

Таким образом, больные с СДС, осложненным ОПН, нуждаются в комплексном лечении, основным звеном которого является гемодиализ. Раннее начало лечения гемодиализом значительно снижает летальность у этой категории больных и способствует быстрой их реабилитации.

УДК 616—089.5:616—001.32."405"

М. Л. ОВСЕПЯН, И. С. БАКУНЦ, А. З. КАРАПЕТЯН

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

В настоящем докладе мы ставили своей целью ознакомить вас с анестезиологическим аспектом основных видов оперативных вмешательств, характерных для условий массового поступления пострадавших от землетрясения. Нами обобщен опыт работы лаборатории анестезиологии Ереванского филиала ВНИИ АМН СССР с 7 по 26 декабря 1988 г.

За указанный период оперировано в возрасте от 1 до 74 лет, произведено 150 операций: 6 пациентов оперировались дважды, 6—трижды и 1—четырежды. Основной объем операций был произведен в первые 10 суток. При этом 25% операций было произведено в первые сутки, 50%—в течение 3 суток и 80%—в течение первых 10 суток от момента землетрясения.

Данные сгруппированы в соответствии с типом произведенных операций.

Специфика ситуации—необходимость оказания экстренной помощи большому количеству пострадавших—вынудила нас проводить премедикацию большинству пациентов (90%) на операционном столе, ограничивая ее в/в введением холинолитиков и антигистаминных препаратов. Остальным пациентам (10%) проводилась традиционная премедикация.

Ампутации были произведены 30 пострадавшим (I группа), поступившим с разможенным конечностями (12) и разможением конечностей в сочетании с синдромом длительного сдавливания (18). 20 больным вводный и основной этапы анестезии проводили препаратами атаральгезии и залипсолом, а 3 пациентам, у которых артериальное давление превышало 120/80 мм рт. ст., в вводном периоде применялись барбитураты с компонентами атаральгезии. 11 пациентам на основном этапе анестезии проводилась подача следов фторотана. Проведение общей анестезии сопровождалось у 4 пациентов масочной подачей кислорода, у остальных—искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Длительность анестезии у этих пациентов колебалась от 1,5 до 2,5 час. Переливание высоких объе-

мов жидкостей проводилось 2 пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии (шок III степени).

7 пациентов, которым были проведены экзартикуляции или реампутации с другими манипуляциями, выделены нами в отдельную подгруппу. Эти пациенты находились в крайне тяжелом состоянии, обусловленном интоксикацией, острой почечной недостаточностью (ОПН), гиповолемическим шоком. Из них 6 пациентам вводный и основной этапы анестезии проводились препаратами атаральгезии и калипсолом, а одному—с исходным артериальным давлением 150/100 мм рт. ст.—введение в анестезию осуществлялось 1% раствором гексенала в сочетании с компонентами атаральгезии. Длительность анестезии у этих пациентов варьировала от 1,5 до 5 час. Всем пациентам проводилось вливание повышенных объемов жидкостей (800 и более мл/час). 4 пациента этой подгруппы были переведены в отделение реанимации с интубационной трубкой для продолжения интенсивной терапии и ИВЛ.

У 1 пациента через 2 часа от начала анестезии наступила остановка сердца и предпринятые реанимационные мероприятия оказались безуспешными.

30 пациентам были произведены остеосинтез, наложением аппарата Илизарова, или металлостеосинтез (II группа). Из них 23 проведена в/в анестезия препаратами атаральгезии и калипсолом с масочной подачей кислорода. 3 пациентам с повышенным исходным артериальным давлением анестезия обеспечивалась введением барбитуратов или ГОМК с компонентами НЛА и атаральгезии. Количество перелитых жидкостей при этом не превышало традиционного. Остальным 7 пациентам проводилась общая анестезия с ИВЛ. Всем пациентам введение в анестезию проводилось препаратами атаральгезии и калипсолом, а основной этап—компонентами атаральгезии с добавлением следов фторотана. Длительность анестезии колебалась от 1 до 3 час.

Необходимость проведения интенсивной терапии в процессе анестезии возникла у 2 пациентов с исходным гиповолемическим шоком.

К III группе отнесены 17 пациентов, которым произведены ПХО ран, фасциотомии и другие манипуляции. 13 пациентам введение в анестезию проводилось препаратами атаральгезии и кетамином. 4—гексеналом в сочетании с компонентами атаральгезии. 2 пациентам общая анестезия проводилась в сочетании с масочной подачей кислорода, остальным—с ИВЛ.

Необходимость проведения интенсивной терапии в процессе анестезии в этой группе возникла у 5 пациентов в связи с тяжелым исходным состоянием (гиповолемический шок и интоксикация). 2 пациента были переведены в отделение реанимации с интубационной трубкой для продолжения интенсивной терапии и ИВЛ. У 1 пациента с тяжелым исходным состоянием, с интоксикацией, ОПН и гиповолемией, через 20 мин от начала анестезии наступила остановка сердца и предпринятые реанимационные мероприятия оказались безуспешными.

