

Радюкевич О. Н., Герасименко М. А., Тесаков Д. К., Мотуз А. А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО МОРФИНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Светлицкая О. И.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Белорусский государственный медицинский университет

Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Актуальность. На сегодняшний день существуют многочисленные данные, подтверждающие не только анальгетическое превосходство регионарных техник в вертеброхирургии, как компонента общей анестезии, но и снижение интраоперационной кровопотери и раннюю активизацию пациентов при хирургическом лечении деформаций позвоночника. Нами было продемонстрировано успешное применение мультимодального подхода к анестезиологическому обеспечению, представляющего собой комбинированное применение общей эндотрахеальной анестезии со спинальной анальгезией.

Цель: оценить объем периоперационной кровопотери и эффективность обезболивания при применении комбинированного метода анестезии при хирургической коррекции деформаций позвоночника.

Материалы и методы. В исследование включено 88 пациентов. Для сравнительной оценки эффективности методов пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=48) – пациенты оперированы в условиях ОЭТА, 2 группа (n=40) – пациенты оперированы в условиях комбинированной анестезии. Пациентам обеих групп хирургическое вмешательство осуществлялось в условия ОЭТА с дополнительным нейроаксиальным компонентом 2 группе. После интубации трахеи пациентам 2 группы осуществляли пункцию субарахноидального пространства с дальнейшим введением 0,01% раствора морфина гидрохлорида из расчета 2,5-5 мкг/кг. Поддержание анестезии в обеих группах не отличалось. Обезболивание осуществлялось титрованием фентанила в 1 группе с или без повторным введением наркотических средств в наиболее травматичные этапы операции во 2 группе пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов 1 группы обезболивание осуществлялось опиодными анальгетиками (промедол), во 2 группе - за счет спинального компонента, продолжительность действия которого до 24 часов. Дополнительное обезболивание опиодными анальгетиками потребовалось 12,5% пациентов (n=5).

Результаты и их обсуждение. Объем интраоперационной кровопотери в 1 группе составил 1118,8±453,1 мл, во 2 группе 635,1±789,9 мл. Кровопотеря в 1 сутки послеоперационного периода в 1 группе составила 926,8±471,8 мл, во 2 группе 491,5±294,2 мл. Очевидным является факт значительного снижения кровопотери на всех этапах послеоперационного периода во 2 группе. Важно отметить, что пациентам 1 группы во время хирургического вмешательства трансфузия ЭМ осуществлялась в 52,1% случаев и в 8,1 % у пациентов 2 группы. Экстубацию осуществляли в 1 группе 100 % пациентов в ОРИТ через 105,1±11,4 мин продленной ИВЛ. Во 2 группе 75,6 % пациентов были экстубированы в операционной. Расход фентанила во время операции в 1 группе – 1,3±0,4 мг, во 2 группе 0,4±0,2 мг. Потребность в дополнительном введении промедола во 2 группе возникла только у 12,5 % пациентов и составила 30 ± 20 мг/сут, пациенты 1 группы обезболивались в 100% случаев. Во 2 группе болевой синдром был минимален, вследствие высокоэффективного спинального компонента и составил в покое 1,3 ± 0,9 баллов по ВАШ, при активизации 3,1 ± 0,7 баллов, в сравнении с 1 группой: 5,6 ± 0,8 баллов и 7,2 ± 0,9 баллов соответственно.

Выводы. Применение метода комбинированной анестезии позволяет снизить объем кровопотери во время и после операции, сократить объем переливаемых донорских препаратов крови, минимизировать последствия травматичного вмешательства и сократить восстановительный период после операции.