

поражением лиц трудоспособного возраста. От 3 до 7 % мужского трудоспособного населения являются носителями паховой грыжи [4,7]. При паховых грыжах такая пластика реализуется за счет применения сетчатых протезов, лапароскопическим или открытым методом. Лапароскопические способы являются более сложными вмешательствами, требуют длительного времени для освоения и имеют ряд противопоказаний, не присущих открытым методикам.

Среди открытых операций преобладает методика I.L. Lichtenstein, которая имеет наилучшие результаты, а техническая простота и эффективность дают преимущество перед другими пластиками. Автор метода на большом материале демонстрирует прекрасные результаты и отмечает всего 0,2 % рецидивов заболевания. Другие авторы дают сходную статистику. Значительно уменьшилось и количество послеоперационных осложнений — 4,6-6 %. Популярность методики послужила причиной появления большого количества ее модификаций. Одновременно нужно признать, что появление новых способов и предложение целого набора оригинальных протезных конструкций вызваны сохраняющейся неудовлетворенностью хирургов. Актуальность проблемы связана, прежде всего, с сохраняющимся достаточно высоким уровнем рецидивов, до 5,5 %, при паховых грыжах со значительным разрушением структур пахового канала [1,8]. У пациентов мужского пола паховое грыжесечение выполняется в непосредственном контакте с семенным канатиком. При формировании внутреннего пахового кольца может произойти его излишняя компрессия с последующим нарушением кровообращения, отеком семенного канатика и яичка. В результате возможен синдром хронической боли, различные нарушения половой функции и снижение фертильности. В последнее время разными авторами предпринимаются попытки разработать способ выполнения паховой герниопластики из минидоступа [1,3]. Стремления хирургов понятны, это общая тенденция хирургии.

**Цель исследования.** Проанализировать непосредственные результаты лечения больных старше 60 лет с ущемленными грыжами за период 2010 по 2011 гг.

**Материалы и методы.** За период 2010 по 2011 год в хирургическом отделении БСМП пролечено в возрасте старше 60 лет 39 больных с ущемленными паховыми грыжами. Всем больным при поступлении проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ,

рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости. Больные осматривались терапевтом, анестезиологом.

Результаты: у всех больных грыжевое выпячивание не вправлялось в брюшную полость. Следует отметить, что это исследование про-водилось без усилий, памятуя о возможных осложнениях насильственного вправления. Мы придерживаемся принципа: «Лучше признать невправимую грыжу ущемленной и прооперировать, чем ущемленную грыжу признать невправимой». Срок от момента поступления в стационар до операции составил в среднем  $3 \pm 1,2$  часа. Пластика выполнена по Пастемскому.

**Вывод:** Среди больных с ущемленными паховыми грыжами в настоящее время значительно преобладают пациенты пожилого и старческого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, высоким уровнем поздней госпитализации, что значительно повышает риск экстренного оперативного вмешательства. Таким образом, дифференцированный подход в выборе лечебной тактики при ущемленных грыжах позволяет получить хорошие непосредственные результаты.

#### Литература:

1. Емельянов С. И., Протасов А. В., Рутенбург Г. М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж // Эндоскопическая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 23-24.
2. Пути профилактики пахово-генитальной невралгии при устранении паховых грыж / В. Е. Милуков и др. // Герниология. — 2007. № 3 (15). - С. 43-44.
3. Способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжа / С. В. Шалашов и др. // Герниология. 2008. - № 2 (18). - С. 44-46.
4. Федоров В. Д., Андреев С. Д., Адамян А. А. Принципы хирургического лечения паховых грыж // Хирургия. — 1991. — № 1. С. 59-64.
5. Фомин С. А. Новый косой параректальный мининвазивный доступ при аппендэктомии // Медицинские науки. Теоретическая и экспериментальная медицина. 2008. - № 3. - С. 71-80
6. Marsden A. Recurrent inguinal hernia: A personal study // Brit. J. Surg.- 1988. Vol. 75. - P. 263-266.
7. Usher F. C. Hernia repair with knitted polypropylene mesh // Surg Gynecol Obstet. 1963. - Vol. 117. - P. 239-240.
8. Wantz G. E. Shouldice repair // Contemp. Surg. 1988. - Vol. 33. -P. 15-21.

УДК 616.151+615.211

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОЦИРКУЛЯЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕКОФОЛА С ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ СЕВОРАН И ФОРАН

Х. Ф. Якупова

*Государственный медицинский университет, города Семей*

#### Тұжырым

*Рекофол және анестетиктер форан, севоранмен үйлестірілгендегі гемокциркуляцияның көрсеткіштерінің салыстырмалы бағасы*

Жүрек және қантамырлар жүйесінің паталогиясы бар науқастарға анестезиологиялық көмек жиі актуальді болып келеді. Жүрек және қантамырлар жүйесінің паталогиясымен 25 науқасқа анестезиялық анализ жүргізілді. Үйлестірілген анестезияда қан айналым көрсеткіштері қалыпты жағдайға жақын сақталды.

