

диффузно- локализованный или односторонний диффузный гнойный или двухсторонний катаральный, в стадии ремиссии. При III ст. явление двухстороннего диффузного гнойного эндобронхита в стадии ремиссии. При IVст. фибринозный эндобронхит в стадии обострения.

Различают 4 ст. травматичности оперативного вмешательства на легких. Малотравматичные вмешательства относятся к I ст.; IIст. характеризуется умеренной травматичностью вмешательства; IIIст. - травматичные операции; IVст. – особо травматичные операции.

В зависимости от процента насыщения гемоглобина кислородом различают 4 степени: Iст. - от 96 до 90%; IIст.- от 89 до 80%; IIIст. 79 до 70% и IVст. от 69% и ниже.

Для определения степени ОАР в зависимости от степени отклонения от нормы каждый параметр оценивали от 0 до 4 баллов. Общее число «физиологических» баллов- сумма оценок 10 критерии (от 0 до 4-х для каждого). Iст. – соответствует сумма баллов 10 показателей меньше - 10 баллов; IIст. от 11 до 19 баллов; IIIст. от 20 до 29 баллов; IVст. соответствует сумма баллов 10 показателей больше 30 баллов.

Таким образом, разработанная методика определения степени операционно-анестезиологического риска позволяет определить операбельность больных и прогнозировать длительность предоперационного периода у детей с ХНЗЛ

Исмаилова М.У., Сатвалдиева Э.А., Юсупов А.С., Шакарова М.У.

ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТОРАКОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки(ВДГК), одна из часто встречаемых аномалий развития у детей, представляет врождённую патологию, характеризующуюся западением внутрь грудины и хрящевой части рёбер с образованием воронкообразного углубления на передней поверхности грудной клетки. Воронкообразная грудная клетка может приводить к серьёзным нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Сужение грудной полости по средней линии и горизонтальное расположение рёбер, помимо создаваемого косметического дефекта, определяют развитие рестриктивных нарушений дыхания, приобретающих с возрастом клинические проявления, угрожающие качеству жизни. Любой вариант торакопластики является травматичной операцией и требует адекватного анестезиологического обеспечения во время операции.

Цель работы. Оценка эффективности комбинированной анестезии фентанилом и пропофолом при торакопластике у детей.

Материал и методы. Были обследованы 32 детей в возрасте от 3 до 14 лет с Воронкообразной деформацией грудной клетки II-III степени, поступившие на плановое

лечение в отделение травматологии и ортопедии. Все больные оценены по шкале ASA и относились к II и III классу анестезиологического риска. Методика анестезии во всех наблюдениях была следующей: применялась стандартная премедикация. Индукция осуществлялась внутривенным болюсным введением 1% раствора пропофола в дозе 2.5 мг/кг. Через 5 минут вводили 2% раствор фентанила в дозе 0,005 мг/кг. После введения 0.2% раствора аркурона из расчёта 0.06 мг/кг выполняли оротрахеальную интубацию трахеи. Всем пациентам проводилась контролируемая по объёму ИВЛ с параметрами вентиляции, обеспечивающими ETCO_2 в пределах 33-38 мм.рт.ст. анестезия поддерживалась введением 2.5 мг/кг 1% пропофола на линеомате в дозе 150-100 мкг/кг/мин., фентанила в дозе 0,002 мг/кг, по показаниям вводился аркурон в дозе 0.03 мг/кг. Проводилась соответствующая интраоперационная инфузионная терапия. За 10 минут до окончания операции прекращалось введение пропофола.

Для объективной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы применялся метод эхокардиографии на аппарате Aloka SSD-260.

Результаты. После премедикации отмечалось увеличение ЧСС на 13,3%, при этом, показатель АД оставался стабильным. Мониторинговые исследования на вводном периоде анестезиологического обеспечения указывают на лабильность основных показателей гемодинамики. Введение в анестезию сопровождалось умеренным уменьшением АДср. На этапе интубации трахеи отмечалась тенденция к увеличению показателей ЧСС, СИ, ФИ. На основных этапах анестезии отмечалась нормализация ЧСС с уменьшением величин УПС на 12,5% и тенденцией к уменьшению показателя УИ. Данная комбинация анестезии обеспечивала относительную гемодинамическую стабильность и не оказывала негативного влияния на работу сердца в целом. Пробуждение детей наступало через 15-мин, через 50 мин после окончания операции сознание полностью восстанавливалось.

Выводы.

Применение общей комбинированной анестезии фентанилом и пропофолом при торакопластике у детей с ВДГК способствует гладкому пробуждению в кратчайший срок, которое обеспечивает ранее восстановление спонтанного адекватного дыхания после операции.

Сочетанное применение фентанила и пропофола обеспечивает достаточный уровень анальгезии и седации при проведении торакопластики у детей.