



ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБЩУЮ АНЕСТЕЗИЮ

Маджидова Якутхон Набиевна

Ташкентский педиатрический медицинский институт Заведующая кафедрой кафедры неврологии, детской неврологии и медицинской генетики, д.м.н., профессор

Закирова Дурдона Абдужалоловна

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ассистент кафедры неврологии, детской неврологии и медицинской генетики.

Азимова Нодира Мирваситовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт Доцент кафедры неврологии, детской неврологии и медицинской генетики, к.м.н.

Цель исследования: *провести анализ литературных источников по проблеме когнитивных нарушений у детей, перенесших общую анестезию.*

Результаты исследования: Проблема развития когнитивных нарушений в послеоперационном периоде у пациентов детского возраста в последнее время стала одной из наиболее актуальных в анестезиологии, детской неврологии и педиатрии. В последние десятилетия накоплен опыт способности анестетиков оказывать нейротоксический эффект на головной мозг. Возможное патогенное влияние общих анестетиков и наркотических анальгетиков выражается в нарушении системной и регионарной гемодинамики, срыве ауторегуляции мозгового кровотока, прямом токсическом действии на нервные клетки и нарушении синтеза и высвобождения нейротрансмиттеров, что может приводить к возникновению интра- и послеоперационных церебральных осложнений у пациентов любого возраста. Наиболее распространенная форма церебральных осложнений общей анестезии – послеоперационная когнитивная дисфункция, т. е. когнитивное расстройство, развивающееся в ранний и сохраняющееся в поздний послеоперационный периоды, проявляющееся в виде нарушений памяти и других высших корковых функций (мышления, речи и т. п.) и подтвержденное данными нейропсихологического тестирования в виде снижения показателей тестирования в послеоперационный период не менее чем на 10% от дооперационного уровня. По данным литературы, когнитивные нарушения развиваются при любом виде анестезиологического пособия, при



применении анестетиков с доказанным нейропротективным действием наблюдается когнитивный дефицит в 1-е сутки после оперативного вмешательства.

Выводы: таким образом, возникновение послеоперационных когнитивных расстройств, как принято считать в настоящее время, имеет мультимодальную природу со следующими ведущими патогенетическими факторами- периоперационная системная воспалительная реакция и интраоперационный фактор: длительная артериальная гипотензия с гипоперфузией мозга, наличие микроэмболии, приводящей к церебральной ишемии.

Препараты с анестезирующими свойствами в основном делятся на две группы: 1. Местные анестетики. 2. Общие анестетики. В группу местных анестетиков, широко применяемых для обезболивания, входят новокаин, тримекаин, лидокаин, дикаин, пирромекаин, бупивакаин, совкаин.

Анестезия (греч. Ан – отрицательный суффикс и аистезис – ощущение, ощущение) – утрата чувствительности, обезболивание. Искусственная анестезия – это обезболивающее, часто используемое в хирургических операциях и других ситуациях. Различают общий и местный виды анестезии. Общая анестезия – общий наркоз; обезболивание больного с использованием химических веществ, электричества или психического воздействия. Местная анестезия – это воздействие лекарственных средств, физических или механических факторов на участок периферической нервной системы, делающий ее нечувствительной к боли. Также возможно обезболивание путем сдавливания нервных волокон новокаином (новокаином, паракаином, хемокаином, этокаином). Бесцветное кристаллическое вещество без запаха и вкуса, растворимое в воде и спирте. Широко применяется для инфильтрационной анестезии, с этой целью применяют 0,25-0,5-процентные растворы. Для слизистой анестезии применяют 5-10-процентный раствор, а для регионарной анестезии – 1-2-процентный раствор. Для субарахноидальной анестезии вводят 2-3 мл 5% раствора новокаина, а для эпидуральной анестезии – 20-25 мл 2-3% раствора. Максимальная доза, которую можно применять, составляет 20 мг/кг, эффект длится 60 минут. При возникновении новокаиновой интоксикации у больного меняется цвет лица, появляются головокружение, потеря сознания и рвота. Учащается пульс и дыхание, падает артериальное давление. Больной становится беспокойным, появляются страхи и тревога, галлюцинации. В



случаях тяжелой интоксикации больной теряет сознание, появляется возбуждение, судороги.[1]

Лидокаин (ксикаин, ксилокаин). Белый, цветной, иногда желтоватый, мелкий порошок. Хорошо растворим в воде и спирте. Лидокаин – мощный анестетик. По сравнению с новокаином он в 4 раза сильнее и в 2,5-3 раза эффективнее. Токсичность очень низкая, индекс анестезии – 4. Для инфильтрационной анестезии применяют 0,25-0,5-процентные растворы, для нанесения на слизистые оболочки – 4-10-процентные растворы. При эпидуральной анестезии вводят 50-30 мл 0,5-2-процентного раствора. Разовая доза составляет 15 мг/кг. Обезболивающий эффект лидокаина длится 90 минут.[2]

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Орипов. Местные анестетики, 2, Ташкент: Новое поколение, 2008 – стр. 188-189. ISBN 978-9943-08-238-0.
2. Азизова. Лидокаин. Ташкент: Поколение нового века, 2006 – 160 с. ISBN 978-9943-08-025-6.