СЕКЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА СЕДАЦИИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

© Афанасьев Г.А., Пономарев Н.А., Круглова Д.А., Никольский В.П.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Евграфов В.А.

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии имени профессора В.И. Гордеева
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Контактная информация: Пономарев Николай Алексеевич — студент 4 курса педиатрического факультета.
E-mail: nikolai.al.ponomarev@gmail.com

Ключевые слова: седация, эндопротезирование крупных суставов, спинальная анестезия

Актуальность исследования: частота эндопротезирований крупных суставов из года в год возрастает. Как правило, эти оперативные вмешательства проводятся в условиях нейроаксиальных блокад [1, 2]. При этом седация обеспечивает комфорт пациента, снижение стрессовых реакций, большую удовлетворенность пациентов [3, 4]

Цель исследования: выбор оптимального метода седации при эндопротезировании крупных суставов в условиях спинальной анестезии.

Материалы и методы: после получения согласия локального этического комитета обследовано 39 пациентов обоего пола в возрасте от 54 до 69 лет, подвергнутых эндопротезированию крупных суставов в условиях спинальной анестезии (далее — СА) 15 мг левобупивакаина, разделенных на три группы. Седация проводилась в первой группе (n=13) путем введения перед СА 1 мг/кг пропофола с последующей инфузией 6–8 мг/кг*ч., во второй группе (n=13) — дексмететомидина (0,5–1,0 мг/кг*ч.) за 20 мин до СА с продолжением инфузии в интраоперационном периоде, в третьей группе (n=13) — 5 мг реланиума болюсно внутривенно за 10 мин до СА с последующим дробным введением по 2,5–5 мг. Уровень седации оценивали по шкале Ramsay через 15 мин после болюсного введения гипнотика, скорость восстановления сознания после операции — по тесту Bidway через 10 и 20 мин. Проводилось мониторирование неинвазивного АД, ЧСС, SpO₂.

Результаты: в первой группе в интраоперационном периоде уровень седации составлял 4–5 баллов по школе Ramsay. У двух пациентов развилось апноэ, что привело к необходимости ИВЛ мешком «Амбу» и снижению темпа введения пропофола. У трех пациентов возникли показания к использованию атропина. После операции скорость восстановления сознания составляла 10±2 мин.

У пациентов второй группы интраоперационно уровень седации находился около 3±1 баллов по школе Ramsay. Скорость восстановления сознания в послеоперационном периоде составляло 7±2 мин. Каких-либо осложнений в этой группе не зарегистрировано.

В третьей группе в интраоперационном периоде уровень седации составлял 4±2 балла по школе Ramsay. С пациентов скорость восстановления сознания в послеоперационном периоде составляла 20±8 мин. В послеоперационном периоде пациенты данной группы ввиду длительного времени восстановления сознания, нуждалась в наблюдении в условиях палаты пробуждения.

Выводы: наиболее оптимальным методом при выполнении операции эндопротезирования крупных суставов интраоперационной седации является использование дексмететомидина, что позволяет снизить время нахождения больного в операционном блоке.

Литература

1. Корячкин В.А. Сочетанная комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости. Диссертация на соискание ученой степени д-ра медицинских наук / ГОУДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования». Санкт-Петербург, 2005.

2. Корячкин В.А., Чуприс В.Г., Черный А.Ж., Казарин В.С., Лиськов М.А., Малевич Г.М., Мальцев М.П. Системная токсичность местных анестетиков при регионарной анестезии в ортопедии и травматологии. Травматология и ортопедия России. 2015. № 1 (75). С. 129–135.
3. Овечкин А.М., Баялиева А.Ж., Ежевская А.А., Еременко А.А., Заболотский Д.В., Заболотских И.Б., Карелов А.Е., Корячкин В.А., Спасова А.П., Хороненко В.Э., Уваров Д.Н., Ульрих Г.Э., Шадрин Р.В. Послеоперационное обезболивание. Клинические рекомендации. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2019;4:9–33
4. Харьков, И. М. Применение комбинированной спинально эпидуральной анестезии при оперативном родоразрешении / И. М. Харьков, Д. А. Круглова // Forcipe. — 2021. — Т. 4. — № S1. — С. 170–171. — EDN ХРКФVK.