

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕВОФЛЮРАНА ПРИ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ**Жуманиязов Р.К., Маматкулов И.Б.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Качество поддержания анестезии, а также пробуждения и восстановления в послеоперационном периоде напрямую влияют на качество оказания медицинских услуг, комфорт и удовлетворенность пациентов в педиатрической практике и их родителей. Наиболее часто в современной анестезиологии применяются ингаляционные анестетики в связи с удобством их использования независимо от возраста у детей, в том числе и при лапароскопических оперативных вмешательствах.

Целью нашего исследования является оценка качества поддержания анестезии, пробуждения, а также восстановления в течении послеоперационного периода у детей при лапароскопических оперативных вмешательствах в условиях поддержания анестезии с помощью севофлюрана.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование детей по 30 человек старше 3-х лет, перенесших лапароскопическое оперативное вмешательство длительностью от 30 до 60 мин. Индукция анестезии проводилась при помощи севофлюрана до 8 об% и кислородо-воздушной смеси, а также внутривенного введения препаратов: фентанил 1 мкг/кг, рокуроний 0,3-0,4 мг/кг, пропофол 2 мг/кг. Целевое значение МАК в обеих группах достигалось в течении 5-7 минут и составляло 1,0. Глубина анестезии оценивалась при помощи BIS-мониторинга, а также контроля ЧСС и АД. Время пробуждения оценивалось дважды с момента отключения подачи ингаляционных анестетиков до момента первого открывания глаз и до момента адекватного вербального контакта.

Результаты. При достижении целевого значения МАК, показатели BIS-мониторинга составили 42-55 ед., что соответствует качественному наркозному сну. ЧСС и АД на протяжении всего оперативного вмешательства

соответствовали возрастной норме у 93,3% . Возникшая тахикардия и повышение АД в оставшихся случаях, вероятно, была связана с недостаточным уровнем обезболивания и купирована введением дополнительной дозы наркотического обезболивающего. Дополнительное введение обезболивающих препаратов (фентанил в дозе 2-3 мкг/кг) потребовалось 2 пациентам (6,7%). Дополнительное введение миорелаксантов (рокуроний в дозе 0,15 мг/кг не позднее чем за 30 минут до пробуждения) потребовалось 5 пациентам (16,6%). Совместное введение обезболивающих препаратов и недеполяризирующих миорелаксантов потребовалось 1 пациенту (3,3% от общего числа), который входит в вышеуказанные группы. Время пробуждения до первого открытия глаз составило 4-7 мин, до первого вербального контакта - 6-9 мин. В послеоперационном периоде полная активность восстановилась спустя 40 -60 минут, жалобы на послеоперационные головокружение, слабость, тошноту и рвоту отсутствовали.

Выводы. В проведенном ретроспективном исследовании установлено, что при использовании газообразных анестетиков достигается достаточная глубина наркоза на протяжении всего оперативного вмешательства. Большому числу пациентов потребовалось дополнительное введение обезболивающих и миорелаксирующих препаратов, что может объясняться более выраженным потенцирующим эффектом севофлюрана. Кроме того, при поддержании анестезии севофлюраном, отмечались такие нежелательные побочные эффекты, как послеоперационная дрожь и постнаркозная агитация, требующая введения дополнительных препаратов.