

применением лазерного фотофореза бальнеологического средства «Эльтон (гель)» отмечено не было.

5. Применение на втором этапе лечения комплекса из двух дополнительных методов терапии — лазерного фотофореза бальнеологического средства «Эльтон (гель)» позволило добиться максимального эффекта и привести к снижению доли женщин с повышенными уровнями всех исследованных цитокинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василькова Е. В., Тетюлина Ф. К., Жуковская И. Г. Использование различных методов лечения хронического неспецифического цервицита // Материалы X юбилейного Всероссийского форума «Мать и дитя». — М., 2009. — С. 270.

2. Кондриков Н. И. Экзо и эндоцервицит: морфологические аспекты // Поликлиническая гинекология / Под ред. В. Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — С. 47—51.

3. Жаркин Н. А., Симонян А. В. Бальнеологические средства озера Эльтон: Информационное письмо. — Волгоград, 2006. — 37 с.

4. Ковалев М. И. Низкоинтенсивное и высокоэнергетическое лазерное излучение в акушерстве и гинекологии. — М.: Техника, 2000. — С. 6—138.

5. Манухин И. Б., Крапошина Т. П., Захарова Г. П. // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 4. — С. 38—41.

6. Прилепская В. Н., Кондриков Н. И., Гогаева Е. В. Патология шейки матки // Практическая гинекология: Клинические лекции / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. — 3-е изд., доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 9—39.

7. Щетинина Т. А., Жаркин Н. А., Симонян А. В. // Вестник ВолГМУ. — 2007. — № 4. — С. 15—17.

8. Ярилин А. А. Особенности функционирования системы цитокинов. Цитокиновая сеть // Иммунология: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 203—206.

Контактная информация

Лемякина Елена Викторовна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: elenalemyakina@mail.ru

УДК 617.7-089

НОВЫЙ ДОСТУП ПЕРИБУЛЬБАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В. П. Фокин, М. А. Лопатин, И. А. Розыев, Е. Н. Куксёнок, И. А. Стяжкова, О. В. Макеев

Волгоградский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Фёдорова»

Перибульбарная анестезия в сочетании с седацией при выполнении оперативного вмешательства создает благоприятные условия для работы хирурга. Создается стойкий обезболивающий эффект, который длится до 6 часов, обеспечивая отсутствие болевых ощущений любой интенсивности, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Новый доступ технически прост в исполнении, не требует проведения дополнительных обезболивающих инъекций.

Ключевые слова: перибульбарная анестезия, обезболивающий эффект, офтальмологические операции.

NEW ACCESS-SITE PERIBULBAR ANESTHESIA IN OPHTHALMIC SURGERY

V. P. Fokin, M. A. Lopatin, I. A. Rozyev, E. N. Kuksyonok, I. A. Styazhkova, O. V. Makeev

Peribulbar anesthesia combined with sedation applied in course of ophthalmic surgery creates favorable conditions for surgical work. A long-term sustained anesthetic effect lasting for up to 6 hours is achieved providing analgesia both during the surgery and in the early postoperative period. The proposed technique is simple to perform, and it does not require any accessory injections of anesthetic.

Key words: peribulbar anesthesia, anesthetic effect, ophthalmic surgery.

В настоящее время значительная часть офтальмологических операций проводится под местной анестезией. Широко применяются регионарные блокады, которые дают длительный и хороший обезболивающий эффект. При этом введение сильнодействующих препаратов, в том числе и анальгетиков центрального дей-

ствия, сводится к минимуму, а в некоторых случаях это позволяет обходиться без них [1—3]. Выполнение регионарных блокад особенно требуется при операциях по поводу отслойки сетчатки из-за их продолжительности и травматичности, а также при вторых этапах такого типа операций, когда невозможно провести рас-

пространственную субтеноновую анестезию из-за наличия циркулярной пломбы.

Проведение местной анестезии позволяет исключить интра- и послеоперационный болевой синдром.

