

осуществлялось изофлураном в сочетании с кислородно-закисной смесью. Поток свежего газа 1 л/мин. Соотношение закиси азота и кислорода 1:1. Концентрация изофлурана 1–2,5 об.% до достижения одного МАК. Анальгезия достигалась путем повторного введения фентанила 0,05 мг/кг через каждые 25 мин, дальнейшая миорелаксация поддерживалась введением эсмерона в дозе 0,1 мг/кг каждые 15 мин. Окончание анестезии: за 15–20 мин до окончания операции прекращалось введение эсмерона и фентанила. По окончании операции останавливалась подача закиси азота и изофлурана. По мере восстановления адекватного спонтанного дыхания, появления вербального контакта с больным производилась экстубация пациента. После повторного контроля за адекватностью самостоятельного дыхания и уровнем сознания больной через 5–10 мин отправлялся в палату.

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 — Средние интраоперационные показатели, полученные в ходе исследования

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Фентанил (мкг/кг)	3,15	2,58	4,12
МОД (л/мин)	7,4	7,02	7,5
ДО (мл)	574	536	583
ЧД (в мин)	14,2	13,3	14,6
Кислород в свежем газе (л/мин)	0,64	0,55	1,23
Закись азота (л/мин)	0,71	0,55	3,23
Изофлуран (об.%) для достижения одного МАК	0,84	0,62	0,98
FiO ₂ (%)	45	50	38
EtCO ₂ (мм рт. ст.)	38	39,5	40,2
ЧСС (уд/мин)	91	80	96
САД (мм рт. ст.)	94,02	89,74	98

Выводы

1. Центральным альфа-адреномиметик клофелин обладает собственным анальгетическим и седативным эффектом, а так же способностью устранять ноцицептивные сдвиги гемодинамики при внутривенном пути введения.

2. Клофелин как компонент общей анестезии при внутривенном пути введения уменьшает расход опиоидных анальгетиков — фентанила — при начальной дозе 1,1–2,2 мкг/кг массы тела пациента на 24 и на 39 % соответственно по сравнению с контрольной группой.

3. Клофелин при внутривенном пути введения в качестве компонента премедикации снижает прессорную реакцию на интубацию.

4. Клофелин в составе анестезиологического пособия обеспечивает эффективную нейровегетативную защиту пациента от операционного стресса с сохранением компенсаторных реакций системы кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геодакян, О. С. Клиническое использование клонидина (клофелина) в анестезиологии / О. С. Геодакян, Л. Е. Цыпин // Вестник интенсивной терапии. — 2000. — № 4. — С. 76–81.
2. Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — М.: Новая волна, 2007. — С. 447.
3. Тараканов, А. В. Фармакологические аспекты клинического применения клофелина в анестезии / А. В. Тараканов // Анест. и реаниматол. — 1991. — № 6. — С. 71.
4. Toshiki, Mizobe New Drugs in Anaesthesia / Mizobe Toshiki, Mervyn Maze. — 1995. — Vol. 33, № 1. — P. 81–103.
5. Prys-Roberts C. // Anesthesiology. — 2000. — Vol. 92, № 3. — P. 901–902.

УДК 618.2:617.575

СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА У БЕРЕМЕННЫХ

Клименков А. А., Карнаушенко В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром запястного канала (СЗК) — мононейропатия срединного нерва, развивающаяся в результате его сдавления под поперечной связкой запястья, составляющая около 90 % всех

туннельных нейропатий [1]. При сдавлении нерва в канале или туннеле развивается локальное повреждение миелиновой оболочки, что приводит к снижению скорости проведения возбуждения по нерву в области компрессии. Длительная компрессия нерва приводит к необратимым последствиям и дегенерации его волокон с последующей неврогенной атрофией мышц и стойкой потерей функции.

Впервые СЗК при беременности описал в 1945 г. F. Walshe, с того времени СЗК был признан осложнением беременности, причем распространенность его составляет около 62 %. Данное заболевание проявляется, как правило, в третьем триместре, но также встречается в течение первого триместра беременности [2].

Данная тема актуальна, так как лишь малая часть беременных женщин получают рекомендации или лечение, которые чаще всего сводятся к назначению витаминов, препаратов кальция и рекомендации употребления молока.

Цель

Анализ и систематизация исследований синдрома запястного канала у беременных.

Материал и методы исследования

Изучение публикаций по данной теме.

Результаты исследования и их обсуждение

Патогенез СЗК заключается в совокупности механической травматизации, повышенного внутритуннельного тканевого давления и ишемического поражения срединного нерва внутри канала. При повторяющейся механической микротравматизации срединный нерв подвергается демиелинизации, которая сначала развивается в месте компрессии, а затем может распространяться вдоль нерва, что в результате приводит к нарушению нервной проводимости. В условиях длительной компрессии нарушается кровоток в нерве и параневральных тканях. Вследствие этого возникают ишемия и гипоксия тканей с последующим увеличением капиллярно-тканевой проницаемости, выходом в межтканевое пространство мелкодисперсных белков, развитием отека и набуханием нерва, а также тканей внутри туннеля. Образуется порочный круг, включающий венозную застой, ишемию и локальные метаболические изменения [1].

