

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОРМИКУМА КАК КОМПОНЕНТА ПРЕМЕДИКАЦИИ И АТАРАЛГЕЗИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

А.В. Бекасов, И.Г. Волошенко, Л.А. Штох, В.В. Вишневецкий

Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница,

гл. врач — к.м.н. С.С.Ильенков.

Резюме. Проведено исследование дормикума как компонента премедикации и атаралгезии с целью оптимизации анестезиологического обеспечения в офтальмохирургии.

Ключевые слова: дормикум, премедикация, атаралгезия, офтальмохирургия.

Очевидно, что задачей анестезиолога является не только проведение общего обезболивания, но и правильный выбор вариантов и компонентов анестезиологического пособия.

Особенности строения органа зрения, необходимость поддержания внутриглазного давления, общей и регионарной гемодинамики в пределах нормы во время операции и в послеоперационном периоде, наличие сопутствующей соматической и возрастной патологии у подавляющего числа пациентов приводит к значительному превышению риска анестезиологического пособия по сравнению с риском оперативного вмешательства в офтальмохирургии.

Все вышесказанное определяет необходимость разработки тактических подходов к анестезиологическому обеспечению офтальмологических операций.

Современной тенденцией является выполнение сбалансированной внутривенной анестезии или углубленной седации в сочетании с регионарной анестезией, применение регионарной анестезии с индивидуальным подбором препаратов, обязательный постоянный мониторинг, коррекция параметров гемодинамики, респираторная поддержка [2, 4].

Нами осуществлён анализ использования дормикума в качестве компонента премедикации и внутривенной анестезии при операциях по поводу отслойки сетчатки и энуклеации глазного яблока. Всего проведено 30 анестезиологических пособий. Все операции осуществлялись в плановом порядке при условии компенсации сопутствующей соматической патологии. Адекватность премедика-

ции и анестезии оценивали по шкале степени седации Ramsay [3, 7], показателям гемодинамики (САД, ДАД, PS), дыхания (SaO_2), степени седации после операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

В I группу вошли 20 пациентов, которым выполнялись комбинированные операции по поводу отслойки сетчатки (наложение циркуляжа + пломбирование + замещение стекловидного тела силиконом). Возраст пациентов был от 18 до 55 лет (средний возраст — 38,4 года), степень риска составила по ASA I—II, продолжительность операции колебалась от 40 до 90 минут.

Премедикация: на ночь и утром за 2 часа до операции назначали седуксен 5 мг перорально [5, 6]; за 30—40 мин до операции вводили внутримышечно раствор трамала 1,5—2 мг/кг; тавегила 1—2 мг; атропина 0,01 мг/кг; дормикума 0,05—0,07 мг/кг. В операционной выполнялась регионарная анестезия с использованием 2 % раствора лидокаина и 0,5 % раствора маркаина: крылонебноорбитальная блокада по Вайсблату, блокада лицевого нерва, ретробульбарная блокада [1]. Всем пациентам выполнялась внутривенная сбалансированная анестезия, включающая введение раствора дормикума 0,1—0,15 мг/кг/час и фентанила 1—1,5 мкг/кг с добавлением кетамина 0,3—0,5 мг/кг на травматичные моменты операции.

Во II группе (10 пациентов) раствор дормикума использовался как компонент атаралгезии при выполнении энуклеации глазного яблока по поводу терминальной глаукомы, увеита. Возраст пациентов составил 65—80 лет (средний — 74,4 года), степень риска равнялась по ASA III—IV, продолжительность операции была от 30 до 60 минут. Премедикация осуществлялась внутримышечным введением раствора кетанова 15—30 мг за 30 мин до операции; внутривенным введением на операционном столе — раствора атропина 0,3—0,7 мг, тавегила 1—2 мг. Выполнялась блокада лицевого нерва и ретробульбарная анестезия. Атаралгезия включала внутривенное введение растворов промедола 0,15 мг/кг и дормикума по 1—1,5 мг до полного выключения сознания.

Премедикация в I группе оценена как удовлетворительная. К моменту начала операции пациенты были сонливы, некоторые засыпали с сохранением реакции на прикосновение или громкий звук, не отмечали болезненных ощущений

при проведении регионарной анестезии.

По ходу оперативного вмешательства в обеих группах установлено достоверное снижение показателей САД и ДАД на 10—15 % от исходных. Изменений пульса с развитием брадикардии, аритмии во время манипуляции на глазных мышцах не отмечено ни у одного пациента. У них сохранялось адекватное спонтанное дыхание (SaO_2 95-100 %) на фоне кислородной поддержки 2—3 л/мин через носовой катетер.

Во II группе пациентов аналгезия и седация во время операции были достаточными, что позволило отказаться от углубления анестезии дополнительным введением внутривенных анестетиков (растворов кетамина, дипривана).

После окончания операции период полного восстановления сознания длился в пределах 10—15 минут в зависимости от продолжительности операции и дозировки кетамина. Через 30 минут после полного пробуждения больные переводились в профильное отделение и, как правило, в дальнейшем наблюдении врача анестезиолога-реаниматолога не нуждались.

Таким образом, введение раствора дормикума, как компонента премедикации и атаралгезии, с применением аналгетических доз кетамина, может являться альтернативой тотальной внутривенной анестезии при операциях по поводу отслойки сетчатки. Использование препарата “дормикум”, как компонента атаралгезии позволяет отказаться от внутривенных анестетиков (кетамина, дипривана) при проведении операций средней травматичности у геронтологических больных в офтальмохирургии.

USAGE DORMIKUM AS A PREMEDICATION COMPONENT AND ATARALGESY IN OPHTHALMOSURGERY

A.V. Bekasov, I.G. Voloshenko, L.A. Shtoh, V.V. Wishnewskij

Krasnoyarsk regional ophthalmologic clinical hospital

The research of dormikum as a premedication and ataralgesy was carried out with the purpose of anesthetic management optimization in ophthalmosurgery.

Литература

1. Вайсблат С.Н. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. - Киев, 1962. – 151 с.
2. Виленчук Е.А., Кулакина Т.Ф. Анестезиологическое обеспечение комбинированных офтальмологических вмешательств // VI съезд офтальмологов России: тез. докл., - М, 1994. – 345 с.
3. Морган Д., Минд С.М. Клиническая анестезиология. - С.-Петербург, 2000.
4. Ободов В.А., Тахчиди Х.П. Обеспечение безопасности пациента в офтальмохирургии: мат. 2-ой Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии. - Екатеринбург, 2001.- С. 299-301.
5. Инжутова И.Г. Индивидуальная премедикация в хирургии катаракты: автореф. дис... канд. мед. наук. - Красноярск, 1997. – 26 с.
6. Назаров И.П., Гололобов В.Т., Попов А.А., Инжутова И.Г. Премедикация в анестезиологии. - Красноярск, 1999. – С. 111-118.