

Дети, которым была выполнена субтеноновая анестезия (20 пациентов), по уровню болевых ощущений не отличаются от группы с превентивным назначением метамизола на рассмотренных этапах.

Качество ребенка раннего возраста следует рассматривать в составе диады «мать-дитя», так как в этот период развития мы имеем: наличие симбиотической связи матери и ребёнка; отсутствие у ребёнка самосознания, то есть неспособность его выделять себя из окружающего мира, строить чёткие телесные границы и границы психики: зависимость психики ребёнка от особенностей материнских психических функций.

Мы сочли возможным для оценки качества жизни в раннем послеоперационном периоде использовать материалы опросника ВОЗ КЖ 100, ориентированного на диагностику качества жизни взрослых пациентов. В качестве контрольной группы нами рассмотрены дети, которым метамизол в послеоперационном периоде назначался не превентивно, а при возникновении болевых ощущений (18 пациентов).

Из 14 шкал теста мы использовали две: IV. Способность выполнять повседневные дела. XIII. Общее качество жизни. Для оценки использовались сырые баллы теста, наивысший показатель по шкале принимался за 100%. Результаты изложены в таблице 2.

**Таблица 2. Оценка качества жизни после анестезии на основе севорана с использованием регионарной анестезии у детей, перенесших витреоретинальные операции по поводу РН ( $M \pm m$ ,  $n=40$ )**

ГРУППА	Аспект качества жизни	
	Способность выполнять повседневные дела	Общее качество жизни
Контрольная группа	56,3±7,7	50,1±10,3
Субтеноновая анестезия	77,5±10,5*	84,5±11,3*

\* достоверное отличие от контрольной группы

По рассмотренным аспектам качества жизни мы имеем достоверно более высокое качество жизни в диаде при использовании регионарного варианта обезболивания в первые сутки после операции.

Мониторинг качества жизни в ранние сроки после операции позволил определить клинически значимое преимущество, даваемое регионарными методами анестезии, заключающееся в снижении лекарственной нагрузки и удовлетворительном послеоперационном качестве жизни ребенка с высокой степенью операционного риска в составе диады «мать-дитя».

<sup>1</sup> Психология здоровья: новое научное направление // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – С. 28-30. – 607 с.

<sup>2</sup> Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.

<sup>3</sup> Бочкарева С.А. Принципы доказательной медицины в диагностике боли у новорожденных детей / Пальчик А.Б., Бочкарева С.А. // Сборник материалов Междисциплинарного конгресса «Ребенок и лекарство». – СПб., 2006. – С. 33.

<sup>4</sup> Van Dijk M., de Boer J.B., Koot H.M. et al. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants // Pain. – 2000. – 84 (2-3). – 367-7.

<sup>5</sup> Степанов А.А., Яцык Г.В., Намазова Л.С. Метод профилактики боли у детей раннего возраста при вакцинации // Педиатрич. фармакол. – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 82.

## ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОПЕРАЦИЙ НА СЛЕЗНЫХ ПУТЯХ

*С.Ф. Школьник, А.В. Антошин, И.Н. Лакомкина*

Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.Н. Фёдорова Минздрава РФ», Чебоксары

Анестезия в дакриологии, если принимать во внимание классический объем вмешательств, особенности кровоснабжения и иннервации зоны хирургического воздействия, чрезвычайно важна. Нет единого мнения о предпочтительности того или иного вида анестезиологического пособия при выполнении операций на слезных путях. Утверждение, что методом выбора является общая анестезия с обеспечением надежной проходимости дыхательных путей и защиты их от аспирации не является единственным и беспорным.

Имея достаточный опыт применения различных вариаций анестезии в дакрихирургии, мы сочли возможным провести их сравнение.

**Материалы и методы.** Из случайной выборки 500 операций восстановления нарушенного слезоттока 52% были проведены под местной анестезией и 48% – под общей. Возраст пациентов в диапазоне от 3 мес. до 102 лет. Женщин – 76%, мужчин – 24%.

Главной особенностью примененной тактики местной анестезии являлось использование комбинации двух стереотипов анестезии, один из которых распространен в офтальмологической, а другой в ринологической практи-

тике. Таким образом, цепь манипуляций, направленных на обезболивание вмешательства, включала терминальную (инстилляционную, аппликационную, инфильтрационную) и проводниковую местную анестезию. Для проведения общей ингаляционной анестезии использовался севофлуран (севоран). За 30 минут до начала наркоза проводилась стандартная премедикация, включающая внутримышечное введение атропина сульфата, димедрола, фенозепама и промедола. Вводный наркоз: внутривенно – бензодиазепины, ингаляционно – севоран с постепенным уменьшением концентрации по схеме: 8-6-4 об. % в смеси с кислородом, 6-8 л/мин. По достижении хирургической стадии наркоза III 1-2 устанавливалась ларингеальная маска, и пациент переводился на ИВЛ в режиме нормовентиляции. Основной наркоз: севоран 1,0-1,3 МАК + кислород, 2-3 л/мин. (по клинике наркоза). Анестезирующее действие севорана потенцировалось опиоидным анальгетиком фентанилом и инфильтрацией слизистой носа 2% лидокаином. В завершение операции пациент переводился на самостоятельное дыхание через ларингеальную маску, проводилась санация полости носа и ротоглотки, в ходе которой маска удалялась и устанавливался воздуховод.

**Результаты и обсуждение.** Выбор метода анестезии, подобно выбору хирургической тактики, не был однозначным и безоговорочным и являлся результатом многофакторной оценки, в том числе и общесоматического статуса пациента. Это позволило добиться не только оптимизации условий выполнения самого хирургического вмешательства, но и повышения его эффективности. Анализ анкет пациентов показал, что при использовании вышеописанной методики местной анестезии 55% не испытывали каких-либо болезненных ощущений в ходе операции, 40% сочли эти ощущения умеренными, а 5% выраженными. То есть около половины операций проходили в условиях не вполне адекватной анестезии. Применение севофлурана при ингаляционном наркозе показало себя безопасным и эффективным. Важным аспектом, подразумевающим снижение болевой реакции в ходе операции, являлось также проведение всех разрезов «радионожом», использование которого не только не вызывало болезненных мышечных сокращений, но и оказывало анестезирующий эффект вследствие нежной коагуляции нервных окончаний в ране. Кроме того, замена механических силовых инструментов (долото, кусачки, щипцы) на высокоскоростной шейвер при формировании костного окна дакриориностомы исключало болезненную реакцию со стороны больного в ходе традиционно самой травматичной части операции. В случае операций на слезоотводящем тракте под общей анестезией дополнительного введения миорелаксантов не требовалось. Возможно, это исключило усиление интраоперационного кровотечения, что вполне вероятно при общем обезболивании. Описанные в литературе побочные реакции на севоран в виде тошноты и рвоты в постнаркозном периоде с успехом профилактировались интраоперационным внутривенным введением препаратов, блокирующих серотониновые рецепторы (ондансетрон в дозе 0,1 мг/кг), а также адекватной возрасту и весу (10-20 мл/кг) инфузией кристаллоидных растворов.

## ВЫВОДЫ

Вопрос выбора метода обезболивания при операциях на слезных протоках должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае. Расширение показаний к общей анестезии в ходе операций на слезных протоках оправдано и необходимо для специализированных в этом направлении клиник. Снижение травматичности манипуляций посредством совершенствования хирургических технологий позволяет сместить приоритеты при выборе метода обезболивания в пользу местного.