

ВАРИАНТЫ СПИНАЛЬНОЙ И ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИ И СНИВЛУЖЕНЩИН С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Акромов Б.Р
Матлубов М.М

Самаркандский медицинский университет. Узбекистан, Самарканд

Введение: *До настоящего времени для анестезиологического обеспечения операций кесареево сечения у женщин с внебольничной пневмонией с учетом тяжести течения в монитории ИОДН не найдено рекомендаций по выбору способа обезболивания.*

Цель исследования: *Оптимизация вариантов эпидуральной и спинальной анестезии с НИВЛ положительным РЕЕР женщинами с внебольничной пневмонией с ОДН I степени.*

Материал и методы исследования: Объектом проспективного исследования явились 86 беременных, страдающих с внебольничной пневмонией и дыхательной недостаточностью I степени. Все наблюдаемые пациенты с внебольничной пневмонией и ОДН I степени подвергались каудо-минимальному родоразрешению в экстренном плановом порядке. Все женщины оперированы в период с 2018 года по 2023 года в акушерском отделении многопрофильной клиники СамМУ, в областном перинатальном центре и городском родильном комплексе №3 г. Самарканда. Выбор способа анестезиологического пособия при оперативном родоразрешении женщин с внебольничной пневмонией и ОДН I степени проводили с обязательным учетом тяжести внебольничной пневмонии и степени дыхательной недостаточности. В зависимости от способа анестезиологического пособия все женщины (n=86) разделены на 3 подгруппы. В 1-группу (n=34) вошли женщины, оперированные с использованием спинальной анестезии (СА) на фоне НИВЛ с положительным РЕЕР FiO₂-60-100%, во 2-ю группу (n=28) вошли женщины, оперированные с использованием эпидуральной анестезии (ЭА) на фоне НИВЛ с положительным РЕЕР FiO₂-60-100%, в 3-ю группу (n=24) вошли женщины, оперированные с использованием сбалансированной эпидуральной анестезии (СБЭА) на фоне НИВЛ с положительным РЕЕР FiO₂-60-100%. Для проведения спинальной и эпидуральной анестезии придерживались стандартов пункционной катетеризации.

Оперативное вмешательство начинали с развития полной сегментарной сенсорно-моторной блокады. Всем женщинам после извлечения плода с целью уменьшения психоэмоционального напряжения внутривенно вводились базон (0,2 мг/кг/час). Женщинам 3-ей группы после премедикации димедролом (0,2 мг/кг) и превентивной инфузии солевых растворов (6-8 мл/кг)

приотсутствии клинических признаков субарахноидального блока через эпидуральный катетер вводился балансируемый 0,375% раствор бупивакаина. Оперативное вмешательство начинали с развития полной сегментарной сенсорно-моторной блокады. В качестве гипнотического компонента для адаптации женщин 3-й группы на инвазивную вентиляцию легких (НИВЛ) после пережатия пуповины использовали сибазон (0,07-0,15 мг/кг) или дексметомидин, скорость инфузии которого составляла 0,7 мкг/кг/ч/в, поддерживающая 0,2-0,7 мкг/кг/ч/в. Для купирования дыхательной недостаточности, а также, для предотвращения вентрило-ассоциированного повреждения легких производили установку параметров ИВЛ «СРАР» на дыхательных аппаратах AVENTA, ФАЗА, Mindray (дыхательный объем не более 6 мл/кг идеальной массы тела (ИМТ), положительный РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст. подачей кислорода FiO_2 -60-100%). Об эффективности обезболивания судили по общепринятым клиническим признакам. Уровень сенсорного блока оценивали по утрате тактильной чувствительности (тест «pin prick»). Для оценки глубины моторной блокады (ГМБ) использовали шкалу P. Bromage. Артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), сатурацию (SpO_2) отслеживали с помощью монитора Schiller. Исследования проводили на 4 этапах: 1-на операционном столе, 2-перед кожным разрезом, 3-травматичный этап операции, 4-конец операции. Все числовые величины, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента и представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое значение, m – стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Характеризуя клиническое течение СА 0,5% гипербарическим раствором бупивакаина в НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст. подачей кислорода FiO_2 -60-100% (1-я группа), следует отметить, что классические признаки полной сегментарной сенсорно-моторной блокады формировались к 8-10 минутам момента субарахноидального введения местного анестетика.

Однако уровни их распространения отличались от пациентов 1-й группы, превышая уровень Т6-Т7, достигая Т4-Т5 dermatомов, что можно объяснить, высоким внутрибрюшным давлением, которое имело место на фоне беременной матки, одышки и дыхательной недостаточности. Клиническое течение ЭА (2 группа) 0,5% раствором бупивакаина на респираторной поддержке в НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст. подачей кислорода FiO_2 -60-100%, практически не отличалось от 1-й группы пациентов как по срокам развития полной сегментарной сенсорно-моторной блокады, так и по уровню её распространения и продолжительности. Однако степень снижения АД к моменту развития хирургической стадии ЭА была более выраженной, в ряде наблюдений требовалась интраоперационная вазопрессорная поддержка.

Характеризуя течение сбалансированной ЭА 0,375%
раствором бупивакаина непрерывной инфузией пропафола 0,3–4 мг/кг/ч.
или дексметомидина скоростью инфузии которого составляла 0,7 мкг/кг/ч/в,
поддерживающая 0,2-0,7 мкг/кг/ч (3 группа)
при сохраненном дыхании на фоне респираторной поддержки в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст. подачей кислорода FiO₂-60-100%
следует отметить, что уже через 8-10
минут с момента эпидурального введения обезболивающих седативных препаратов форми-
ровался выраженный седативный эффект,
обусловленный общесистемным действием седативных препаратов.
При этом наблюдали умеренное сужение зрачка, урежение ЧСС, ЧД.
К этому моменту начинали формироваться все клинические признаки сегментарной сенсор-
но-моторной блокады, достигая максимума 15-
ой минут с продолжительностью хирургической стадии в 1,5-2,0 часа.
Введение седативных препаратов вызвало дремотное состояние,
безразличие ко окружающему, хорошо адаптировались на НИВЛ. Однако,
все пациенты были доступны контакту,
что позволило проводить необходимые функциональные исследования.
В дальнейшем все наблюдаемые у нас женщины никаких жалоб не предъявляли даже в случа-
ях расширения объема оперативного вмешательства.
В течение всей операции артериальное давление оставалось стабильным,
ЧСС урежалась на 5-7 уд. в мин.
Клинических признаков углубления гипоксии и гиперкапнии не наблюдали.
По окончании операции все больные были активны, доступны контакту,
жалоб на болевые ощущения не предъявляли еще в течение 5-6 часов. Следует отметить,
что все женщины (1-я, 2-я, 3 группа)
респираторная поддержка в режиме СРАР с положительным РЕЕР 5
мм.вод.ст. подачей кислорода FiO₂-60% продолжалась в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Таким образом,
несмотря на высокую антиноцептивную эффективность апробируемых нами вариантов
ЦНБ наиболее приемлемой в плане безопасности следует считать ЭА с сниженным кон-
центрациями бупивакаина непрерывной инфузией пропафола 0,3–4 мг/кг/ч.
или дексметомидина скоростью инфузии которого составляла 0,7 мкг/кг/ч/в,
поддерживающая 0,2-0,7
мкг/кг/ч при сохраненном дыхании на фоне респираторной поддержки в режиме СРАР
с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст. подачей кислорода FiO₂-60-100%
связи с минимальным негативным влиянием на основные системы жизнеобеспечения.