



ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ В УРГЕНТНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Рашидова М.А.

Бухарский государственный медицинский институт

Бухара, Узбекистан

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8123920>

ARTICLE INFO

Received: 28th June 2023

Accepted: 01st July 2023

Online: 02nd July 2023

KEY WORDS

Анестезиологическая
помощь, больные дети,
ургентная хирургия.

ABSTRACT

В работы представлены данные больных детей, которым приходилось оказать ургентную, экстренную хирургическую и анестезиологическую помощь. Приведены результаты оказанной анестезиологической помощи.

Актуальность. Физиологические особенности организма детей, в особенности более раннего возраста в ургентной хирургии делают проведение анестезии у них более опасной [6,8]. Анестезия у детей является важным разделом медицины критических состояний. У детей все операции и болезненные манипуляции у детей проводятся под общим обезболиванием [1,3,11].

Предоперационная подготовка является важным подготовительным этапом для эффективного анестезиологического обеспечения хирургического лечения ребенка. Время, затраченное на предоперационную оценку, может варьировать от нескольких десятков минут у соматически здоровых детей до часов у пациентов с коморбидными состояниями, которым предстоит ургентное хирургическое вмешательство [1,3,5,10].

Течение анестезии у детей чаще всего осложнено наличием сопутствующей патологии, недоношенность, бронхо - легочная патологией, гипоксически-ишемическими поражениями центральной нервной системы, кровоизлияния головного мозга различной локализации, наличием пороков, со стороны других органов и систем [2,5,7,10]. Анатомо-физиологическая незрелость органов и систем детского организма, тем более в ургентных условиях резко повышают риск проведения анестезии и соответствующей манипуляции [4,6,9,11]. Дети относятся к категории пациентов с высокой степенью риска при проведении анестезиологического пособия [1,2,3,5,6].

Цель: изучить эффективность анестезиологического обеспечения у детей при ургентно проводимых хирургических вмешательствах.

Материал и методы исследования: в основу работы положен анализ лечения 27 детей с хирургической патологией, находившихся на лечении в отделение детской реанимации и анестезиологии Бухарского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, являющегося клинической базой Бухарского



государственного медицинского института. При анализе полученных данных, выявлена следующее. По нозологии больные распределились следующим образом: с перитонитом аппендикулярного происхождения 12 (44,4%), с кишечной непроходимостью 2 (7,4%) детей, язвенная болезнь желудка осложнившегося с перфорацией 1 (3,7%) детей, закрытая травма органов брюшной полости с внутренним кровотечением из паренхиматозных органов (печени, селезенки, почек) 7 (26,0%). Сочетанной травмой – повреждения опорно-двигательного аппарата с закрытой травмой органов брюшной полости 5 (18,5%) детей. Все больные дети при поступлении в стационар были госпитализированы в экстренном порядке в реанимационное отделение и находились под наблюдением анестезиолога – реаниматолога, детского хирурга. После проведения соответствующей предоперационной подготовки, больных готовили к экстренной анестезии и с последующей операцией.

Для премедикации у всех детей использовался атропин 0,1% - 0,02 мг/кг, димедрол 1% - 0,1 мл/год жизни. Индукция осуществлялась в/в введением кетамина 5% в дозе 0,5-4,5 мг/кг. Основной наркоз - центральная анальгезия фентанилом 0,005 % в дозе 25-30 мкг/кг в 3 приема болюсно, затем в поддерживающей дозе 10 мкг/кг/час микроструйно. Поддержание анестезии в/в введением ГОМК 20% 100-150мг/кг, диазепам 0,5% 0,02-0,3 мг/кг. Поддержание миоплегии в/в введением ардуана 0,04-0,06 мг/кг. Во время операции проводится инфузионная поддержка организма.

В послеоперационном периоде дети находились в ОРИТ под мониторным наблюдением. Критериями для перевода на спонтанное дыхание являлись следующие показатели: КОС, стабильность гемодинамики, адекватный неврологический статус, уровень гликемии. Седация в первые 2 суток проводилась микроструйным введением фентанила 0,005 % из расчета 1-5 мкг/кг/час, ГОМК 20 % 100 мг/кг. На всех этапах лечения осуществлялся постоянный мониторинг за параметрами вентиляции, КОС, показателями гемодинамики, SaO₂, уровнем гликемии, учетом диуреза.

Результаты и обсуждение: полученные результаты показали, что при проведении анестезиологического пособия у поступивших 27 детей применение центральной анальгезии фентанилом обеспечивало адекватное обезболивание, критериями которого являлись стабильность гемодинамики, показатели гликемии, КОС. Центральная анальгезия фентанилом является методом выбора анестезии. Поддержание теплового режима на всех этапах лечения, обеспечение адекватной вентиляции легких с коррекцией по показателям КОС, проведение инфузионной терапии с учетом почасового диуреза, контроль за уровнем гликемии являются обязательным при проведении послеоперационного выхаживания детей раннего возраста.

Вывод: операционно - анестезиологический стресс, причиняемый больным детям в результате вмешательства, оказывает влияние на все жизненно - важные органы и системы организма. Степень выраженности данных изменений определяется характером повреждающей патологии, объемом предоперационной подготовки, видом оперативного вмешательства и адекватностью анестезии.



References:

1. Александрович Ю.С., & Пшениснов К.В. (2020). ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ. Вестник анестезиологии и реаниматологии, 17 (3), 79-94.
2. Исаков, А. В., Степаненко, С. М., & Фридлянд, М. И. (2013). Предоперационная психологическая подготовка ребенка в амбулаторной хирургии. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 3 (2), 106-111.
3. Михельсон, В. А., Сидоров, В. А., & Степаненко, С. М. (2007). Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии. Практическое рук-во/М.: Дельрус.
4. Раупов, Ф. С. (2022). Морфологические Аспекты Ободочной Кишки Человека и Белых Лабораторных Крыс. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(2), 243-247.
5. Э. А. Сатвалдиева, & Д. М. Сабиров (2009). Регионарная анестезия у детей: современное состояние и решение проблемы. Вестник экстренной медицины, (4), 55-60.
6. Сатвалдиева, Э., Шакарова, М., Файзиев, О., & Маматкулов, И. (2021). Спинальная анестезия у детей: возможности и рациональные подходы. in Library, 21(2), 356-362.
7. Хмызов С.А. (2016). Спинальная анестезия у детей (обзор литературы). Медицина неотложных состояний, (2 (73)), 64-73.
8. Заболотский, Д. В., & Корячкин, В. А. (2016). Ребенок и регионарная анестезия-зачем? куда? и как?. Регионарная анестезия и лечение острой боли, 10(4), 243-253.
9. Raupov, F. S. (2023). Morphological Features of the Ceca in the Area of Sphincters in White Laboratory Rats in Early Postnatal Ontogenesis. Scholastic: Journal of Natural and Medical Education, 2(4), 142-145.
10. Raupov, F. S. (2023). GISTOMORPHOMETRIC FEATURES OF THE DECA WALL IN LABORATORY WHITE RATS IN EARLY POSTNATAL ONTOGENESIS. International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 3(4), 76-81.
11. Raupov, F. S., & Pardaev, F. M. (2023). THE SIGNIFICANCE OF CONCOMITANT PATHOLOGIES OF THE ORGANISM FOR THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC RHINOSINUSITIS IN CHILDREN. International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 3(4), 66-69.