До настоящего времени при оперативном лечении отслойки сетчатки стандартно применяют блокаду крыло-небного ганглия и акинезию [1]. Недостатком данного способа является умеренный обезболивающий эффект. Кроме того, в известном способе при выполнении анестезии вводят большое количество (до 10 мл) раствора местного анестетика.

В связи с этим возникает необходимость разработки новых доступов и способов регионарных блокад. Новый способ должен быть прост в исполнении, обеспечивать длительную анестезию с хорошим обезболивающим эффектом, обладать минимальным количеством возможных осложнений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработать новый доступ перibuльбарной анестезии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 200 пациентов в возрасте от 40 до 73 лет, которым выполнялись многоэтапные операции по поводу отслойки сетчатки.

Пациенты были разделены на две равные группы. В первой группе (100 пациентов) проводилась блокада крыло-небного ганглия и акинезия по стандартной методике [2] — контрольная группа.

Во второй группе (100 пациентов) выполняли перibuльбарную анестезию новым доступом. Целью разработанного доступа является подведение раствора анестетика к зрительному каналу и верхней глазничной щели орбиты. При данном доступе игла в конечной точке располагается между мышечным конусом и верхней глазничной щелью. В этом месте [3] выходят основные двигательные и чувствительные нервы орбиты. Создается депо анестетика рядом со зрительным нервом, цилиарный узлом, глазодвигательными нервами и первой ветвью тройничного нерва.

Техника выполнения анестезии:

1. Пациент укладывается на спину. Голова лежит на затылке. Глаза закрыты. Указательным пальцем левой руки определяется лобная вырезка, расположенная по верхнему краю орбиты.

2. Проводится асептическая обработка кожи верхнего века с захватом надглазничной области.

3. Вкол иглы производится напротив лобной вырезки под верхний край орбиты в область складки верхнего века. Для выполнения инъекции используется игла диаметром 25 G длиной 45 мм.

4. Игла продвигается под углом 90 градусов к поверхности кожи по касательной главному яблоку на глубину 30—35 мм. По ходу продвижения угол введе-

ния иглы не изменяется. После погружения иглы на заданную глубину вводится 2—3 мл 2%-го ультракаина. В таком же положении игла выводится обратно.

5. После выполнения инъекции марлевым валиком осуществляется давление по всей длине складки верхнего века для лучшего распределения анестетика в течение 3—5 минут.

Критериями правильно выполненной анестезии являются: неполное смыкание век, птоз, офтальмоплегия или ограничение движений глазного яблока, расширенный зрачок, отсутствие чувствительности в области распределения первой ветви тройничного нерва и цилиарного узла, небольшой экзофтальм. После проведения анестезии может наблюдаться выбухание верхнего века из-за перераспределения анестетика в парабульбарной клетчатке. Выполнять хирургическое вмешательство можно через 5 минут после выполнения перibuльбарной анестезии.

На данный способ «Перibuльбарная анестезия при офтальмологических операциях» получен патент на изобретение № 2408393 от 17.08.10 г.

В первой группе дополнительно к выполненной блокаде проводилась седация и обезболивание во время операции внутривенным введением смеси из наркотических анальгетиков, нейролептиков и седативных препаратов, используя стандартные дозировки с учетом массы и возраста.

Во второй группе после выполнения анестезии вводились только седативные препараты.

При высоком артериальном давлении (АД), по мере необходимости, в обеих группах вводились гипотензивные средства центрального действия или ганглиоблокаторы. Оценка степени обезболивания проводилась по следующим показателям: значениям систолического и диастолического АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС), по степени насыщения крови кислородом (SpO_2), а также на основании опроса пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средние значения гемодинамических показателей на разных этапах операции у пациентов первой группы представлены в табл. 1.

Из таблицы видно, что наблюдались значительные колебания показателей АД и ЧСС в сторону их увеличения.

Данные опроса пациентов о достаточности выполненной анестезии, которые проводились на следующий день после операции и оценивались по 5-балльной шкале, представлены в табл. 2.

