

УДК 619

ОЦЕНКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА В ВЕТЕРИНАРНОЙ МЕДИЦИНЕ

*Юдич Г. А., Шишова А. Д., студенты 3 курса ФВМиБ,
silova1976@mail.ru*

*Научный руководитель - Мухитов А. З., кандидат
биологических наук, доцент
ФГБОУ ВО Ульяновский ГАУ*

Ключевые слова: *анестезия, анестезиологический риск, интенсивная терапия, ветеринария.*

Работа посвящена оценки анестезиологического риска в ветеринарной медицине. Ветеринарная медицина мелких домашних животных за последние 25 лет развивается очень активно.

Почти каждый врач, будь он хирург, диагност, рентгенолог или терапевт, сталкивается с необходимостью анестезии животных. Определяющим моментом при этом считается правильный методический подход к оценке анестезиологического риска. Именно эти вопросы определяют в дальнейшем всю стратегию анестезии.

Термин «анестезиологический риск» появился в медицине очень давно. Наиболее применяемая схема определения риска разработана в 1973 г. Н. Малиновским. В России впервые эта тема была широко обсуждена в 1994 г. на второй международной конференции по проблемам лечения мелких домашних животных. Там и была представлена систематика объективных факторов с выделением степени риска [1].

В последующие годы данная схема была дополнена и расширена. Операционный риск определяется следующими факторами: анамнез; клинический статус; сопутствующая патология; возраст; объем хирургического вмешательства; время анестезии; квалификация врачей; наличие фармакологических и нелекарственных средств. В предоперационном периоде необходимо собрать детально анамнез, обследовать животное, провести дополнительные исследования, оценить лабораторные данные [2].

Анамнестические данные собираем по общепринятой схеме: «*anamnes vita*» и сопутствующих заболеваний, «*anamnes morbe*», сведения о перенесенных инфекциях, операциях, аллергических реакциях, врожденных заболеваниях, фармакологический анамнез. Клиническое

обследование проводим по общим терапевтическим принципам. Оцениваем кожные покровы, тургор, слизистые оболочки, лимфатическую систему, температуру тела.

При оценке функций дыхательной системы определяем тип дыхания, наличие кашля (сухой характерен для вирусных заболеваний, влажный указывает на хроническую патологию бронхов и легких). Кашель необходимо дифференцировать от трахеального рефлекса. Положительный рефлекс раздражения плевры указывает на плеврит. Обращаем внимание на одышку (характерна для сердечной патологии, анемии). Пальпацию, перкуссию и аускультацию проводим по общим правилам. Определяем частоту дыхания. При необходимости проводим рентген-диагностику. Если есть жидкость в плевральной полости, проводим двусторонний пневмоцентез (по Ниману).

Деятельность сердечнососудистой системы определяем по трем основным составляющим: сердце — насос, обеспечивающий движение крови, кровеносные сосуды — каналы доставки, активно участвующие в гемодинамике, и кровь — носитель кислорода и питательных веществ.

Аускультацию проводят в III, IV, V межреберье слева и в IV межреберье справа. Оцениваем локализацию и силу сердечного толчка. Скорость наполнения капилляров характеризует микроциркуляцию и не должна превышать 2 секунд. Обращаем внимание на одышку (сердечная недостаточность, гиповолемия, анемия). Положительный трахеальный рефлекс свидетельствует о дилатации или гипертрофии отделов сердца, что приводит к застою в легких. Отеки, асцит часто являются признаками сердечной недостаточности. Тахикардия — ранний признак сердечно легочных нарушений. Брадикардии, аритмии, шумы требуют обследования. Оценка периферического пульса проводится на бедренной артерии и позволяет выявить аритмии, дефицит пульса, централизацию кровообращения, гипотензию и гипертензию. Сердечная недостаточность застойного типа повышает риск операции и предопределяет дооперационное применение диуретиков, вазодилататоров гликозидов. Необходимо оценить водно-электролитный баланс и кислотно-щелочное равновесие, гематокрит [3,4].

