

МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ПОДРОСТКОВ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Седых С. В., Зуев Е. В., Раковский С. М.

Областная детская больница, Липецк

Актуальность. Артроскопические операции в настоящее время являются методом выбора хирургического лечения травматических повреждений коленного сустава у подростков. При этом многокомпонентная анестезия с ИВЛ не соответствует современным научным воззрениям и требованиям [Kuner R. 2010]. Риски рутинного обезболивания превышают таковые артроскопического оперативного вмешательства, не обеспечивая при этом необходимый уровень ноцицептивной защиты пациентов [R.S. Holzman, 2015]. Оптимальным методом представляется монолатеральная спинальная анестезия (МСА), впервые описанная Е. Rugheimer в 1959 году [Rugheimer E., 1959].

Материалы и методы. В период с 2017 по 2019 гг. включительно МСА для обезболивания артроскопических операций на коленном суставе выполнили у 102 подростков в возрасте от 14 до 18 лет, средний возраст $16+0,73$. Преобладали юноши — 91 (89,2 %), девушек было 11 (10,8 %). Контрольную группу составили 73 подростка, у которых была выполнена многокомпонентная анестезия с ИВЛ (ОА), различия между группами по полу, возрасту и спектру выполненных вмешательств недостоверны ($p < 0,05$). МСА выполняли в положении пациента «на боку» на стороне оперативного вмешательства. В межостистом промежутке L4 — L5 или L3 — L4 выполняли спинальную пункцию иглой диаметром G25 — G27, срез иглы направлен в сторону оперируемой конечности. После получения спинномозговой жидкости интратекально медленно (60–90 сек.) вводили маркаин спинал хэви 0,5 % в объеме 6–9 мг, в зависимости от антропометрических данных пациента. Через 5–10 минут пациента укладывали в операционное положение «на спине».

Результаты и обсуждение. В группе ОА по сравнению с группой МСА отмечено более длительное пребывание пациента в операционной как до вмешательства (+9,4 минуты; $p < 0,001$), так и после окончания операции (+12,7 минуты; $p < 0,001$); более частые интраоперационные нарушения центральной гемодинамики и гомеостаза (27 [15,6 %] против 2 [0,9 %], $p < 0,001$); более длительное пребывание пациента в стационаре (у не амбулаторных пациентов) после операции (+2,5 дня; $p = 0,001$); большее число инфекционных осложнений (5 [2,7 %] против 0 [0 %]; $p = 0,005$). Различий в продолжительности операции отмечено не было ($p > 0,05$). Аналогичные выводы, свидетельствующие о преимуществе МСА, сделаны и другими авторами [А.С. Козырев и соавт., 2010; М.Д. Иванов и соавт., 2014].

Выводы и рекомендации. Техника МСА при артроскопических операциях у подростков обеспечивает достаточную сенсорную и моторную блокаду с соответствующим уровнем обезболивания, позволяет уменьшить число осложнений и длительность пребывания подростка в стационаре. Методика может быть рекомендована в качестве метода выбора для хирургического лечения указанного контингента пациентов.