Почти все пациенты первой группы отмечали выраженный болевой синдром. Соответственно были выставлены оценки удовлетворительно и неудовлетворительно. В пяти случаях операция не могла быть продолжена по причине сильного болевого синдрома, что потребовало переход на эндотрахеальный наркоз.

Средние значения гемодинамических показателей на разных этапах операции в первой группе, $M \pm m$

Параметры	Этапы операции					
	рассечение конъюнктивы	выделение мышц	постановка портов	витрэктомия	ушивание конъюнктивы	рассечение конъюнктивы
АД систол., мм рт. ст.	130,0 ± 0,6	150,0 ± 1,5	170,0 ± 0,7	140,0 ± 0,9	150,0 ± 0,6	130,0 ± 0,6
АД диаст., мм рт. ст.	80,0 ± 0,5	100,0 ± 1,5	120,0 ± 0,5	80,00 ± 0,86	90,0 ± 0,5	80,0 ± 0,5
ЧСС, уд. в мин	80,00 ± 0,95	95,00 ± 0,75	110,0 ± 0,8	90,0 ± 0,6	85,00 ± 0,55	80,00 ± 0,95
SpO ₂ , об. %	95,0 ± 0,1	92,00 ± 0,15	90,0 ± 0,1	90,00 ± 0,25	95,00 ± 0,25	95,0 ± 0,1

На основании полученных данных можно сделать вывод, что выделение глазодвигательных мышц и постановка портов у контрольной группы пациентов сопровождались наиболее выраженным болевым синдромом, несмотря на введение наркотических анальгетиков в дополнение к проведенной блокаде.

Совершенно другая клиническая картина наблюдалась у пациентов второй группы. Средние значения гемодинамических показателей на разных этапах операции у пациентов второй группы представлены в табл. 3.

У данных пациентов в течение всей операции отмечались более стабильные показатели АД, ЧСС и SpO₂. Колебания значений были незначительными. В данной группе все операции проводились с применением седативных препаратов без применения наркотических анальгетиков. При необходимости вводились гипотензивные средства. Различия между средними значениями показателей системной гемодинамики: АД систол., АД диаст. и ЧСС в первой и во второй группах на всех этапах операции было статистически достоверным ($t > 2,0$; $p < 0,05$).

Различия между средними значениями показателя SpO₂ в первой и во второй группах было статистически достоверным на основных этапах операции: выделение глазодвигательных мышц, постановка портов и витрэктомии.

По результатам опроса 90 % пациентов поставили оценку отлично (табл. 2).

Различия между средними значениями оценки эффективности анестезии у пациентов первой и второй групп по результатам опроса статистически достоверно ($p < 0,001$).

Средняя продолжительность операции в первой группе составила ($51 \pm 0,35$) мин, во второй группе — ($42 \pm 0,5$) мин. Различия между средними значениями статистически достоверно ($t = 14,7$; $p < 0,05$).

Анестезия сохранялась у пациентов второй группы до 6 часов, что позволило им комфортно себя чувствовать как во время проведения операции, так и после нее.

Таким образом, перибульбарная анестезия в сочетании с седацией при выполнении оперативного вмешательства создает более благоприятные условия для работы хирурга. Если по ходу вмешательства меняется тактика хирургического лечения, оператор становится независим от времени действия анестезии, создается стойкий обезболивающий эффект, который длится до 6 часов, обеспечивает отсутствие болевых ощущений любой интенсивности, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таблица 2

Результаты опроса пациентов об эффективности перибульбарной анестезии, $M \pm m$

Средняя оценка эффективности анестезии пациентами по 5-балльной шкале	Контрольная группа	Исследуемая группа
		2,40 ± 0,03

Таблица 3

Средние значения гемодинамических показателей на разных этапах операции у пациентов второй группы, $M \pm m$

