

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 аналгезии, 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 FI. (1993) и предполагала следующие аспекты, позволяющие минимизировать стрессовые реакции и значительно сократить период восстановления больных: регионарную анестезию, мини-инвазивные операции, агрессивную послеоперационную реабилитацию (раннее 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 аналгезия, отказ от рутинных назогастрального зонда и дренажей, раннее удаление мочевого катетера, прокинетики, раннее энтеральное питание и активизация пациента.

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

Цель исследования—обоснование целесообразности спинальной анестезии для обезболивания урологических операций с позиций Fast track surgery или хирургии быстрого восстановления.

Материал и методы исследования. Исследование проспективное за период 2017-2020). После получения информированного согласия исследовано 37 пациентов (девочки/мальчики I 1/26) со следующими характеристиками: средний возраст - $9 \pm 1,5$ лет (от 1 года до 18 лет); масса тела (МТ) — $24,8 \pm 2,1$ кг; физический статус I 111 класс по ASA. Выполнялись операции по поводу гипоспадии, эписпадии, гидронефроза, мочекаменной болезни. Средняя длительность операций — $82 \pm 9,2$ мин. Седация больных проводилась пропофолом 1,5-2 мг. кг на индукцию и 4-6 мг кг час на поддержание. Ардуан из расчета 0,07-0,08 мг кг для поддержания миоплегии при длительных операциях (более 2 ч) в условиях эндо трахеальной анестезии в комбинации со СА. Операции до 1,5-2 часов проводились под седацией пропофола в комбинации со спинальной анестезией. СА проводили на уровне L2 -3. Положение больного — на боку. Бупивакаин 0,5%- $0,3-0,4$ мг/кг. Пациента после интратекальной инъекции укладывали на спину. Интраоперационная инфузия проводилась раствором Рингера лактата, 5 мл/кг/час. Клиническое состояние больных оценивали по результатам неинвазивного мониторинга (АД, ЧСС, кардиограмма, пульсоксиметрия).

Результаты и их обсуждение: Анализ результатов исследования гемодинамики выявил следующее: ЧСС на этапе премедикации была повышена — $116,0 \pm 5,3$ уд/мин. Через 15-20 мин после выполнения СА ЧСС имела тенденцию к замедлению — $107,3 \pm 3,1$ уд/мин. В дальнейшем, на интраоперационных этапах ЧСС достоверно снизилась и варьировала в пределах от $92,0 \pm 2,3$ уд/мин до $86,8 \pm 3,9$ уд мин. В ближайшем послеоперационном периоде ЧСС составляла $86,5 \pm 1,5$ уд/мин ($p < 0,05$, по отношению к исходу).

Систолическое АД до начала СА было на уровне верхней границы нормы — $120,2 \pm 2,9$ мм рт.ст. На последующем этапе систолическое АД снизилось $105,9 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Колебания диастолического АД на этапах операции не выходили за пределы референтных значений от $61,8 \pm 2,1$ мм рт.ст. до $75,1 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Показания пульсоксиметрии сохранялись на уровне 96-99 % на этапах операции.

После окончания операции пациентов сразу же переводили в профильные отделения. Во время транспортировки и дальнейшего лечения гемодинамические параметры, а также дыхательная функция оставались стабильными, сохранялся частичный моторный блок, скорость регрессии которого зависела от интратекальной дозы бупивакаина и гидрохлорида. Время первого самостоятельного подъема пациента с кровати определялось длительностью моторной блокады. В среднем больные активизировались через 2-3 часа после перевода из операционной. В первый послеоперационный день начинали раннее энтеральное кормление.

Заключение. Улучшение качества аналгезии позволяло проводить ранние активизацию и энтеральное питание пациентов, сократить период послеоперационного восстановления, что соответствовало современной технологии Fast-Track. Внедрение программы Fast-Track сопровождалось сокращением сроков госпитализации урологических пациентов в среднем до 2-х суток

СПИН А ЛЬ Н О-Э Г! ИДУ РА ЛЬ Н А Я А11Е С І Е З И Я 11Р И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сатвалдиева Э.А., Хайдаров М.Б., Маматкулов И.Б., Шорахмедов ШЛИ.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Удельный вес пациентов с терминальной почечной недостаточностью не велик, однако данные пациенты представляют актуальную проблему в плане анестезиологического обеспечения. По данным отечественной и зарубежной литературы, как правило, в таких случаях проводится гот или иной вариант общей анестезии, который приводит к неизбежным и закономерным проблемам в послеоперационном периоде, таким, как длительная искусственная вентиляция легких, длительная остаточная релаксация и депрессия дыхания, перфузионные нарушения и сложно прогнозируемые метаболические реакции на операционный стресс и измененную фармакокинетику и фармакодинамику анестезиологических препаратов.

Особый интерес у данной категории пациентов представляе і использование методов регионарной апес тезии, характеризующихся минимальной фармакологической нагрузкой и минимальным влиянием на жизненно важные функции организма.

В связи с этим, мы представляем описание случая успешного проведения нейроаксиальной блокады у пациентки с терминальной хронической почечной недостаточностью, развившейся на фоне семейного поликистоза почек. Пациентке 17 лет, находящейся на программном диализе в течение двух лет, предстояла гинекологическая операция. Учитывая сопутствующую патологию, представленную поликистозом почек, хронической почечной недостаточностью терминальной стадии (программный гемодиализ), нефрогенной анемией 2 степени, сахарным диабетом 2 типа в стадии субкомпенсации (в течение К лет), было решено воздержаться от проведения общей анестезии. Выла проведена комбинированная спинально-эпидуральная анестезия, включавшая в себя субарахноидальный компонент (бупивакаин снимал 0.2 0,4 мг/кг/час) и эпидуральный компонент (0,25 1% лидокаин 3 5мг/кг). Длительность оперативного вмешательства составила 1,10 часа. Гемодинамический профиль сохранялся стабильным на протяжении всей операции в пределах 130±10/80±8 мм.р г.ст. За время операции диурез 84