

НАШ ДОСВІД ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ДИТЯЧІЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Найпоширенішими хірургічними втручаннями в дитячій оториноларингології є операції на лімфаденоїдному глотковому кільці, що складають понад 90% і включають аденотомію, тонзилотомію, тонзилектомію у вигляді, як монооперації, так і проведенні комбінованого втручання (аденотомія + тонзилотомія чи тонзилектомія). Відносно часто одномоментно додатково проводиться тимпанопункція чи шунтування барабаних порожнин при наявності секреторного отиту. Рідше виконується септопластика, поліпотомія, втручання на носових раковинах (вазотомія, дезінтеграція, конхотомія). Епізодично виникає необхідність в проведенні синусотомій у різному обсязі, антростаїдотомії та деяких інших втручаннях.

Хірургічні оперативні втручання на лімфаденоїдному глотковому кільці на базі ЛОР відділення ДКЛ №2 м. Києва під загальним знеболенням проводяться понад 15 років, поступово витіснивши операції без наркозу. Так, за останні 3 роки ми повністю відмовились від проведення даних втручаннях під місцевою анестезією. За даний період часу нами проведено 685 аденотомій, 1090 аденотонзилотомій, 167 тонзилектомій, інші види хірургічних втручаннях зустрічались рідше.

Операції зазвичай проводяться під інтубаційним наркозом, що пов'язано з необхідністю забезпечення адекватної прохідності дихальних шляхів, профілактики аспірації їх кров'ю. Стандартно використовується премедикація, що включає введення атропіну, сібазону, в окремих випадках вводиться дексаметазон, антигістамінні засоби у розрахунок на вік та масу тіла дитини. Для базового наркозу використовується пропофол, фентаніл та міорелаксанти переважно короткої дії (дитилін, атракурію безилат), що пов'язано з короткою тривалістю втручаннях. Для потенціювання дії та зменшення дози препаратів використовується закис азоту. При проведенні тонзилектомії у старших дітей, тривалих втручаннях у порожнині носу, на вусі використовуються пролонговані міорелаксанти (атракурію безилат, рідше піпекуронія бромід), а також

Севафлюран, застосування якого при нетривалих операціях є економічно не вигідним та статистично достовірно підвищує виникнення нудоти та блювоти.

Обов'язково проводиться інфузія сольових розчинів для компенсації крововтрати та відновлення водного балансу, починаючи з введеного наркозу, й закінчуючи в палаті по закінченню операції. Для профілактики нудоти, блювоти вводиться ондансетрон в дозі 0,1 мг\кг. Вважаємо за необхідне вводити препарати транексанової кислоти при проведенні тонзилектомії, септопластики для зменшення об'єму інтраопераційної та профілактики післяопераційної кровотеч, що значно зменшує тривалість та покращує техніку операції.

Екстубація проводиться після повної ретельної зупинки кровотечі, та детальному візуальному контролю хірургом рани, відновлення рефлексів дихальних шляхів. Важливою є санація порожнини носу та глотки після екстубації. Ми намагаємося не залишати тампони, серветки та інші сторонні предмети в порожнині глотки після оперативних втручаннях (1 задня тампонада носа інтраопераційно за 14 років), та не зашивати мигдаликові ніші.

В післяопераційному періоді акцент слід робити на вчасному та повноцінному отриманні рідини та їжі. Як правило, пацієнти після аденотомії та тонзилотомії не потребують додаткового знеболення. Старші діти після тонзилектомії, септопластики потребують додаткового знеболення у ранньому післяопераційному періоді, що супроводжується певними труднощами, котрі пов'язані з віковими обмеженнями застосування анальгетиків, та небажаним застосуванням НПВС на голодний шлунок.

Висновок:

використовуючи наркоз при проведенні класичних оперативних втручаннях у дітей ми отримали: адекватну анестезію та позитивні враження для дитини, комфортні умови роботи хірурга, хороші результати (візуалізація, ретельний контроль), значне зменшення кількості рецидивів.