В дальнейшем оцениваем состояние гепаторенальной системы. Если данных анамнеза и клинического обследования недостаточно, проводим лабораторные анализы крови и мочи, определяя степень повреждения печеночных клеток и ренальной системы. Наиболее показательными при этом являются щелочная фосфатаза, билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ крови, содержание белка и его фракций, креатинин, мочевины.

После вирусного гепатита плановую операцию необходимо отложить на 1-2 месяца. Наибольшую тревогу вызывают животные с желтухой в момент операции [5,6].

Предоперационная подготовка витамин К, викасол, кортикостероиды, гепатопротекторы. При оценке выделительной системы оценивают симптом Пастернацкого, анализ мочи, функциональные пробы. При подозрении почечной недостаточности проводя водную нагрузку и форсируют диурез в виде инфузии маннитола 5-10% или фуросемид 2-4 мг/кг. На основе всех вышеуказанных исследований определяют степень анестезиологического риска, после этого выбирают схему анестезии, пути введения анестетика. Показатели риска необходимо заносить в текущую документацию [7,8,9].

Успех анестезии, реанимации, интенсивной терапии напрямую зависит от правильной оценки состояния пациента, своевременной диагностики критических состояний, выбора анестетика, путей введения и мониторинг, жизненно важных систем. Обобщая все данные нужно сказать, что без адекватной предварительной оценки состояния пациента, невозможно купировать операционные осложнения.

Библиографический список:

1. Шишков, Н.К. Внутренние незаразные болезни: учебное пособие / Н.К. Шишков, А. З. Мухитов, Н.В. Шаронина. – Ульяновск: ГСХА, 2016.-Ч.2.- 218 с.
2. Мухитов, А.З. Клиническая диагностика с основами рентгенологии (Ветеринарная пропедевтика): учебное пособие / А.З. Мухитов, Н. К. Шишков, Н. В. Шаронина. - Ульяновск: УГСХА, 2016.- Ч.1. - 124 с.
3. Казимир, А.Н. Ветеринарная пропедевтика: учебное пособие для студентов высших аграрных учебных заведений, обучающихся по направлениям ветеринарного образования/А.Н. Казимир, Н.К. Шишков, А.З. Мухитов. - Ульяновск: УГСХА, 2013.-188 с.
4. Мухитов, А.З. Активные методы при проведении лабораторно-практических занятий по ветеринарной пропедевтике /А.З. Мухитов //Материалы научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава академии: «Инновационные технологии в высшем профессиональном образовании». - Ульяновск, 2016. - С. 84-86.
5. Дежаткина, С.В. Факторы резистентности у поросят при использовании соевой окары /С.В. Дежаткина, А.З. Мухитов //Материалы 17-й Международной научно-практической конференции: Современные проблемы интенсификации производства свинины в странах СНГ. – Ульяновск, 2010. - Т. 3, 4. - С. 238-243.
6. Дежаткина, С.В. Белые клетки периферической крови поросят при исполь-

зовании соевой окары /С.В. Дежаткина, А.З. Мухитов //Ученые записки Казанской государственной академии ветеринарной медицины им. Баумана. - 2010. - Т. 201. – С. 220-224.

7. Мухитов, А.З. Организация проведения лабораторно-практических занятий по физиотерапии / А.З. Мухитов, Н.В. Шаронина // Материалы научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава академии: «Инновационные технологии в высшем профессиональном образовании». - Ульяновск: УГСХА, 2016. - С. 90-92.
8. Шишков, Н.К. Физиотерапия: учебное пособие для студентов факультета ветеринарной медицины по специальности 111801.65 «Ветеринария»/ Н. К. Шишков, Н.В. Шаронина, А.З. Мухитов. – Ульяновск: ГСХА, 2015. - 124 с.

EVALUATION OF ANESTHETIC RISK IN VETERINARY MEDICINE

Shishova A.D., Yudich G. A.

Key words: *anesthesia, anesthetic risk, intensive care, veterinary.*

The work is devoted to the assessment of anesthetic risk in veterinary medicine. Veterinary medicine of small Pets over the past 25 years is developing very actively.