

СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ В СТРАТЕГИИ FAST TRACK SURGERY

Шакарова М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр*

Сатвалдиева Э.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр*

Ашурова Г.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр*

Митрюшкина В.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность

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

Цель исследования

Оценка целесообразности и безопасности спинальной анестезии для обезболивания урологических операций с позиций Fast track surgery.

Материал и методы исследования

Исследование проспективное за период 2021-2023). После получения информированного согласия исследовано 97 пациентов со следующими характеристиками: средний возраст – $7,4 \pm 1,5$ лет (от 1 года до 18 лет); масса тела (МТ) – $24,8 \pm 2,1$ кг; физический статус – I–II класс по ASA. Выполнялись операции по поводу гипоспадии, эписпадии, гидронефроза, мочекаменной болезни. Средняя длительность операций – $85 \pm 9,2$ 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 эндотрахеальной 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 – $115,0 \pm 4,3$ уд/мин. Через 15-20 мин после выполнения СА ЧСС имела тенденцию к замедлению – $101,3 \pm 3,1$ уд/мин. В дальнейшем, на интраоперационных этапах ЧСС достоверно снизилась и варьировала в пределах от 92 – 84 уд/мин. В ближайшем послеоперационном периоде ЧСС составляла $86,5 \pm 1,5$ уд/мин ($p \leq 0,05$, по отношению к исходу). Систolicеское АД до начала СА было на уровне верхней границы нормы – $120,2 \pm 2,9$ мм рт.ст. На последующем этапе систolicеское АД снизилось $105,9 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p \leq 0,05$). Колебания диastolicеского 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. ($p \leq 0,05$). 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. 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

Адекватная аналгезия способствовала ранней активизации больных, сокращала время послеоперационного восстановления, повышая качество жизни больного. Данные положения соответствовали современной технологии Fast-Track в детской урологии.

Библиографические ссылки:

1. Сатвалдиева, Эльмира, Мехри Шакарова, and Ихтиёр Маматкулов. "Использование ультразвука при центральных нейроаксиальных блокадах у детей." in Library 22.4 (2022): 217-225.

2. Сатвалдиева, Э., Файзиев, О. Я., Шакарова, М., Маматкулов, И. А., Исмаилова, М. У., & Ашурова, Г. З. (2022). Ингаляционная анестезия у детей: современные возможности. in Library, 22(2), 3-5.

3. Satvaldieva, E., Shorakhmedov, S., Shakarova, M., Ashurova, G., & Mitryushkina, V. (2023). PERIOPERATIVE FLUID THERAPY AS A COMPONENT OF ACCELERATED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) IN CHILDREN. Science and innovation, 2(D9), 22-31.

4. Юсупов, Анвар, et al. "Изменение показателей центральной гемодинамики при эндопротезировании тазобедренного сустава у детей." in Library 21.4 (2021): 336-340.