**Summary**  
**Comparative analysis of blood circulation indicators at combined use  
of Recofol with inhalational anesthetics (Sevoran, Foran)**

Anesthesiological supply of patients with accompanying cardio-vascular system pathology becoming more actual today. We have analyzed 25 anesthetics at patients with accompanying CVS diseases. At combined anesthesia indicators of blood circulation were in normal range.

Анестезиологическое обеспечение больных с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) становятся все более актуальными [1,2,]. Более половины лиц пожилого возраста в той или иной степени страдают атеросклерозом, АГ (артериальная гипертония) и ИБС (ишемическая болезнь сердца). Таким образом, у пациентов с сопутствующей патологией со стороны ССС во время проведения общей анестезии возможно снижение сократимости миокарда, во многом определяющего исход операций [3,4]. В анестезиологической практике всё чаще используют ингаляционные анестетики последних поколений из-за их управляемости и предсказуемости, а также из-за их минимальных гемодинамических супрессивных эффектов (5).

**Цель исследования:**

Провести сравнительную оценку воздействия анестезии рекофолом в сочетании с севораном и фораном на гемодинамику у пациентов с сопутствующей патологией со стороны сердечно - сосудистой системы.

**Материалы и методы:**

Исследовано 25 анестезии, что соответствует количеству обследованных больных в возрасте от 65 до 80 лет. Больные с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы в виде гипертонической болезни - II степени у 11 больных, АГ - III степени - у 2 больных с ишемической болезнью сердца (стенокардия, инфаркт в анамнезе, нарушения сердечного ритма, и др.) у 12 больных. Пациенты были разделены на две группы. У 13 пациентов 1-ой группы, анестезия проводилась с помощью форана; у 12-й больных 2-ой группы, наркоз поддерживался анестетиком севоран. Вводный наркоз у пациентов обеих групп осуществляли внутривенным болюсным введением рекофола со скоростью 40 - 60 мг/мин. ИВЛ осуществляли наркозным аппаратом Сафер (Япония). Параметры гемодинамики оценивали неинвазивно с помощью кардиомонитора МИТАР – 01- «Р-Д» (Россия).

Поддержание анестезии в обеих группах проводили рекофолом, который вводился дозатором SEP - 10S в дозе 15-25 мл/ч параллельно проводили ингаляцию анестетиков. У больных 1-ой группы проводили фораном в концентрации 0,3 – 0,5 МАК. Во 2-ой группе поддержка анестезии осуществлялась ингаляцией паров севорана в концентрации 0,8 - 1,0%. Центральную анальгезию проводили введением фентанила в субнаркозных дозировках. Миоплегию, как в первой, так и во второй группах, поддерживали введением

ардуана. Ингаляцию анестетика в обеих группах прекращали за 10-15 мин до наложения последних швов на рану.

**Результаты исследований и их обсуждение.**

В начале операций у всех больных отмечено умеренное повышение АДср. и ОПСС при субнормальных значениях показателей производительности миокарда. Частота сердечных сокращений имела адекватную динамику к снижению, причем степень данных изменений вначале и в ходе основного этапа операции ни в одном случае не выходила за пределы уровня ЧСС, обеспечивающего адекватную гемодинамику. Величина систолического артериального давления в обеих группах, исходно была повышенной до средней величины  $142 \pm 6$  мм рт.ст.. На фоне вводного наркоза она имела динамику к снижению до  $127 \pm 5$  мм рт.ст., а в ходе оперативного вмешательства снижалась в среднем до  $119 \pm 4$  мм рт.ст., и ни в одном из случаев не была меньше 100 мм рт.ст.. В конце операции наблюдалась адекватная тенденция к повышению АД, не достигающему, тем не менее, исходных значений. Остальные показатели кровообращения у исследуемых пациентов после лапаротомии достоверно не отличались ни от предоперационных, ни от аналогичных нормативных значений.

**Вывод.**

При комбинированной анестезии с использованием рекофола в сочетании с фораном и севораном показатели гемодинамики сохранялись в пределах нормативных значений, ввиду менее выраженных гемодинамических сдвигов, что позволяет ее применять при хирургических вмешательствах у больных, страдающих ИБС и АГ.

**Литература:**

1. Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. Возраст и осложнения - причины риска оперативного лечения // Материалы 9 конференции хирургов - гепатологов России и стран СНГ. – С. - Петербург. – 2002. – С. 91
2. Евгенов О. Анестезия для пожилых. // Освежающий курс лекций. – 1993. – С. 103.
3. Летенков В.Н. Прогнозирование риска операций «малых доступов» у больных желчнокаменной болезнью: Автореф. дис. канд. мед. наук. ММА им. И.М.Сеченова. – 1998. – С. 20.
4. Cantillo J., Goldberg M.E., Larijani G.E. // Pharmacotherapy. – 1997. – Vol. 17. – P. 779 - 782.
5. Фрид М., Грайнс С. // Кардиология в таблицах и схемах. Пер. с англ. – М.: Практика. – 1996. – 736 с.