

ВАРИАНТЫ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И СПИНАЛЬНОЙ С НИВЛ У ЖЕНЩИН С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

¹Садуллаев М.М., ²Қодиров Х.Х., ²Шодмонов У.Ж., ²Сайдилов С.У.

¹Самаркандский медицинский университет. Узбекистан, Самарканд

²Самаркандский филиал РНЦЭМП. Самарканд, Узбекистан

Введение: До настоящего времени для анестезиологического обеспечения операций кесарево сечения у женщин с внебольничной пневмонией с учетом тяжести пневмонии и ОДН нет единой рекомендаций по выбору способа обезболивания.

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

Материалы и методы исследования: Объектом проспективного исследования явились 86 беременных страдающие с внебольничной пневмонией и дыхательной недостаточностью I степени. Все наблюдаемые нами пациентки с внебольничной пневмонией и ОДН I степени подвергались к абдоминальному родоразрешению в экстренном и плановом порядке. Все женщины оперированны в период с 2018 года по 2023 года в акшерском 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 FiO_2 -60-100%, во 2-ю группу (n=28) вошли женщины оперированные с использованием эпидуральной анестезии (ЭА) на фоне НИВЛ с положительным РЕЕР FiO_2 -60-100%, в 3-группу (n=24) вошли женщины оперированные с использованием сбалансированной эпидуральной анестезии (СбЭА) на фоне НИВЛ с положительным РЕЕР FiO_2 -60-100%. Для проведения спинальной и эпидуральной анестезии придерживались стандартов пункции и катетеризации. Оперативное вмешательство начинали с развитием полной сегментарной сенсорно-моторной блокады. Всем женщинам после извлечения плода с целью уменьшения психо-эмоционального напряжения внутривенно вводили сибазон (0,2 мг/кг/час). Женщинам 3-ой группы после премедикации димедролом (0,2 мг/кг) и превентивной инфузии солевых растворов (6-8 мл/кг) при отсутствии клинических признаков субарахноидального блока через эпидуральный катетер вводили сбалансированный 0,375% раствор бупивакаина. Оперативное вмешательство начинали с развитием полной сегментарной сенсорно-моторной блокады. В качестве гипнотического компонента и для адаптации женщин 3-й группы на неинвазивную вентиляцию легких (НИВЛ) после пережатия пуповины использовали сибазон

(0,07-0,15 мг/кг) или дексмететомидин скорость инфузии которого составляла 0,7 мкг/кг/ч в/в, поддерживающая 0,2-0,7 мкг/кг/ч в/в. Для купирования дыхательной недостаточности, а также, для предотвращения вентилятор-ассоциированное повреждение легких производили установку параметров ИВЛ «СРАР» на дыхательных аппаратах AVENTA, ФАЗА, Mindray (дыхательный объем не более 6 мл/кг к идеальной массе тела (ИМТ), положительный РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст с 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 Р. 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 – среднеарифметическое значение, m – стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Характеризуя клиническое течение СА 0,5% гипербарическим раствором бупивакаина с НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст с подачей кислорода FiO_2 -60-100% (1-я группа), следует отметить, что классические признаки полной сегментарной сенсорно-моторной блокады формировались к 8-10 минуте с момента субарахноидального введения местного анестетика. Однако уровень их распространения в отличие от пациентов 1-й группы превышал уровень T_6 - T_7 , достигая T_4 - T_5 дерматомов, что можно объяснить, высоким внутрибрюшным давлением которое имело своё место на фоне беременной матки, одышки и дыхательной недостаточности. Клиническое течение ЭА (2 группа) 0,5% раствором бупивакаина респираторной поддержкой с НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст с подачей кислорода FiO_2 -60-100%, практически не отличалось от 1-й группе 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 требовала интраоперационной вазопрессорной поддержки. Характеризуя течение сбалансированной ЭА 0,375% раствором бупивакаина и непрерывной инфузией пропафола 0,3–4 мг/кг/ч. или дексмететомидина скорость инфузии которого составляла 0,7 мкг/кг/ч в/в, поддерживающая 0,2-0,7 мкг/кг/ч (3 группа) при сохраненном дыхании на фоне респираторной поддержки с НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст с подачей кислорода FiO_2 -60-100% следует отметить, что уже через 8-10 минут с момента эпидурального введения обезболивающих и седативных препаратов формировался 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 сенсорно-моторной блокады, достигая максимума к 15-ой минуте с продолжительностью хирургической стадии в 1,5-2,0 часа. Введение седативных препаратов вызывало дремотное состояние, безразличие к окружающему, хорошо адаптировались на НИВЛ. Однако, все пациенты были доступны контакту, что позволило проводить необходимые функциональные исследования. В дальнейшем все наблюдаемые нами женщины никаких жалоб не предъявляли даже в случаях расширения объема оперативного вмешательства. В течение всей операции артериальное давление оставалось стабильным, ЧСС урежалась на 5-7 уд. в мин. Клинических признаков усугубления гипоксии и гиперкапнии не наблюдали. По окончании операции все больные были активны, доступны контакту, жалоб на болевые ощущения не предъявляли ещё в течение 5-6 часов. Следует отметить, что всем женщинам (1-я, 2-я и 3 группа) респираторная поддержка с НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР 5 мм.вод.ст с подачей кислорода FiO_2 -60% продолжалось и в послеоперационном периоде.

