## ПРЕМЕДИКАЦИЯ: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Пащенко А.С., Миронченко С.И.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, e-mail: tana_zv@list.ru*

Успехи хирургического вмешательства во многом определяются качеством анестезиологического пособия, важной частью которого является премедикация. Под премедикацией понимают медикаментозную подготовку больных к общей анестезии, направленную на устранение страха и беспокойства, связанных с предстоящей операцией. Премидикация необходима для решения следующих задач: снижение эмоционального возбуждения; нейровегетативная стабилизация, снижение реакций на внешние раздражители, создание оптимальных условий для действия анальгетиков, профилактика аллергических реакций на средства, используемые при анестезии, уменьшение секреции желез. Основу премедикации составляет надёжная защита больного от предоперационного эмоционального стресса, следствием которого является активация симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, гипердинамические реакции кровообращения, активация дыхания и разных видов метаболизма, особенно углеводного.

Для обеспечения указанных выше основных компонентов премедикации в анестезиологии применяют такие группы фармакологических средств: транквилизаторы (диазепам, оксазепам) как ведущие средства, оказывающие снотворное, противосудорожное, гипнотическое, антитревожное, амнестическое и потенцирующее действие общих анастетиков; снотворные препараты (фенобарбитал, нитразепам, флунитразепам); нейролептики (галоперидол, дроперидол), проявляющие успокаивающее, противорвотное, гипотензивное и потенцирующее действие наркотических анальгетиков и средств для наркоза, антигистаминные средства (дифенгидрамин, хлоропирамин), обладающие противоаллергическими, седативными и снотворными свойствами; наркотические анальгетики (тримеперидин, морфин), оказывающие протиболевой, седативный и снотворный эффекты, холинолитические средства (атропин), блокирующие вагусные рефлексы и тормозящие секрецию желез.

Таким образом, эффективная премедикация с использованием фармакологических веществ разных групп уменьшит вероятность интра- и послеоперационных осложнений, снизит эмоциональное возбуждение, обеспечит нормальный контакт и манипуляции с больным, стабильную анестезию.

## СПОСОБЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Попова Л.А., Горбунов А.В.

*Тамбовский государственный технический университет, Тамбов, e-mail: popovaluda22@rambler.ru*

Самый высокий риск для жизни, здоровья и развития человека сопряжён с ранними этапами онтогенеза – пренатальным и ранним неонатальным, когда вмешательство множества повреждающих агентов может повлиять на жизнеспособность и пожизненное здоровье человека. Подавляющее большинство заболеваний бронхолегочной системы в раннем неонатальном периоде и многие болезни в более старшем возрасте представляют собою пролонгированную патологию эмбриона и плода, что требует от пренатологов и неонатологов глубокого знания закономерностей и патологии внутриутробного развития.

В последние годы существенную помощь в оценке состояния бронхолегочной системы новорожденного стали оказывать результаты ультразвукового обследования в различные сроки беременности и непосредственно перед родами. Применение эхографии позволило в подавляющем большинстве случаев своевременно диагностировать различные врожденные пороки развития легких плода, определить их прогностическую значимость и выбрать оптимальную тактику ведения беременности, родов и периода новорожденности.

Формирование легких – это длительный процесс, который начинается в самые ранние сроки беременности и продолжается в течение нескольких лет после рождения.

Любой патологический процесс, затрагивающий такой жизненно важный орган как легкие и обнаруженный в дородовом периоде, до недавнего времени воспринимался специалистами как абсолютное показание к прерыванию беременности. Еще 10 лет назад все руководства по ультразвуковой диагностике рекомендовали предлагать прерывание беременности по медицинским показаниям при наличии у плода любого патологического процесса в легких. Результаты работ последних лет показали, что интенсивное развитие легких продолжается на поздних этапах пренатального периода, поэтому часть образований, изначально расцениваемых как грубые пороки развития, может исчезать.

С внедрением новой ультразвуковой техники в настоящее время расширяются возможности изучения кровотока при поражениях легких у плода.

Легкие плода становятся доступными для ультразвукового исследования уже в конце I триместра беременности. При поперечном сечении легкие плода в ходе двухмерной эхографии выглядят как образования средней эхогенности, располагающиеся справа и слева от сердца. Ткань легких заполняет грудную клетку и поэтому по размерам грудной клетки можно достаточно достоверно судить о размерах легких. Дополнительным критерием в оценке размеров грудной клетки и легких может служить отношение окружности грудной клетки к окружности живота, которое в норме во второй половине беременности является стабильным и составляет в среднем 0,89.

Ультразвуковая оценка трех стандартных размеров легких (высота, толщина, ширина) позволяет рассчитать объем легких.

Ультразвуковые исследования выполняются приборами, оснащенными датчиками частотой 3,5; 5,0 и 7,5 МГц и стандартизированными в соответствии с требованиями по безопасности, предъявляемыми Международной электротехнической комиссией. На 13-16-й неделе беременности используются трансвагинальные датчики, в более поздние сроки – трансабдоминальные.

Легкие плода измеряются в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Продольное сканирование проводятся по стандартным анатомическим плоскостям. При продольном сканировании грудной клетки плода определяют длину легкого.

Поперечник (ширину) легкого определяют при поперечном сканировании дистальных отделов грудной клетки. При этом зона сканирования проходит практически над диафрагмой. Точки отсчета ширины легкого располагаются между его наиболее удаленным латеральным краем и зоной примыкания к сердцу слева или справа.

Межреберные промежутки измеряют при продольном сканировании туловища; датчик располагают максимально перпендикулярно к оси ребер. Точки отсчета располагают по центрам соседних ребер, которые на эхограммах имеют вид круглых эхогенных зон, диаметром не более 1-2 мм.

Полученные цифровые показатели группируются по изучаемым параметрам и подвергаются стати-