

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Насретдинов З.Т., Эшбадалов Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одна из важнейших задач анестезиологии – выбор метода обезболивания, не только обеспечивающего адекватную анестезию и нейровегетативную стабилизацию, но и минимизирующего риск развития осложнений. В отделениях детской оперативной стоматологии достаточно много операций, проводимых в челюстно-лицевой области [3].

Эти больные дети часто имеют сопутствующую патологию: пороки развития других органов и систем, в том числе врожденные пороки сердца, гипотрофию, анемию. Эти дети более подвержены респираторным инфекциям, имеют сниженную жизненную емкость легких, прежде всего, уменьшение резервного объема вдоха [1,4].

При оказании анестезиологического пособия пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области, особенно при сопутствующем синдроме Пьера Робена и микрогнатии, часто возникают случаи трудной интубации. При проведении традиционной эндотрахеальной анестезии при операциях в челюстно-лицевой области у детей для экстубации трахеи требуется полное восстановление сознания и кашлевого рефлекса, чтобы ребенок сам мог эвакуировать скопившуюся слюну и кровь, часты случаи послеоперационной тошноты и рвоты. Общее поле деятельности хирурга-стоматолога и анестезиолога создает определенные затруднения для работы каждого из них [2].

Таким образом, выбор метода анестезиологического пособия, обеспечивающего эффективную и безопасную защиту и гладкое течение послеоперационного периода у детей при операциях в челюстно-лицевой области, остается актуальной проблемой стоматологии [5,6].

Цель исследования

Изучение возможности и эффективности использования в анестезиологическом обеспечении челюстно-лицевых операций при проведении эндотрахеальной анестезии у детей в зависимости от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей.

Материал и методы

В клинике челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра г. Андижана за период с 2016 по 2018 гг. у больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при оперативных вмешательствах по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области применялся эндотрахеальный наркоз.

Результаты

Из общего количества операций (242) по поводу врожденных расщелин неба было проведено 74; врожденных расщелин губ – 96; гемангиом – 21; других доброкачественных опухолей – 32; рубцовых деформаций лица – 19.

Показаниями к проведению эндотрахеального наркоза у детей при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области служили:

- 1) анатомо-физиологические особенности детского возраста;
- 2) патологические изменения челюстно-лицевой области;
- 3) характер оперативного вмешательства.

Дети в силу анатомо-физиологического строения сердечно-сосудистой и дыхательной систем при проведении эндотрахеального наркоза обладают значительно меньшими адаптационными и компенсаторными способностями, чем взрослые. Дети более чувствительны к кровопотере, гипоксии и гиперкапнии.

Из-за этих особенностей детского организма наркоз у детей дошкольного возраста проводится по полуоткрытому и полужакрытому способам. У 50 детей мы использовали полуоткрытый способ эндотрахеального наркоза, у 151 – полужакрытый способ. Следует отметить также лабильность детской психики, их боязнь манипуляций, поэтому при проведении эндотрахеального наркоза подбирается оптимальная методика: ввод в наркоз осуществляется закисью азота с последующей венепункцией с добавочным введением в вену тиопентала. Такие способы вводного наркоза нами использованы у 43 детей; у 258 детей индукция осуществлялась только внутривенным введением

тиопентала натрия.

Характер патологических изменений челюстно-лицевой области и методы оперативного их лечения определяют выбор путей и методов интубации, необходимость применения методов, предупреждающих гипоксические изменения в результате кровопотери, количество переливаний крови для восполнения кровопотери, а в совокупности с особенностями анатомо-физиологического строения детского организма – выбор наркотика для поддержания наркоза.

При проведении эндотрахеального наркоза у детей с патологией челюстно-лицевой области интубация осуществлялась через рот под контролем прямой ларингоскопии у 171 ребенка, через рот тактильным методом – у 3; через нос под контролем прямой ларингоскопии – у 120; через нос «вслепую» – у 6 и через трахеостому – у 1.

Наркоз поддерживался эфиром у 77 детей, закисью азота – у 160; смесью закиси азота с эфиром – у 6, смесью фторотана с закисью азота – у 58.

Выводы

1. Как показывает наш опыт, для поддержания наркоза у детей наиболее целесообразно использовать закись азота с фторотаном.

2. Наибольшая кровопотери отмечалась при иссечении кавернозных гемангиом лица, резекции нижней челюсти: у 6 детей ее объем составил 750 мл, у 2 – 850 мл, у 3 – 1000 мл.

3. Кровопотеря определялась в процессе операции гравиметрическим методом и полностью восполнялась переливанием крови прямым способом у нескольких больных. Опасных для жизни осложнений и летальных исходов, связанных с наркозом, не было.

Литература

1. Берлинский В.В., Берлинский В.Ф. Кетамин-клофелиновый наркоз у детей // Анест. и реаниматол. – 1995. – №5. – С. 38-40.

2. Виноградов В.М., Дьяченко П.К. Основы клинической анестезиологии. – Л.: Медицина, 1961. – 359 с.

3. Виноградов В.Л., Ларионов И.Ю. Клофелин в схеме внутривенной анестезии при операциях у тяжелообожженных // Анест. и реаниматол. – 2002. – №3. – С. 49-52

4. Донскова Е.Ю., Конев А.М. Применение даларгина в детской реанимационной и анестезиологической практике // Педиатрическая анестезиология, реанимация и интенсивная терапия: Материалы Рос. конгресса. – М., 2001. – С. 100.

5. Piper S.N., Fent M.T., Rohm K.D. et al. Urapidil does not prevent postanesthetic shivering: a dose-ranging study // Canad. J. Anaesth. – 2001. – Vol. 8 (48). – P. 742-747.

6. Stevard D.J., Lerman J. Manual of pediatric

anesthesia. – Philadelphia: Churchill Livingstoun, 2001. – 559 p.

Цель: изучение возможности и эффективности использования в анестезиологическом обеспечении челюстно-лицевых операций при проведении эндотрахеальной анестезии у детей в зависимости от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей. **Материал и методы:** в клинике челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра г. Андижана за период с 2016 по 2018 гг. у больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при оперативных вмешательствах по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области применялся эндотрахеальный наркоз. **Результаты:** наркоз поддерживался эфиром у 77 детей, закисью азота – у 160; смесью закиси азота с эфиром – у 6, смесью фторотана с закисью азота – у 58. Опасных для жизни осложнений и летальных исходов, связанных с наркозом, не было. **Выводы:** наиболее целесообразно для поддержания наркоза у детей использовать закись азота с фторотаном.

Ключевые слова: лечение, наркоз, эфир, врожденные расщелины губы, челюстно-лицевая область, дети, гемангиома.

Purpose: To study the possibility and effectiveness of using in anesthetic support of maxillofacial operations during endotracheal anesthesia in children, depending on the individual anatomical and physiological characteristics. **Material and methods:** In the clinic of maxillofacial surgery of the regional multidisciplinary children's center in Andijan for the period from 2016 to 2018. endotracheal anesthesia was used in patients aged 6 months to 18 years during surgical interventions for various diseases of the maxillofacial region. **Results:** Anesthesia was maintained with ether in 77 children, with nitrous oxide – in 160; a mixture of nitrous oxide with ether – in 6, a mixture of fluorothane with nitrous oxide – in 58. There were no life-threatening complications and deaths associated with anesthesia. **Conclusions:** It is most expedient to use nitrous oxide with fluorothane to maintain anesthesia in children.

Key words: treatment, anesthesia, ether, congenital cleft lip, maxillofacial region, children, hemangioma.