Клиническая картина СЗК, ассоциированного с беременностью, проявляется возникновением онемения, болевых и безболевых парестезий, более редко — жжения, зуда, болезненного ощущения холода в области I–III и половины IV пальца руки, трофических изменений кожи, ногтей, синдрома Рейно. Симптомы провоцируются определенными действиями, такими как держание книги при чтении, при письме, ношение сумки, усиливаются по ночам, обычно уменьшаются при встряхивании кистями. При прогрессировании заболевания возникают слабость и атрофия мышц тенара. Пациенты с СЗК нередко жалуются на ощущение «отечности» пальцев при объективном отсутствии отеков. Возможно возникновение ноющей боли в запястье, иррадиирующей вдоль предплечья или плеча, — феномен Валлекса. Некоторые авторы сообщают о том, что онемение и парестезии в дневное время — наиболее частый симптом у беременных, в отличие от СЗК в общей популяции, для которого типичны ночные онемение и парестезии [2].

Золотым стандартом при исследовании функции срединного нерва является электронейромиография (ЭНМГ и ЭМГ), при котором наблюдается снижение амплитуды С-ответа менее 12 мкВ; удлинение дистальной латентности М-ответа (более 4,2 мс) и снижение скорости проведения по моторным волокнам (СПИэфф.) менее 48 м/с.

Сравнительно недавно, повсеместно используется ультразвуковое исследование (УЗИ); признаками наличия компрессионно-ишемического синдрома являются: утолщение срединного нерва проксимальнее карпального канала, уплощение или уменьшение толщины нерва в дистальном отделе карпального канала, снижение эхогенности нерва до входа в канал, утолщение и повышение эхогенности связки-удерживателя сгибателей [3].

Варианты лечения зависят от тяжести заболевания. В первую очередь оно основывается на изменении образа жизни: уменьшение количества монотонных движений, соблюдение режима труда и отдыха, использование альтернативы для повторяющихся движений, использование специальных шин.

Медикаментозное лечение может включать введение глюкокортикостероидов в прокцию запястного канала, которое дает положительный эффект в 80 % случаев, но этот вид терапии для женщин в период беременности или лактации весьма спорен ввиду возможных побочных эффектов у матери и негативного влияния на ребенка. При тяжелой выраженности симптомов, неэффективности консервативного лечения рекомендуется хирургическое лечение, которое на сегодняшний день используется крайне редко. В более 90 % случаев после операции отмечается положительный эффект [4].

На сегодняшний день возможна перспектива использования метода лечения поляризованным полихроматическим некогерентным светом (Bioptron). По результатам исследований Европейского университета Кипра, которые показывают, что свет Bioptron является надежным, безопасным и эффективным вариантом лечения у беременных с СЗК, но для установления абсолютной и относительной эффективности этого вмешательства необходимы контролируемые клинические испытания [5].

Выводы

Распространенность СЗК относительно высока у беременных женщин. Раннее выявление симптомов СЗК у беременных женщин играет важную роль, поскольку оно позволяет своевременно выбрать тактику лечения, которое в большинстве случаев снижает вероятность прогрессирования и рецидивов при повторной беременности, и улучшает качество жизни во время и после беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гильвег, А. С.* Синдром запястного канала / А. С. Гильвег, В. А. Парфенов // Доктор.Ру. — 2017. — № 1 (130). — С. 30–34.
2. Синдром запястного канала в послеродовом периоде / И. А. Строков [и др.] // Неврологический журнал. — 2013. — № 3. — С. 43.
3. Современные методы диагностики синдрома запястного канала / Н. В. Заболотских [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. — № 5 (154). — С. 135–136.
4. *Kim Edward.* Carpal Tunnel Syndrome / Kim Edward, Wayne Cestia // American Family Physician. — 2011. — Vol. 8. — P. 957–958.
5. *Dimitrios, S.* Treatment of Carpal Tunnel Syndrome in pregnancy with Polarized Polychromatic Non-coherent Light (Bioptron Light) / S. Dimitrios, L. Stasinopoulos // A Preliminary, Prospective, Open Clinical Trial. — 2017. — Vol. 26 (4). — P. 289–295.

УДК 616.235-007.17

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ

Климович Н. С., Палий Д. Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Кривицкая

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — это хроническое заболевание легких, которое развивается у новорожденных, преимущественно недоношенных, обычно получавших оксигенотерапию и нуждавшихся в искусственной вентиляции легких.

В настоящее время БЛД является наиболее распространенной формой среди хронических заболеваний легких у детей раннего возраста. Средняя частота данной патологии у детей с массой тела при рождении менее 1000 г составляет 15–44 %, 1000–1500 г — 3–16 %, свыше 2000 г — 1 %. Заболевание может встречаться у доношенных детей после тяжелых легочных заболеваний, но значительно реже, чем у недоношенных.

Основными факторами, способствующими формированию БЛД, является незрелость структур легких, волюмотравма и баротравма, а также пролонгированная оксигенотерапия. Недостаточная осведомленность педиатров о данной патологии, угроза инвалидизации пациентов, сложности диагностики и определения тактики лечения, все это придает проблеме БЛД не только большую медицинскую, но и социальную значимость.