

Цель

Изучить особенности периоперационного периода у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 19 пациентов с клиническим диагнозом «атрезия пищевода», находившихся на лечении в РНПЦ «Детской хирургии» г. Минска в 2018 г., оперированным в разные годы и находящимся под наблюдением специалистов центра. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди лиц с клиническим диагнозом атрезия пищевода было 6 (31,5 %) девочек и 13 (68,5 %) мальчиков в возрасте от 1 дня до 13 лет. 16 пациентов госпитализированы в отчетном году для контроля проведенного ранее оперативного лечения. Для проведения операции по поводу атрезии пищевода в исследуемой группе в стационар поступило 3 (16 %) ребенка. В 8 (42 %) случаях атрезия пищевода сочеталась с другими ВПР, у 11 (58 %) пациентов была изолированным пороком развития.

У 16 (84 %) детей оперативное вмешательство было выполнено на первые сутки после поступления в хирургический стационар; у 3 (16 %) пациентов отсроченность хирургического вмешательства была обусловлена необходимостью коррекции состояния по поводу других пороков развития. Послеоперационный период протекал без осложнений, не требовались жесткие параметры; экстубация проводилась не позднее 3 суток после операции. Показатели кислотно-основного состояния у всех детей (100 %) были компенсированы как до операции, так и в послеоперационном периоде.

У 5 (26 %) детей, поступивших для контроля проведенного лечения специалистами РНПЦ Детской хирургии, наблюдались осложнения со стороны ЖКТ в отдаленном послеоперационном периоде: в 3 (60 %) случаях наблюдался стеноз пищевода в зоне послеоперационного рубца и в 2 (40 %) случаях — гастроэзофагеальный рефлюкс.

Выводы

1. В настоящее время разработан протокол диагностики, лечения и реабилитации детей атрезией пищевода.
2. Операция по поводу коррекции порока не требует специфического анестезиологического пособия.
3. Учитывая возможность развития осложнений и ранний детский возраст ранний послеоперационный период проходит в отделении анестезиологии и реанимации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курек, В. В. Анестезия и интенсивная терапия у детей / В. В. Курек, А. Е. Кулагин, Д. А. Фурманчук. — Минск: Медицинская литература, 2006. — 240 с.
2. Курек, В. В. Руководство по неотложным состояниям у детей / В. В. Курек, А. Е. Кулагин — 2-е изд. — Минск: Медицинская литература, 2012. — 624 с.

УДК 616.61-003.7-089

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ КОНТАКТНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

Саухина А. Д.

Научный руководитель: ассистент А. М. Карамышев

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В структуре урологических заболеваний мочекаменная болезнь (МКБ) по-прежнему занимает первое место, составляя в среднем 35–40 % [1]. На современном этапе наиболее

эффективным методом лечения пациентов с МКБ является чрескожная контактная нефролитотрипсия (ЧКН), которая позволяет малоинвазивно выполнить дробление и экстракцию конкрементов больше 20 мм, а также множественных и коралловидных камней [2].

При данном виде хирургического вмешательства применяются следующие методики анестезии: спинальная анестезия (СА) и общая эндотрахеальная анестезия (ОЭТА) [3]. Из литературных данных следует, что общая анестезия (ОА) характеризуется оптимальным контролем гемодинамики и проходимости верхних дыхательных путей, особенно в прон-позиции, субъективной удовлетворённостью качеством анестезии как для пациента, так и для хирурга и возможностью варьировать глубину и продолжительность анестезии в зависимости от ее этапа. Спинальная анестезия имеет ряд преимуществ перед ОА, таких как адекватное обезболивание в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, более выраженное влияние на модуляцию гемодинамического звена хирургического стресс-ответа, избегание послеоперационной когнитивной дисфункции, сокращение времени операции, укорочение койко-дня, а также снижение риска осложнений и стоимости анестезии [4]. Поскольку у каждого вида анестезиологического обеспечения есть свои преимущества и недостатки вопрос выбора анестезии при ЧКН остается открытым и требует дальнейшего исследования.

Цель

Оценить эффективность и безопасность различных методик анестезии при чрескожной контактной нефролитотрипсии путем проведения сравнительного анализа гемодинамики и кислородного статуса.

Материал и методы исследования

Нами проведено ретроспективное исследование историй болезни 57 пациентов, перенёвших чрескожную контактную нефролитотрипсию и находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении УГОКБ с диагнозом МКБ за период с 01.09.2017 г. по 01.09.2018 г. и сформирована электронная база данных.