Выводы: Таким образом, несмотря на высокую антиноцептивную эффективность апробируемых нами вариантов ЦНБ наиболее приемлемой в плане безопасности следует считать ЭА со сниженными концентрациями бупивакаина с непрерывной инфузией пропафола 0,3–4 мг/кг/ч. или дексметомидина скоростью инфузии которого составляла 0,7 мкг/кг/ч в/в, поддерживающая 0,2-0,7 мкг/кг/ч при сохраненном дыхании на фоне респираторной поддержки с НИВЛ в режиме СРАР с положительным РЕЕР от 5-10 мм.вод.ст с подачей кислорода FiO_2 -60-100% связи с её минимальным негативным влиянием на основные системы жизнеобеспечения.

Литература:

1. Omonov X. S. et al. MODERN METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE CRISIS //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 78-91.
2. Sa'dullayev M. M. et al. BOSH MIYADA QON AYLANISHINING O'TKIR BUZILISHI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 111-119.
3. Sadullayev M. M. et al. ASSESSMENT OF ANESTHESIA EFFICIENCY IN OTORINOLARINGOLOGY //Boffin Academy. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 169-184.
4. Sadullayev M. M. et al. DEFINITIONS OPTION OF PREMEDICATION IN GYNECOLOGICAL PATIENTS DURING PERIMENOPAUSE.(LITERATURE REVIEW) //Boffin Academy. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 220-228.
5. Sadullayev M. M., Pulatova N. E., Abdimurodov A. K. GUILLAIN-BARR? SYNDROME WITH BULBAR DISORDERS, ATAXIA AND

- HYPERMOMNIA AT THE ONSET OF THE DISEASE //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 120-130.
6. Бутаева Н. Э. и др. НОВЫЕ МЕТОДЫ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ //Boffin Academy. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 205-214.
 7. Каримов Ж. Ш., Тухтаев Д. К., Хурсанов Ё. Э. МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 68-77.
 8. Курбонов Н. А., Хурсанов Ё. Э., Эркинов Ш. Ш. НОВЫЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Boffin Academy. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 129-139.
 9. Отақулов А. Г., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.) //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 56-67.
 10. Садуллаев М. М. и др. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ЖЕНЩИН С COVID-19 //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 139-145.
 11. Саъдуллаев М. М. и др. НОВЫЙ МЕТОД АНЕСТЕЗИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ //Science and innovation. – 2023. – Т. 3. – №. 5. – С. 205-215.
 12. Саъдуллаев М. М. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ ВОЗМОЖНОСТИ НИЗКОПОТОЧНОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 2. – С. 88-98.
 13. Янгиев Б. А. и др. НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 88-97.