

ингаляции лечебными травами 1-2 раза у детей, имеющих сопутствующие патологии (бронхит, бронхопневмония).

Вывод: Таким образом, проведение предоперационной подготовки с учетом состояния больных, объема оперативного вмешательства надежно обеспечивает гладкое течение всех этапов обезболивания и ближайшего послеоперационного периода.

Сатвалдиева Э.А., Шакарова М., Ашурова Г.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ «FAST-TRACK АНЕСТЕЗИЯ» У ДЕТЕЙ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день ультрамодная тактика «Fast-Track» достигла и нас детских анестезиологов-реаниматологов. Пришло время менять старые стереотипы, схемы, методы и подходы. Новая концепция «Fast-Track» в хирургии была предложена Н. Kehlet (1993). Fast-Track хирургия (ранняя ускоренная реабилитация после операции) - это поиск и внедрение эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском. Подбор методов анестезии, минимально инвазивных способов оперативного лечения, оптимального контроля боли и активного послеоперационного восстановления в Fast-Track хирургии уменьшает стрессовые реакции и дисфункцию органов, значительно сокращая время, необходимое для полного восстановления пациента.

Цель исследования: внедрение концепция «Fast-Track» в периоперационный этап лечения детей с урологической патологией.

Материал и методы исследования. Исследование проспективно-ретроспективное с информированным согласием родителей (законных представителей ребенка) за период 2014-2019). Опыт применения методики Fast-Track начали с пациентов урологического профиля (грыжи, эпи- и гипоспадии, крипторхизм, гидронефрозы, МКБ почек и мочевого пузыря). Основная группа (N=42) –комбинированная спинальная анестезия.

Группа сравнения (N=50) ретроспективный анализ историй болезни – стандартная терапия периоперационного периода без внедрения Fast-Track (эндотрахеальный наркоз, ТВА). Средний возраст - $11 \pm 2,1$ лет (от 1 года до 15 лет). Мальчиков - 73, девочек - 17. Средняя продолжительность операции $85 \pm 9,7$ мин. Группы исследования однородны по основным критериям (возраст, пол, давность заболевания, сопутствующая патология.) Внедрен Анестезиологический протокол Fast-Track на этапах периоперационного периода.

Предоперационный период:

1. Выбор пациента (индивидуальный: возраст, физический статус ASA I–III без тяжелой сопутствующей патологии, индекс массы тела)

2. Обучение пациента (его родителей или законных представителей) средним медицинским персоналом, включенным в программу Fast-Track: ранняя мобилизация, нахождение в стационаре (до 2 сут), объем и характер хирургических и анестезиологических манипуляций, возможные послеоперационные осложнения, их профилактика и терапия

3. Отказ от очистительной клизмы.

4. Последний прием пищи (прозрачные жидкости) минимум за 2-4 часа до операции.

Интраоперационный период:

1. Интраоперационная инфузия. В среднем 5 мл/кг/ч. Сбалансированные изоосмолярные кристаллоидные растворы (лактат Рингер раствор).

2. Оперативная техника: инвазивное оперативное вмешательство

2. Спинномозговая анестезия:

- Бупивакаин 0,5% 0,3-0,4 мг/кг

- Бупивакаин 0,5% + Фентанил 0,2-1 мкг/кг

Послеоперационный период:

1. 1 сутки после операции - Парацетамол 15 мг/кг 2 раза в сут в/в (по требованию пациента).

2. Переход на пероральные аналгетики со 2 дня (при необходимости)

3. Мульти模альная терапия аналгетиками (по требованию):

-Парацетамол 250-500 мг перорально 4 раза/сут

-Кеторолак трометамин 1 мг/кг

4. Ондансетрон 2 мг в/в каждые 8 ч в течение 24 ч при наличии тошноты

5. Сбалансированные кристаллоиды 60 мл/час в первые сутки. Индивидуальная коррекция ИТ в зависимости от возможных потерь в ближайшем послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение: Анализ обеих групп выявил следующее: в группе сравнения при сопоставимом объеме инфузии чаще использовались коллоидные препараты. Выявлено, что в основной группе, в сравнении с группой сравнения, у пациентов быстрее восстанавливалось спонтанное дыхание, экстубация трахеи проводилась на 21 ± 10 мин против 34 ± 11 минуте после окончания операции, соответственно, $p < 0,05$. У пациентов основной группы в 3 раза меньше развивались послеоперационные легочные осложнения (3 против 9, $p < 0,05$), и отмечено больше пациентов, которые ощущали боль ниже 4 баллов по цифровой рейтинговой шкале ($p < 0,05$) и не нуждались в дополнительном обезболивании наркотическими аналгетиками. В 1 группе – у 83% детей отмечено пробуждение с

сохраняющейся аналгезией, безболевого период длился в среднем до 6 часов, что благоприятно сказывалось на психоэмоциональном состоянии оперированных детей.

Выводы:

1. Комбинированная спинальная анестезия — эффективный метод обезболивания урологических вмешательств с длительной послеоперационной аналгезией.
2. Улучшение качества аналгезии позволило проводить раннюю активизацию, сократить период послеоперационного восстановления, уменьшить отрицательные психоэмоциональные реакции детей, что соответствовало современной технологии Fast-Track.
3. Внедрение программы Fast-Track сопровождалось сокращением сроков госпитализации урологических пациентов в среднем до 2-х суток

Юсупов А.С., Маматкулов И.А.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОДЕ ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Актуальность. Наиболее ответственным этапом анестезиологического обеспечения является период индукции в наркоз, который требует контроля и регуляции центральной гемодинамики и вегетативных сдвигов, которые создают условия обеспечения гладкого течения индукции и последующих этапов анестезии при проведении офтальмологических операций у детей.

Цель: Оценить эффективность анестезии с применением пропофола, фентанила и ингаляцией севофлурана при офтальмологических операциях у детей.

Материал и методы. Исследование проведено у 36 детей в возрасте 3-14 лет при офтальмологических операциях (по поводу катаракты, глаукомы, косоглазия). Больные были разделены на две группы: В первой группе больных индукция в наркоз осуществлялась применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (2,0 мкг/кг). Во второй группе больных индукция осуществлялась с применением пропофола (2,5 мг/кг) и кетамина (4 мг/кг в/в).

Изучали клиническое течение анестезии с мониторингом показателей АДс, АДд, сатурации кислорода. На всех этапах анестезиологического обеспечения проведены исследования состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ), вегетативного баланса методом кардиоинтервалографии (КИГ).