



ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕСТ-ДОЗЫ ВО ВРЕМЯ КАУДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Карамышев А.М.¹, Илюкевич Г.В.²

¹Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель,

²Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск

Одной из проблем нейроаксиальных блокад, в частности каудальной анестезии, является возможность не преднамеренного внутрисосудистого и интратекального введения местного анестетика (МА) с развитием соответствующей клиники. Одним из методов профилактики данных осложнений является использование тест-дозы (ТД) при выполнении каудальной анестезии. Данный маневр позволяет в какой-то степени обезопасить проведение данного вида анестезии, хотя однозначного мнения о качественном составе ТД до настоящего времени нет.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность разработанной методики сочетанной анестезии при хирургической коррекции пороков развития половых органов и нижних мочевыводящих путей у детей путем сравнения двух видов тест-доз, отличающихся качественным составом при выполнении каудальной блокады.

Материал и методы. 87 мальчиков, которые перенесли операции на половых органах и нижних мочевыводящих путях у детей (формирование уретры, орхопексия) под общей ларингеально-масочной анестезией севофлураном и каудальной блокадой бупивакаинном 0,25% в дозе 1 мл/кг с или без адьюванта 0,1% раствора морфина спинал в дозе 0,02 мг/кг («Белмедпрепараты», РБ). На данную методику анестезии авторами получена приоритетная справка на выдачу патента и утверждена инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В зависимости от используемой тест-дозы пациенты были разделены на 2 клинические группы: 1-я (n=36) – в качестве тест-дозы применялся лидокаин 2% в дозе 0,1 мл/кг и адреналин в разведении 1:200000; 2-я (n=51) в качестве тест-дозы использовался раствор натрия хлорида 0,9% в дозе 0,1 мл/кг и адреналин в разведении 1:200000. Статистически значимых различий в возрасте, росте и весе пациентов, а также объеме и продолжительности хирургических вмешательств, в группах не выявлено ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждение. При оценке влияния применяемых видов тест-доз во время каудальной блокады нами фиксировалось наличие или отсутствие ответной реакции со стороны сердечно-сосудистой системы в виде изменений ЧСС и АД в сторону их увеличения на 20% от исходного, в ответ на внутрисосудистое попадание адреналина. С целью исключения интратекального расположения иглы нами оценивалось наличие или отсутствие выделение ликвора, так как развитие признаков спинальной блокады (выраженная гипотензия, брадикардия, угнетение дыхания) крайне затруднено у детей под общей анестезией. В результате нами выявлено по 2 случая внутрисосудистого попадания ТД в каждой из групп 5,5% и 4% соответственно, которые потребовали повторной пункции. Введение иглы в субарахноидальное пространство с развитием признаков высокой спинальной блокады не зафиксировано. При сравнительном анализе статисти-



чески значимых отличий выявлено не было ($p > 0,05$, критерий Пирсона). Эффективная блокада развилась в 100% случаев.

При сравнительном анализе АД_{сист.}, АД_{диаст.} и АД_{среднего} и ЧСС периоперационно статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$, критерий Манна-Уитни).

Уровни сывороточного кортизола, глюкозы и лактата крови пациентов 2-х групп до операции, на травматичном этапе и через 2 часа после операции статистически значимо не отличались ($p > 0,05$).

За время исследования осложнений анестезии не выявлено.

Выводы. Оба варианта тест-доз, с наличием или отсутствием в их составе лидокаина, эффективны и безопасны при проведении каудальной анестезии в детской урологической практике.

МОНИТОРИНГ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Киселев В.В., Тетерин Ю.С., Шаврина Н.В.,
Шевякова С.В., Кудряшова Н.Е.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Москва*

В последние годы особое внимание уделяется изучению и оценке роли кишечной недостаточности в развитии гнойно-септических осложнений у больных с тяжелым острым панкреатитом. Нарушение моторной функции кишечника приводит к развитию дисбиоза, увеличивается проницаемость кишечного барьера, способствуя транслокации бактерий, инфицированию зон панкреатогенной деструкции, плевро-пульмональным осложнениям, полиорганной недостаточности.

Цель исследования. Изучение методов диагностики кишечной недостаточности у больных с тяжелым острым панкреатитом.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2018 гг. было обследовано 23 пациента (18 (78,2%) мужчин и 5 (21,7%) женщин), средний возраст $51,2 \pm 18,5$ лет. Все пациенты были разделены на группы: 1 группа – острый тяжелый панкреатит без гнойно-септических осложнений ($n=10$), 2 группа – острый тяжелый панкреатит с гнойно-септическими осложнениями ($n=8$), 3 группа – острый тяжелый панкреатит с СПОН ($n=5$). С целью мониторинга кишечной недостаточности выполнялись следующие исследования: 1. УЗИ кишечника; 2. рентгенография брюшной полости; 3. эзофагогастродуоденоскопия; 4. сцинтиграфия кишечника.

Результаты и обсуждение. Установлено, что наличие УЗИ-признаков кишечной недостаточности (увеличение толщины стенки, снижение/отсутствие перистальтики) определялось у всех пациентов исследуемых групп, с максимальным увеличением выраженности признаков в группах с гнойно-септическими осложнениями и с СПОН. При ЭГДС наличие признаков изменения кишечной стенки (дефекты слизистой оболочки, снижение/отсутствие перистальтики) в 1 группе были у 4 (40%) пациентов, во 2 группе у 5 (62,5%), а в 3 группе у 4 (80%) больных.