

спонтанного дыхания и ингаляционной поддержкой кислорода. Седацию проводили с помощью субнаркозных доз кетамина (0,5-1 мг/кг/ч) и транквилизаторов (сибазон 0,1-0,2 мг/кг).

Установлено, что уровень сенсорного блока достигал за счет спинального компонента КСЭА $Th_4 \pm 1$ сегмента, эпидуральный компонент обеспечивал наличие сенсорного блока до $Th_4 \pm 1$ сегмента, что являлось достаточным и необходимым для проведения оперативного лечения с возможной ревизией всей брюшной полости. Моторный блок соответствовал 3 баллам по шкале Бромейджа в 100% случаев. Адекватность анестезии по ШВО: в 90% соответствовала - 0 баллам, в 7% - 1 балл, в 3% - 2 балла. После введения анестетика субарханоидально через 3-7 мин развивалась сенсорная и моторная блокады, достигавшие уровня Th_6 - Th_7 за счет спинального компонента, а через 10-15 мин после эпидурального введения анестетика развивалась сенсорная блокада, достигавшая уровня Th_5 - Th_4 , что обеспечивало адекватную анестезию выше уровня диафрагмы. Продолжительность операций составляла $139 \pm 4,3$ мин. Длительность спинального компонента составляла 3,5-4,5 ч, а у эпидурального компонента остаточная аналгезия сохранялась до 18-24 ч. При проведении КСЭА в 40% случаев отмечалось снижение артериального давления. Максимальная степень снижения АД сред. соответствовала $35 \pm 5\%$ от исходного. Гипотензия во всех случаях оставалась управляемой. Умеренная брадикардия возникала в 10% случаев и легко купировалась введением атропина. Какой-либо выраженной депрессии дыхания при нахождении на спонтанном режиме не отмечалось. Симпатическая блокада, достигнутая при помощи КСЭА, позволяла блокировать проявления хирургического стресс-ответа, что подтверждалось стабильным уровнем гемодинамики, а уровень кортизола и глюкозы крови не превышал пределы физиологических значений в сравнении с исходными на всех этапах операции и в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, КСЭА обеспечивает высокие показатели «качества», быстроту наступления и длительность анестезии, надежную нейровегетативную защиту, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Она позволяет оптимизировать гемодинамические показатели за счет предотвращения активации симпатоадреналовой системы и снизить интраоперационную кровопотерю до 50% за счет управляемой гипотензии; осуществлять адекватное послеоперационное обезболивание, способствующее ранней активации пациентов. Продленная эпидуральная анестезия оказывает выраженное положительное влияние на моторику ЖКТ, способствуя раннему началу энтерального питания пациентов. Применение патогенетически обоснованной комбинации препаратов спинально позволило пролонгировать эффект анестезии и моторного блока за счет синергизма и принципа мультимодальности без возникновения побочных эффектов.

Анализ патоморфологических изменений тканей лоханки почки под воздействием различных по минеральному составу мочевых камней

*Шкуратов С. И., Моисеенко Т. Н., Феофилов И. В, Малкова Е. М.,
Анчаров А. И., Низский А. И.*

Областное государственное учреждение здравоохранения "Государственная Новосибирская областная клиническая больница"

Институт катализа имени Г. К. Борескова СО РАН, г. Новосибирск
Новосибирский государственный медицинский университет.

Цель и предмет исследования: Морфологические изменения в почке при мочекаменной болезни недостаточно изучены. Большинство работ посвящено патолого-анатомическим исследованиям, в то время как нашей целью являлось изучение нефробиоптатов.
Материалы и методы: Пункционная нефробиопсия во время открытых оперативных вмешательств. Биоптаты почечной лоханки фиксировали в 4%-ом растворе параформаль-