**Комбинированное регионарное обезболивание при множественных переломах длинных костей верхней и нижней конечности.**

**Ахмаджонов О.Н. , Абдулхаков Н.Т., Буранов Ф.Ё.**

*Отделения анестезиологии и реанимации*

*НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз, Ташкент*

В настоящее время хирургическая ортопедия и травматология располагает широким спектром высокотехнологичных корригирующих и восстановительных операций. Большинство этих операций характеризуется высокой сложностью, длительностью, многоэтапностью, значительной травматичностью и кровопотерей.

Традиционными способами анестезиологического обеспечения оперативного лечения травм и заболеваний органов опоры и движения в настоящее время являются ингаляционная анестезия и тотальная внутривенная анестезия (ТВА). В большинстве случаев применение этих методов анестезии не соответствует современным требованиям.

Указанные способы обезболивания с одной стороны значительно превышают риск самого оперативного вмешательства из-за возможности развития серьезных, вплоть до фатальных осложнений, с другой – неполноценная интра и послеоперационная ноцицептивная защита и замедленная активация больных в послеоперационном периоде.

Применение регионарных методов анестезии имеет ряд своих преимуществ. Среди них важную роль играет вербальный контакт с больным для прямого неврологического контроля, а также позволяет отказаться от дорогостоящих видов мониторинга, высокой инвазивной нагрузке, перевода пациента в послеоперационном периоде в отделение реанимации.

Выбор оптимального метода анестезии при множественных травмах конечностей зависит от общего состояния больного, характера травмы, наличия сопутствующей патологии и степени ее выраженности, возрастных изменений органов и систем.

Исходя из выше изложенного, мы провели исследования по сравнению эффективности между тотальной внутривенной анестезии с компонентом ИВЛ и комбинированного применения спинномозговой (эпидуральной) анестезии с блокадами нервных сплетений и стволов верхней конечности при множественных переломах верхней и нижней конечностей.

**Цель работы:** Изучать эффективности и безопасности комбинированного применения разных методов регионарных анестезии у пациентов с переломами верхней и нижней конечностей.

**Материалы и методы**

Работу выполняли в отделении анестезиологии и реанимации клиники НИИТО МЗ РУз. Всего исследовали 83 больных с множественными переломами верхней и нижней конечностей сопутствующими патологиями в разных внутренних органах. Больных разделили на 2 группы: в 1-ю группу (n=38) входили больные оперированные под ВТА с компонентам ИВЛ по эндотрахеальному типу, а в 2-ю группу под регионарную анестезию (n=35). В первой группе для анестезии применяли все наркотические и психотропные средства в сбалансированных дозах. Во второй группе для блокады периферических нервов верхней конечности использовали методику межлестничных или подмышечных доступов, а для нижней конечности спинномозговая анестезия. Как местный анестетик применяли 0,5% и 0,75% растворы бупивакаина. По необходимости для седатации внутривенно вводили растворы седуксена( 0,5% р-р 2,0-4,0 мл) или мидазолама(0,5% р-р 3,0-6,0 мл), а в редких случаях сочетали с раствором промедола.

Анестезию проводили поэтапно: вначале сделали спинномозговую анестезию для операции нижней конечности, а потом за 30 мин до конца операции на нижней конечности проводили блокаду нервов верхней конечности.

Для оценки адекватности анестезии в обеих группах изучали концентрацию глюкозы и кортизола в крови, и все гемодинамические показатели на пяти этапах анестезии: до начала анестезии(1-этап), после начала анестезии через 30 мин(2-этап), на самом травматичном этапе операции(3-этап), в конце операции(4-этап) и после операции в течении 1 часа.

**Результаты:**

Изучения изменения концентрации глюкозы и кортизола в крови и неинвазивных показателей гемодинамики резко не отклонились от нормы у обеих групп больных интра и послеоперационного периода. В 1-й группе больные были экстубированы в первые часы после операции и все остались для дальнейшего наблюдения в отделение реанимации. У 7% больных потребовались дополнительные коррекции гемодинамики. Больные из 2-ой группы в 94% случаев переводились в травматологическое отделение. В 6% случаев потребовались медикаментозная коррекция гемодинамики и остались для дальнейшего наблюдения в отделение реанимации.

Таким образом, комбинации разных методов регионарной анестезии с седацией у больных с множественными переломами является метом выбора, что обеспечивает адекватную и безопасную анестезию, продолжительную послеоперационную анальгезию до 3-4 часов, раннюю активацию в послеоперационном периоде.