

УДК 618-089.5(571.64)

К. В. Морозов

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Сахалинская областная клиническая больница
(г. Южно-Сахалинск)

Ключевые слова: анестезия, акушерство и гинекология, антирефлюксная трубка.

Применение антирефлюксной эндотрахеальной трубки позволяет выполнять оперативные вмешательства на качественно более высоком и безопасном уровне [1, 6–8]. Однако данных об использовании этого устройства в акушерской и гинекологической практике в литературе явно недостаточно. По предложенной методике [6] были оперированы 140 пациенток акушерско-гинекологического корпуса Сахалинской областной больницы разных возрастных групп: проведено 86 акушерских и 54 гинекологических операции. Многие женщины имели сопутствующую патологию разной степени тяжести. Различными были уровень сложности и травматичности проводимых оперативных вмешательств. Контролем послужили оперативные вмешательства, выполненные традиционным способом [2–4]. Оценка эффективности применения антирефлексивной эндотрахеальной трубки проводилась при операциях различного объема и длительности. Ближайший и отдаленный послеоперационные периоды протекали гладко, все женщины были выписаны из стационара в срок.

Для интраоперационного контроля эффективности анестезии использовался стандартный набор методов [3, 15]. Прежде всего проводился мониторинг артериального давления и пульса. Гемодинамика в течение большинства операций была стабильной, частота пульса почти всегда находилась в пределах нормокардии (60–90 уд./мин.). Исключение составили лишь 4 беременные с исходной артериальной гипертензией на фоне тяжелой преэклампсии, а также 3 женщины (гинекологические операции) с длительной и тяжело протекающей гипертонической болезнью. Этой группе женщин потребовалось присоединение дополнительного комплекса гипотензивных препаратов. Во всех случаях тахикардия не превышала 128 уд./мин. и достаточно быстро корригировалась введением наркотических анальгетиков и дополнительной болюс-дозы лидокаина [13] в надсвязочные и подсвязочные структуры гортаноглотки посредством антирефлексивной эндотрахеальной трубки.

Также проводилось исследование показателей центральной гемодинамики. Их изменения свидетельствовали о гладком течении обезболивания и носили закономерный характер [10–12] практически на всех этапах анестезии и проведения оперативного вмешательства.

Кроме мониторинга пульса и артериального давления выполнялась интраоперационная пульсоксиметрия с помощью встроенного пульсоксиметра наркозно-дыхательного аппарата МК-1-2 и пульсоксиметра прикроватного монитора BYOSIS. Контроль проводился непрерывно, с момента подачи пациентки в операционную и до перевода ее в палату интенсивной терапии, а в некоторых случаях и в послеоперационном периоде. В течение оперативного вмешательства сатурация никогда не снижалась ниже 96%, пребывая в основном диапазоне 97–99%.

При переводе больных на спонтанное дыхание через антирефлексивную эндотрахеальную трубку было отмечено более быстрое восстановление витальных функций, что связано с сокращением общей дозы мышечных релаксантов, наркотических анальгетиков и других средств общей анестезии. Также это позволило выполнить более раннюю экстубацию трахеи с последующим адекватным уровнем спонтанного дыхания. При этом сатурация никогда не опускалась ниже 94% даже у больных с выраженной сопутствующей патологией. Одним из важных показателей адекватности проводимой анестезии является темп диуреза [2–4]. На собственном материале он почти всегда превышал 60 мл/час.

Помимо объективных признаков, характеризующих качество анестезии, нас также интересовала субъективная оценка ее качества [2, 14, 15]. Поскольку выраженной постнаркозной депрессии ни в одном случае зарегистрировано не было, всех пациенток можно было расспросить об ощущениях и самочувствии в ближайшем послеоперационном периоде. После экстубации больные были активны, оценка боли и эффективности анальгезии по шкале МНИОИ им. П.А. Герцена оказалась на уровне 4–5 баллов (адекватный кашлевой рефлекс, высокая двигательная активность, хороший уровень постнаркозной анальгезии и т.д.).

При анализе расхода общих анестетиков и миорелаксантов при анестезии по нашей методике в сравнении с традиционным методом выяснилось, что в первом случае общие дозировки оказались в среднем в 2 раза ниже (табл. 1).

Таким образом, использование антирефлексивной эндотрахеальной трубки при акушерских и гинекологических операциях позволяет провести анестезию и операцию в целом на более качественном и безопасном уровне. При этом путем сокращения дозировки препаратов общего действия достигается хорошая переносимость анестезии и операции, что благоприятно сказывается на послеоперационном течении и реабилитации. Тем более это важно в акушерской практике,

Таблица 1

Сравнительный расход препаратов общего действия

Препарат	Контрольная группа	Основная группа
Кетамин (мг • кг • час)	1,5±0,7	0,5±0,4
Фентанил (мг • кг • час)	0,0015±0,0007	0,0007±0,0002
Тиопентал натрия (мг • кг • час)	8,6±1,3	5,8±0,7
Ардуан (мг • кг • час)	0,055±0,015	0,023±0,004

в условиях сложных взаимоотношений между материнским организмом и плодом [5].