В зависимости от вида анестезии пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа ($n = 20$) перенесли оперативные вмешательства под ОЭТА. В ней было 30 % мужчин и 70 % женщин, медиана возраста в годах составила 56 (50,25; 63,5), медиана ИМТ — 32 (29; 37), медиана длительности операции в минутах — 75 (60; 125), медиана продолжительности анестезии в минутах — 95 (78; 148), медиана койко-дня 12,5 (10; 16). 2-я группа ($n = 37$) перенесли ЧКН под СА. В ней было 37,8 % мужчин и 62,2 % женщин, медиана возраста в годах составила 59 (52; 62), медиана ИМТ — 30 (26,5; 34,25), длительности операции в минутах — 80 (60; 110), продолжительности анестезии в минутах — 100 (80; 130), медиана койко-дня — 13 (9; 15).

Статистически значимых различий по возрасту, ИМТ, продолжительности операции, анестезиологического обеспечения и количества койко-дней между группами не выявлено ($p > 0,05$).

По данным историй болезни АД сред, ЧСС и сатурация (SpO_2) определялись мониторинговой системой Datex Ohmeda ADU 5 на 5 этапах анестезиологического пособия: 1) при поступлении в операционную; 2) начало операции; 3) основной этап (литотрипсия); 4) ушивание раны; 5) ранний послеоперационный период.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета прикладных статистических программ «Statistica» 8.0 и в программе «Microsoft Excel». Нормальность распределения определялась тестом Шапиро — Уилка. Ввиду неправильного распределения выборки и различной численности групп применены непараметрические методы статистики. Результаты представлены в виде Me [25; 75]. Сравнение двух независимых групп проведено с помощью критерия Манна — Уитни, зависимых с помощью критерия Уилкоксона. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели гемодинамики на различных этапах анестезиологического обеспечения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительный анализ динамического изменения показателей гемодинамики

Параметры	Группа	Этап исследования				
		1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
АД сред. (мм рт. ст.)	ОЭТА	106 (98,67; 108,33)	99,67 (85,33; 105,25)*	100,5 (93; 105,42)**	100 (93; 106,67)**	99,17 (94,75; 107,25)**
	СА	98,33 (96,67; 106,67)	90 (85; 98,33)*	93,33 (87,67; 98,33)**	93,33 (89; 98,67)**	95 (86,67; 101,67)**
ЧСС (уд/мин)	ОЭТА	78 (72; 80)	78 (73,75; 80,5)	75,5 (70; 79)	78 (74,5; 80)	75,5 (73,75; 80)
	СА	78 (72; 86)	76 (74; 82)	78 (75; 82)	78 (74; 82)	79 (74; 82)

Примечание. * — Достоверность различий с предыдущим этапом; ** — межгрупповые различия.

При сравнительном анализе показателей гемодинамики выявлены статистически значимые различия на 3-м, 4-м и 5-м этапах в пользу более низких значений АД сред во 2-й группе ($p < 0,05$), но при этом данные показатели не выходили за пределы референсных значений, что можно обосновать с позиции более выраженной блокады проведения болевой чувствительности при применении СА. При поэтапном сравнении АД сред выявлены статистически значимые различия между 1-м и 2-м этапом в обеих группах ($p < 0,05$), что можно пояснить адекватным обезболиванием и отсутствием гемодинамической реакции кровообращения в ответ на начало операции. При сравнительной оценке ЧСС статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). SpO₂ было стабильно на всех этапах анестезиологического обеспечения и колебалось в пределах 96–100 %, что свидетельствовало об адекватности спонтанного дыхания и проводимой респираторной поддержки.

Выводы

В ходе исследования было установлено, что оба вида анестезиологического обеспечения являются эффективными и безопасными, но применение СА при ЧКН более выражено влияет на гемодинамический компонент хирургического стресс-ответа не угнетая при этом функцию внешнего дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика и факторы риска мочекаменной болезни в Беларуси // Экспериментальная и клиническая урология / В. И. Вошула [и др.]. — 2018. — № 4 / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://euro.ru/article/statistika-i-factory-riska-mochekamennoi-bolezni-v-belarusi>. — Дата доступа: 04.02.2018.
2. Лубсанов, Б. В. Чрескожное удаление камней единственной почки: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.23 / Б. В. Лубсанов. — СПб., 2013. — 125 с.
3. Лихванцев, В. В. Анестезия в малоинвазивной хирургии / В. В. Лихванцев. — М.: Милкош, 2005. — 350 с.
4. Rajasthan, J. Feasibility and Complications of Spinal Anaesthesia in Percutaneous Nephrolithotomy: Our Experience / J. Rajasthan // Journal of Clinical and Diagnostic Research [Electronic resource]. — 2017. — Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535460/>. — Date of access : 04.02.2018.

УДК 616.613-003.7-089.5

ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕСС- ОТВЕТА ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ КОНТАКТНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

Саухина А. Д., Кугол А. К.

Научный руководитель: ассистент А. М. Карамышев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в лечении пациентов с мочекаменной болезнью чрескожная контактная нефролитотрипсия (ЧКН) занимает ведущее место. В основе ЧКН лежит