетизируемых врачей используют только для интубации трахеи.

По данным анкетирования ОРИТ оснащены современными наркозно-дыхательными аппаратами, так 25% в своей ежедневной практике используют аппараты фирмы Draeger, 46%- Chirana. Применяются и другие, такие как Datex, GeneralElectric, MuracoVilla. Аппараты серии РО и ФАЗА с анестезиологической приставкой 13% и 16% соответственно. На вопрос об использовании интраоперационного BIS- мониторинга 15% ответили «очень редко», 85% «никогда».

При проведении анестезии с ИВЛ, стартовый режим вентиляции 83% респондентов устанавливают «принудительный с контролем по объему». Большинство врачей устанавливают ДО 6-8 мл/кг- 38%, 26% устанавливают на глаз, не прибегая к точным расчетам, 25% считают нужным применить ДО до 6 мл/кг и 11% 8-10 мл/кг. 53% анкетированных считают необходимым установить ПДКВ(РЕЕР)на время ИВЛ в ходе анестезии. Инспираторную фракцию кислорода для преоксигенации (во время индукции) от 80% до 100%- 57% опрошенных, от 40% до 60% выбирают 37%, от 60% до 80% - 6% респондентов.

Контроль за состоянием аппарата внешнего дыхания, большинство - 68% осуществляют при помощи цифрового мониторинга дыхания (ДО, МВЛ, ЧД, ПДКВ). Оценивают адекватность проведения ИВЛ: 63% - гемодинамика+SpO2+капнометрия. 85% никогда не используют мониторинг нейро-мышечного блока в ходе проведения анестезии и все же 21% используют его очень часто.

Выводы:

1.В большинстве случаев ОРИТ оснащены современной наркозно-дыхательной аппаратурой, что дает возможности соблюдения принципов протективной искусственной вентиляции легких.

2.Несмотря на наличие технической возможности, величины используемых дыхательных объемов несколько завышены, в ряде случаев(26% респондентов) устанавливают значение ДО «на глаз» не прибегая к точным расчетам, а величины РЕЕР(ПДКВ) в половине случаев вообще не устанавливаются.

3.Необходимость создания и внедрение в практику проведения тематических курсов повышения квалификации, посвященных вопросам искусственной вентиляции легких.

Литература:

1.РУВЕНТ- российское национальное эпидемиологическое исследование ИВЛ/ Электронный ресурс: <http://narkoz.ru/ruvent> (Дата доступа: 03.02.2016).

2.Кассиль В.Л., Лескин Г.С., Выжигина М.А. Респираторная поддержка: Руководство по искусственной и вспомогательной вентиляции легких в анестезиологии и интенсивной терапии.-М.: Медицина, 2006.-3с.

УДК 616-06

С.В. Лебедева, Ф.Н. Брезгин
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ГРУППЫ ДЕТЕЙ,
ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В ОРИТ

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