

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ БЛОКАДОЙ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ.

Сатвалдиева Э.А. Шакарова М.У. Исмаилова М.У.
Бекназаров А.Б. Коллас Е.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Проблема выбора варианта оптимального анестезиологического пособия с целью снижения риска развития побочных реакций и осложнений сохраняет свою актуальность, особенно у детей, и далека от своего окончательного решения.

Использование сочетания общей анестезии с регионарными методами при урологических операциях у детей сохраняет интегративную активность центральной нервной системы, создает адекватную ноцицептивную защиту на различных уровнях и позволяет сдерживать каскад местных воспалительных реакций на операционную травму, обеспечивает адекватную послеоперационную аналгезию и раннюю активизацию пациентов.

В свете новой концепции Fast-Track Surgery, спинальная анестезия (СА) является оптимальным выбором анестезиологического пособия у детей. СА способствует быстрому восстановлению ребенка после операции, оказывает минимальное влияние на нейроэндокринный и метаболический ответ, способствует ранней мобилизации, сокращает сроки пребывания в ОРИТ, стационаре. Спинальная анестезия, снижает опиоидную нагрузку на организм ребенка, являясь одним из обязательных требований концепции Fast-Track Surgery.

Цель исследования: оценка эффективности и обоснованности применения комбинированной спинальной анестезии при урологических операциях у детей.

Материалы и методы. Были обследованы 25 детей в возрасте от 3 до 14 лет с гипоспадией, эписпадией и двухсторонним крипторхизмом, поступившие на плановую операцию в частную клинику Yunusobod Medical Center г.Ташкента.

В большинстве случаев для дополнительной седации применяли сибазон, мидазолам, что обеспечивало неподвижность пациента для люмбальной пункции.

Непосредственно перед спинальной пункцией была налажена инфузия сбалансированных растворов кристаллоидов из расчёта 5 мл / кг.

Спинальная пункция выполнялась в положении на боку с соблюдением асептических в промежутках L3-L4-L5 (в зависимости от возраста пациента) с использованием стандартных спинномозговых игл 25G или 27G. После получения свободного оттока спинномозговой жидкости (ЦСЖ) вводился изобарический бупивакаин (0,5%) в средней дозе - $0,6 \pm 0,2$ мг/кг/ч

Мы оценивали гемодинамические показатели, распространенность сенсорного блока (с помощью теста «pin prick» – утрата болевой чувствительности кожи в ответ на раздражение иглой), и выраженность моторного блока (шкала Bromage).

Заключение: Таким образом, комбинированная СА выбранной категории больных обеспечивает адекватный и безопасный уровень анестезии, раннюю активацию, сохранение продолжительной послеоперационной анальгезии, не вызывает существенных ухудшений показателей центральной гемодинамики., и позволяет отказаться от использования наркотических анальгетиков. СА демонстрирует все компоненты сбалансированной анестезии с минимумом случаев кардиореспираторных нарушений и послеоперационной тошноты и рвоты, быстрым восстановлением и позволяет сократить длительность пребывания в больнице.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРАТЕГИИ FAST TRACK SURGERY: СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ БУПИВАКАИНОМ У ДЕТЕЙ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

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

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Fast track surgery (FTS), или хирургия быстрого восстановления, представляет собой принципиально новый подход в хирургии. FTS была разработана Kehlet Н. (1993) и предполагала следующие аспекты, позволяющие минимизировать стрессовые реакции и значительно сократить период восстановления больных: регионарную анестезию, мини-инвазивные операции, агрессивную послеоперационную реабилитацию (ранние энтеральное питание и активизация пациентов). Wind J. (2006) конкретизировал FTS следующими пунктами: информирование больного, отказ от подготовки кишечника и премедикации, применение пробиотиков, отказ от предоперационной сухой голодовки, пероральное применение глюкозы (5%, 150 мл за 2 ч до операции), регионарная анестезия или анестетики короткого действия, адекватная периоперационная инфузия, хирургическая мини-инвазия, профилактика гипотермии, неопиоидная анальгезия, отказ от рутинных назогастрального зонда и дренажей, раннее удаление мочевого катетера, прокинетики, ранние энтеральное питание и активизация пациента.

Спинальная анестезия (СА) имеет значительные преимущества для пациента и врача: идеальная анальгезия и миорелаксация, дешевизна и простота выполнения, отсутствует необходимость в медикаментозном сне и искусственной вентиляции легких, быстрое пробуждение и послеоперационная реабилитация. (Любошевский П.А., 2011).