К IV группе отнесены 15 пациентов, которым были произведены лампасные разрезы. 1 пациенту проводилась общая анестезия компонентами атаральгезии и калипсолом с ИВЛ. Остальным—в/в анестезия компонентами атаральгезии и калипсолом с масочной подачей кислорода.

К V группе отнесены 13 пациентов, которым были произведены нейрохирургические операции: ламинэктомии и трепанации черепа с удалением эпидуральной гематомы. Все пациенты были оперированы под общей анестезией с ИВЛ. У 10 пациентов введение в анестезию проводили калипсолом с компонентами атаральгезии и НЛА, а основной период поддерживался препаратами НЛА (у 6 пациентов) и препаратами НЛА в сочетании с калипсолом (у 4 пациентов). 2 пациентам на основном этапе анестезии осуществлялась также подача закиси азота (1:1). 3 пациентам проводилась НЛА без каких-либо других компонентов. Длительность анестезии варьировала от 2 до 4,5 час.

Переливание повышенных объемов жидкостей проводилось 5 пациентам.

К VI группе отнесены 12 пациентов, которым были произведены операции по поводу травм и прочих патологий брюшной полости (1 пациент с диафрагмой желудочное кровотечение, остальные—острый живот в связи с разрывами мочевого пузыря, селезенки, сигмовидной и тонкой кишки, матки). 3 пациентам введение в анестезию обеспечивалось компонентами атаральгезии и дроперидолом, а в основном периоде к вышеуказанным препаратам добавляли следы фторотана. 1 пациенту введение в анестезию обеспечивалось компонентами атаральгезии и 1% раствором гексенала, а основной период проводился препаратами НЛА с закисью азота (1:1). 1 пациенту как вводный, так и основной этапы анестезии проводились ГОМК и фентанилом. Остальным 8 пациентам вводный и основной этапы анестезии обеспечивались препаратами атаральгезии и калипсолом.

Все пациенты были оперированы в условиях общей анестезии с ИВЛ.

5 пациентам были перелиты повышенные объемы жидкостей, а после окончания операций все 5 были переведены в отделение реанимации для продолжения интенсивной терапии и ИВЛ.

К VII группе отнесены 33 пациента, подвергшихся различным манипуляциям. Из них 5 проводилось вправление вывихов и сопоставление обломков костей, 6 пациентам проводился туалет ран и ПХО, 7 пациентам проводили гемостаз после лампасных разрезов, 6 пациентам проводили туалет ран и некрэктомии, 5 пациентам произведена катетеризация надчревной артерии, 4 пациентам производилось ушивание лампасных разрезов. 28 больным проводилась анестезия компонентами атаральгезии и калипсолом с масочной подачей кислорода, а 5 пациентам—тот же тип анестезии, но в сочетании с ИВЛ. Длительность этих манипуляций варьировала от 20 мин до 3 час.

Таким образом, в течение 150 операций было перелито всего: крови—16010 мл., плазмы—5200 мл., альбумина—600 мл., полиглюкина—25000 мл., других жидкостей—76170 мл.

Основываясь на результатах анализа представленного материала, мы сочли возможным заключить:

1 Осуществление премедикации на операционном столе в/в введением холинолитиков и антигистаминных препаратов с одной стороны обеспечивает необходимый клинический эффект, а с другой—позволяет ускорить процесс оказания специализированной медицинской помощи при массовом поступлении пациентов.

2 Проведение как вводного, так и основного этапов анестезии препаратами атаральгезии и калипсолом дает удовлетворительные результаты у вышеописанного контингента больных.

3 Основной контингент пострадавших от землетрясения поступает в состоянии гиповолемического травматического шока (в первые сутки) и гиповолемического травматического шока с интоксикацией и ОПН (в последующие сутки), с чем и приходится бороться анестезиологу.

Следует также отметить, что

1 Необходимо иметь готовую систему персонификации (с фиксацией номерных браслетов и с кодированием на уровне региона) пациентов, поступающих без сознания, или детей, не умеющих говорить, для обеспечения координации действий врачей и ведения медицинской документации в условиях массового поступления пострадавших.

2. Желательно иметь в наличии устройства, позволяющие взвешивать лежащих пациентов для оптимизации применения анестетиков и других медикаментов.

УДК 616—001.32"405":612.015.36

А. И. ПОГОСЯН, Н. В. АДАМЯН, Г. С. АРУТЮНЯН, А. В. АЛЛАХВЕРДОВА,
Н. И. АНДРИАСОВА, Н. Т. ПАНДИКЯН, А. И. ХАНГУЛЯН, Г. М. ЭЛБАКЯН

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Под наблюдением находилось 56 больных с синдромом длительного сдавления (СДС), в основном, с Спитякского и Ленинаканского районов землетрясения, в возрасте: до 20 лет—8 человек, от 20 до 29—14, от 30 до 39—14, от 40 до 49—10 и от 50 лет и выше—10.

Экспозиция сдавления различных участков тела у большинства больных (48 чел) составляла от 6 до 36 час с разбросом у всех исследуемых от 3—4 час (3 чел) до 2 и более суток (5 чел).