Параметры	Этапы операции					
	рассечение конъюнктивы	выделение мышц	постановка портов	витрэктомия	ушивание конъюнктивы	рассечение конъюнктивы
АД систол., мм рт. ст.	120,0 ± 0,3	110,00 ± 0,35	110,00 ± 0,24	100,00 ± 0,25	110,00 ± 0,27	120,0 ± 0,3
АД диаст., мм рт. ст.	60,00 ± 0,25	60,0 ± 0,3	60,00 ± 0,24	50,00 ± 0,23	60,00 ± 0,25	60,00 ± 0,25
ЧСС, уд. в мин	70,00 ± 0,27	55,00 ± 0,25	60,0 ± 0,3	55,00 ± 0,22	60,0 ± 0,3	70,00 ± 0,27
SpO ₂ , об. %	95,0 ± 0,1	95,0 ± 0,1	95,00 ± 0,09	95,0 ± 0,1	95,00 ± 0,09	95,0 ± 0,1

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Выполнение перibuльбарной анестезии с использованием нового доступа позволяет получить стойкий обезболивающий эффект, при этом отсутствует риск серьезных осложнений.

2. Разработанный метод выполнения перibuльбарной анестезии не требует проведения дополнительных обезболивающих инъекций, прост в исполнении.

3. Выполнение перibuльбарной анестезии с использованием нового доступа легко переносится пациентами. Обезболивание наступает в течение первых пяти минут.

4. Разработанный метод выполнения перibuльбарной анестезии обеспечивает анестезию до 6 часов, что позволяет пациенту комфортно себя чувствовать как во время проведения операции, так и после нее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малрой М. Местная анестезия. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. — 301 с.
2. Микрохирургия стекловидного тела и сетчатки: иллюстрированное руководство / Стив Чарльз, Хорхе Кальсада, Байрон Вуд; пер. с англ.; под ред. проф. А. Н. Самойлова. — М., 2012. — С. 73—79.
3. Тахчиди Х. П., Сахнов С. Н., Мясников В. В., Голенко-Ярошенский П. А. Анестезия в офтальмологии. — М.: МИА, 2007. — 552 с.

Контактная информация

Лопатин Михаил Александрович — врач-ординатор отделения анестезиологии и реанимации Волгоградского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, e-mail: m.lopatin@isee.ru

УДК 616.36-002:616.98-097-022

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

И. В. Макарова, Е. А. Иоанниди

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной*

Рассмотрены особенности клинико-лабораторного течения хронического гепатита С у ВИЧ-инфицированных пациентов. Установлено, что хронический гепатит С как ко-инфекция ВИЧ/СПИД имеет особенности клинико-лабораторных проявлений. Анализ биохимических показателей у больных хроническим гепатитом С выявил их зависимость от стадии ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: хронический гепатит С, ВИЧ-инфекция, ко-инфекция.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF CHRONIC HEPATITIS C IN HIV-INFECTED PATIENTS

I. V. Makarova, E. A. Ioannidi

In this article we consider the features of clinical and laboratory course of chronic hepatitis C in HIV-infected patients. It is established that chronic hepatitis C as a co-infection of HIV/AIDS, shows features of clinical and laboratory manifestations. An analysis of biochemical indices in patients with chronic hepatitis C has revealed their dependence on the stage of the HIV infection.

Key words: chronic hepatitis C, HIV-infection, co-infection.

Проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа остается по-прежнему актуальной как в Российской Федерации, так и в Волгоградской области в частности [4]. Значительное место в общей патологии в нашей стране и за рубежом занимает вирусный гепатит, который наносит обществу существенный социально-экономический ущерб. Из известных в настоящее время типов вирусов гепатита человека (А, В, С, D, E, G, ТТ) особого внимания заслуживает гепатит С, отличающийся высоким потенциалом хронизации процесса с исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному [1, 2]. Занимая скромное

место в этиологической структуре острых вирусных гепатитов, он привлекает к себе пристальное внимание ввиду доминирующего положения среди гепатитов с парентеральным путем передачи, в том числе посттрансфузионных гепатитов. По некоторым оценкам до 500 млн человек во всем мире имеют хроническую HCV-инфекцию, которая приобретает все более выраженный социальный характер, с особой интенсивностью вовлекая в эпидемический процесс лиц в возрасте от 15 до 30 лет, что во многих случаях связано с внутривенным введением наркотических средств [3, 5].