

Карамышев А.М.¹, Илюкевич Г.В.²

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Каудальная анестезия как компонент сочетанной анестезии в детской урологии

Введение. Развитие современной медицины позволило расширить показания для хирургической коррекции врожденных пороков развития органов мочеполовой системы у детей уже в самом раннем возрасте. В связи с этим проблема выбора варианта адекватного анестезиологического пособия для подобного рода операций стала весьма актуальной в современной анестезиологии.

Цель исследования. В связи с отсутствием в настоящее время в клинической практике общепринятой модели целью исследования явилась разработка эффективного и безопасного метода анестезии при хирургической коррекции пороков развития мочеполовой системы у детей.

Материалы и методы. Проведена сравнительная оценка применяемых методик анестезии при операциях на половых органах у детей (формирование уретры при гипоспадии, орхолексия при крипторхизме).

В зависимости от вида анестезии пациенты (33 мальчика) были разделены на 3 клинические группы: 1-я (n=9) – выполнялась многокомпонентная сбалансированная ингаляционная анестезия с ИВЛ; 2-я (n=13) – общая ларингеально-масочная анестезия и каудальная блокада; 3-я (n=11) – общая ларингеально-масочная анестезия и каудальная блокада бупивакаином 0,25% в дозе 1 мл/кг с адьювантом 0,1% раствором морфина спинал в дозе 0,02 мг/кг («Белмедпрепараты», РБ). Статистически значимых различий в возрасте, росте и весе пациентов в группах не выявлено ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждение. При анализе показателей гемодинамики на различных этапах периоперационного периода были получены следующие результаты: статистически значимые отличия $АД_{сист}$, $ААД_{дист}$ и $АД_{среднего}$ на этапе разреза кожи в сторону более низких их значений во 2-й и 3-й группах по отношению к 1-й группе ($p < 0,05$). ЧСС во 2-й и 3-й группах статистически значимо отличались в начале и на травматичном этапе операции, а также при удалении ЛМ по сравнению с показателями в 1-й группе, что, вероятно, отражает более выраженную реакцию пациентов 1-й группы на боль в отличие от пациентов 2-й и 3-й групп ($p < 0,05$).

Выраженность болевого синдрома по шкале CHEOPS – $6,6 \pm 1,03$, $4,16 \pm 0,57$, $4,0 \pm 0,5$ балла в 1, 2 и 3-й группах соответственно в первый день после операции ($p < 0,05$, тест Крускала – Уоллиса).

Глюкоза крови пациентов 3 групп до операции, на травматичном этапе и через 2 ч после операции статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$).

Статистически значимые различия во времени между окончанием операции и потребностью в обезболивании выявлены в группе 3 в сравнении с 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$). Суммарная доза фентанила за операцию выше в 1-й группе по сравнению со 2-й и 3-й группами ($p < 0,05$).

Пациенты 1-й и 2-й групп переводились в отделение урологии, а пациенты 3-й группы в ОРИТ. За время исследования осложнений анестезии не выявлено.

Выводы. Метод анестезии при оперативных вмешательствах на органах половой системы у детей – сочетанная ларингеально-масочная ингаляционная анестезия и каудальная блокада комбинацией местного анестетика и адьюванта морфина спинал, имеет достаточно высокий уровень антиноцицептивной защиты пациента, сопровождается стабильным гемодинамическим течением периоперационного периода, легко выполним у детей и не уступает по эффективности применяемым в настоящее время методам анестезии.
