

## ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСОБИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Усмонова Нигинабону Усмоновна**

**Усмонов Амирбек Усмонович**

*Научный руководитель: Олтиев Усмон Бебитович*

*PhD ассистент кафедры хирургической болезни и реанимации*

*Бухарский государственный медицинский институт .*

**Цель исследования:** *Изучение и анализ адекватности различных видов анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах у больных синдромом диабетической стопы.*

**Материал и методы.** Проанализированы результаты оперативных вмешательств по поводу тяжёлых форм синдрома диабетической стопы, в условиях общей интубационной и стволовой - проводниковой анестезии. В работу положены данные, основанные на изучении результатов анестезиологического пособия при хирургическом лечении 139 больных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Больные условно разделены на 2 группы: (I-контрольной и II-основной). Первую группу составили 72 (51,8%) больных, которым анестезия проводилась с помощью общего интубационного наркоза. Вторую группу составили 67 (48,2%) больных, которым анестезия при оперативных вмешательствах на нижних конечностях выполнялось путём стволовой-проводниковой блокады. Методика анестезии заключалась в блокаде как седалищного так и одновременно бедренного нервов под контролем ультразвуковой сонографии. Соноанатомическими ориентирами для выполнения блокады седалищного нерва служили: двуглавая мышца бедра, подколенная артерия, седалищный нерв, разветвление седалищного нерва, на большеберцовый и малоберцовый. Методика анестезии седалищного нерва: Пациент находится в положении лежа на спине. Нога на стороне блокады согнута под тупым углом в коленном суставе. Стопа и голень находятся на подставке, при этом необходим доступ к ниже-дистальной части бедра для работы с датчиком аппарата УЗИ. Левую руку с зажатым линейным датчиком ставят на 6-8см выше подколенной складки, к зоне разветвления седалищного нерва. Визуализируют подколенную артерию. Седалищный нерв расположен латеральнее и более поверхностно под двуглавой мышцей бедра, как правило, в виде округлого образования. Иглу вкалывали по боковой поверхности бедра. Наилучший эффект блокады достигался при условии когда анестетик (лидокаин 1,5%-10-15мл) вводился со всех сторон нервного ствола. Далее проводилась блокада бедренного нерва. Соноанатомическими ориентирами бедренного

нерва служили: бедренная артерия и вена, подвздошная фасция, широкая фасция, подвздошно-поясничная мышца, глубокая артерия бедра, аномальные сосуды. Методика блокады (анестезии) бедренного нерва: Техника блокады бедренного нерва: пациент лежит на спине, рука на стороне блокады отведена. УЗИ аппарат располагается напротив анестезиолога. Ультразвуковой линейный датчик устанавливается под паховой складкой перпендикулярно бедренным сосудам. Основным ориентиром являлась пульсирующая бедренная артерия. Бедренный нерв расположен латерально от артерии, бедренная вена медиально. Давление на датчик было минимальной что предотвращало коллапсирование вены. Бедренный нерв является гиперэхогенным, по форме может быть разным. Укол иглы проводится по технологии (in plane) под латеральным краем датчика, в медиальном направлении и книзу. Кончик иглы должен постоянно находиться в плоскости датчика. После прокола широкой и подвздошной фасции кончик иглы устанавливают под бедренным нервом над подвздошно-поясничной мышцей (идеальная позиция). Введя половину анестетика, необходимо выполнить репозицию иглы и ввести остальную часть анестетика над нервным стволом, достигнув эффект.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов анестезиологического пособия в целом у больных первой группы (контрольная) показал, что при общей анестезии интраоперационно, отмечалась относительная нестабильность показателей гемодинамики на всех этапах операции. У 5,0% пациентов отмечалось нарушение сердечного ритма, 10,0% случаев неуправляемая гипотония. У 35,0% больных наблюдалась длительность постнаркозного пробуждения, у 7,0% больных гипогликемическое состояние. В 20,0% случаев наблюдалась рекураризация релаксантов, а у 12,5% больных в послеоперационном периоде развилась застойная пневмония. Более того, в 18,0% случаев отмечено трудности при интубации трахеи. У пациентов второй группы, оперированных в условиях регионарной (стволовой) анестезии, через 14-15 минут после блокады нервных стволов появилась анестезия и у больных на всех этапах операции сохранялась адекватная анестезия, не требовавшей дополнительного введения анальгетиков. Гемодинамические показатели были достаточно стабильными. При этом дыхательных дисфункций не наблюдалось. Длительность анальгезии в послеоперационном периоде продолжалось от 7 часов до 11 часов. Как было выше отмечено при выполнении проводниковой анестезии нижних конечностей серьезных осложнений не наблюдалось. Тем не менее, нами были отмечены следующие явления, так у 5,0% больных после введения местного анестетика развилась головная боль, у 7,0% тошнота, и у 5,5% пациентов было отмечено мышечная дрожь. Данные симптомы нами были расценены как токсическое действие анестетика. У 4,0% пациентов отмечалась брадикардия, что купировалась введением раствора атропина сульфата. Следует отметить что, проведение регионарной анестезии обеспечила полную блокаду

ноцицепции при проведение оперативных вмешательств на нижних конечностях, а также гладкое протекание послеоперационного периода с быстрой активизацией пациентов, то есть раннему возврату к обычному приему еды и схеме инсулинотерапии, активности в пределах постели, вертикализации в положении сидя.

Выводы: 1. Проводниковые блокады седалищного и бедренного нервов являются методом выбора анестезии у больных с осложнёнными течениями сахарного диабета при операциях на нижних конечностях. 2. Предложенная методика стволовой-проводниковой блокады сочетает в себе адекватную интраоперационную анестезию, быструю активацию пациентов в пределах постели.