Литература

1. Асланян Г.Г. // *Анестезиология и реаниматология*. — 1981. — № 3. — С. 69–70.
2. Бунятян А.А. *Руководство по анестезиологии*. — М.: Медицина, 1997.
3. Жоров И.С. *Общее обезболивание в хирургии*. — М.: Медгиз, 1959.
4. Зильбер А.П. *Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии*. — М.: Медицина, 1984.
5. Краснопольский В.И. *Кесарево сечение*. — М.: Техлит-Медицина, 1997.
6. Первак В.А. *Эндотрахеальная трубка — Патент на изобретение РФ № 2150300 — 2000*.
7. Тулепов А.С. // *Анестезиология и реаниматология*. — 1998. — № 4. — С. 58–60.
8. Шуматов В.Б., Первак В.А. // *Сб. науч. работ в честь 10-летия стационара МСЧ работников строительной отрасли и Приморского профпатологического центра, 2000*. — С. 101–102.
9. Abou-Madi M.N., Keszler H., Yacoub J.M. // *Can. Anesth. Soc. J.* — 1977. — Vol. 24. — P. 2.
10. Barnes S.D. // *Crit. Care Med.* — 1997. — Vol. 25, No. 12. — P. 109.

11. Bedford R.F., Feinstein B. // *Anest. Analg.* — 1980. — Vol. 59. — P. 367.
12. Bennet G.M., Stanley T.H. // *Anesthesiology*. — 1980. — Vol. 52. — P. 520.
13. Bidwai A. V., Bidwal V.A., Rogers C.R. et al. // *Anesthesiology*. — 1979. — Vol. 51. — P. 883.
14. Denlinger I.K.; Ellison N., Ominsky A.J. // *Anesthesiology*. — 1974. — Vol. 41. — P. 409.
16. Forbes A.M., Dally F.G. // *Br. J. Anesth.* — 1970. — Vol. 42. — P. 618.

Поступила в редакцию 5.11.04.

CLINICAL ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF ANESTHESIA USING ANTIREFLUX ENDOTRACHEAL TUBE IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

K.V. Morozov

Sakhalin Oblast Clinical Hospital (Yuzhno-Sakhalinsk),
Vladivostok State Medical University

Summary — 140 women being in an in-patient obstetric-gynecologic department were operated on as per proposed technique by using antireflux endotracheal tube (patent of the Russian Federation for invention No. 2150300 — 2000). Application of this device allows conducting surgery at a more qualitative and safe level. Among other advantages are both reductions in dosage of drugs having systemic action and good tolerance to anaesthesia and surgery that is especially important in obstetric practice under very complex interrelations between mother's organism and foetus.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 4, p. 53–54.

УДК 577.113:611.843.1-018.82-013

Н.Ю. Матвеева

СОДЕРЖАНИЕ ДНК В ГАНГЛИОНАРНЫХ НЕЙРОНАХ СЕТЧАТКИ ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: ДНК, ганглионарные нейроны, глаз человека.

Нейроны головного мозга имеют диплоидный набор хромосом, однако есть популяции клеток, где содержание ДНК может быть более высоким [2, 8]. Наиболее достоверно полиплоидия описана в небольшой части клеток Пуркинье коры мозжечка [1, 4, 7]. Данные о содержании ДНК в ганглионарных нейронах сетчатки глаза человека в литературе отсутствуют.

Целью настоящего исследования послужил анализ содержания ядерной ДНК в ганглионарных клетках сетчатки на этапах внутриутробного развития глаза у человека. В работе использовался материал, полученный при медицинских абортах. Исследовано 5 глаз, взятых на 11–12-й неделе (I триместр), 5 глаз, взятых на 20–21-й неделе (II триместр) и 5 глаз, взятых на 30–31-й неделе (III триместр) внутриутробного развития. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине 2–3 недели (время фиксации определялось размерами глаза). Исследования проводились на серийных парафиновых срезах толщиной 5 мкм. В качестве специфической пробы на ДНК использовали метод Фельгена и Россенбекка. На препаратах определяли тканевой стандарт плоидности — значение интегральной яркости (оптической плотности) ядер малых лимфоцитов в сосудистой оболочке глаза, которые принимают за 2с (диплоидный набор хромосом). Среднее значение интегральной яркости лимфоцитов в гистологическом срезе принимали за тканевой стандарт