Поверхностная анестезия в амбулаторной практике детского хирурга

К.м.н. Ю.Н. БОЛОТОВ, д.м.н., проф. С.В. МИНАЕВ, Е.С. МАТВЕЕВСКАЯ, асп. Е.С. НЕШТА

The surface anesthesia in outpatient pediatric department

YU.N. BOLOTOV, S.V. MINAYEV, E.S. MATVEYEVSKAYA, E.S. NESHTA

Кафедра детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии (зав. — проф. С.В. Минаев) Ставропольской государственной медицинской академии; городская детская поликлиника №3, Ставрополь

При оперативном вмешательстве у 73 детей в возрасте от 1,5 до 16 лет для местной анестезии в амбулаторных условиях использовали смесь лидокаина и прилокаина по 25 мг в виде крема. Проведены следующие вмешательства: удаление контагиозного моллюска — 28, лазерное удаление бородавок — 21, разделение синехий крайней плоти — 24. При удалении контагиозного моллюска различной локализации был отмечен хороший обезболивающий эффект. Исключение составляла область носогубного треугольника. Разделение синехий крайней плоти болевой реакцией не сопровождалось. При удалении бородавок толщиной более 0,5 см требовалась дополнительная инфильтративная анестезия или этапное лечение. В одном наблюдении регистрировали местную реакцию на препарат. Обших реакций на препарат не наблюдали. Смесь лидокаина и прилокаина является эффективным средством для местной анестезии в детской амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, анестезия, дети.

The combination of even parts lidocaine and prilocaine in crème substance was used for surface anesthesia in 73 children, aged 1,5—16 years. Such surgical interventions as molluscum contagiosum eradication, laser wart resection and prepuce synechia dissection were performed. The described anesthetic was highly effective in all areas, but the nasolabial triangle. Resection of warts larger then 0,5 sm required either additional infiltrative anesthesia or step-wise resection. Local allergic reaction was registered in one case, no systemic reactions were noticed. Generally, the used method of surface anesthesia proved to be highly appropriate in pediatric practice.

Key words: outpatient surgery, anesthesia, children.

Введение

Применение местной анестезии в педиатрии в значительной степени ограничено по ряду причин. Во-первых, дети дошкольного и младшего школьного возраста не обладают достаточными морально-волевыми качествами и не в силах преодолеть страх перед предстоящим хирургическим вмешательством. Хрупкий контакт, достигнутый долгим доверительным общением с ребенком и его родителями, мгновенно разрушается только при виде инъекционной иглы, не говоря уже о выполнении самой инъекции. В связи с этим фактом перед проведением регионарной анестезии в детском возрасте требуется наркоз или глубокое седативное воздействие [3—5]. Во-вторых, некоторые виды местной анестезии сами по себе довольно болезненны, например проводниковая анестезия по Оберсту—Лукашевичу при панариции или инфильтрационная анестезия при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки. В-третьих, дети не всегда могут адекватно оценивать свои ощущения и правильно выражать их в словесной форме [1], поэтому оценить развившийся обезболивающий эффект бывает очень трудно. Детский хирург всегда стоит перед дилеммой: выполнить малое хирургическое вмешательство без обезболивания или потратить время на болезненную процедуру анестезии, не будучи уверенным в ее эффективности из-за потерянного контакта с ребенком. В-четвертых, в детской амбулаторной хирургии есть ряд вмешательств, болезненность которых сопоставима с болезненностью анестезии, например удаление контагиозного моллюска или разделение синехий крайней плоти. Появление на отечественном фармацевтическом рынке местных анестетиков для поверхностной анестезии, способных проникать через неповрежденную кожу, может решить последнюю проблему [2, 3, 5, 6, 8, 9].

Цель исследования — оценить эффективность местных анестетиков в амбулаторной практике детского хирурга.

Материал и методы

На базе хирургического кабинета городской детской поликлиники №3 Ставрополя в течение

© Коллектив авторов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 2: 55

E-mail: b-y-n@rambler.ru

2009 г. при оперативном вмешательстве у 73 детей в возрасте от 1,5 до 16 лет для местного обезболивания использовали крем, содержащий лидокаин 25 мг + прилокаин 25 мг. Препарат применяли в дозе не более 1 г на 10 см^2 под окклюзионную повязку с экспозицией 45±5 мин [2, 5]. Выполнены следующие хирургические пособия: удаление контагиозного моллюска — 28, лазерное удаление бородавок (микрохирургическим эндофотолазерным аппаратом АЛОД-01-АЛКОМ) — 21, разделение синехий крайней плоти — 24.

Результаты и обсуждение

При удалении контагиозного моллюска различной локализации отмечали хороший обезболивающий эффект. Исключение составляла область носогубного треугольника, по-видимому, ввиду наличия большого количества нервных окончаний. При расположении элементов моллюска в области век манипуляцию в амбулаторных условиях не проводили из-за опасности попадания препарата на роговицу [2]. При наличии большого количества элементов процедуру проводили в 2—3 этапа с интервалом 1—2 дня, чтобы избежать передозировки местного анестетика и сократить время манипуляции.

Для обезболивания разделений синехий крайней плоти, когда головка полового члена обнажалась на $^1/_4$, окклюзионную повязку не накладывали, ограничиваясь лишь закладыванием местного анестетика в препуциальный мешок. Разрушение синехий крайней плоти болевой реакцией не сопровождалось. Важно подчеркнуть, что у мальчиков, которым проводилось обезболивание перед разделением синехий, не развивался страх перед обнажением головки полового члена. В связи с этим уход в домашних условиях был менее тягостен для ребенка и родителей.

При удалении бородавок достаточный уровень обезболивания достигали не всегда, что зависело от размеров образования. При толщине бородавки более 0,5 см у старших детей производили дополнительную инфильтрационную анестезию раствором местного анестетика (растворы новокаина 0,5% или лидокаина 2%). У младших детей манипуляцию выполняли в 2—3 этапа с интервалом 2—3 дня, т.е. бородавчатые разрастания срезали слоями. Болевые ощущения зависели и от режима работы лазера. Мы подбирали наименьшую эффективную мощность и использовали импульсный режим, предохраняющий ткани от перегрева. Лазерный луч направляли вначале параллельно коже, срезая бородавчатые разрастания, и лишь после этого обрабатывали корни.

В одном наблюдении регистрировали местную реакцию на препарат. У ребенка с множественным контагиозным моллюском ягодичных областей сразу после нанесения крема появились ощущение жжения, яркая гиперемия кожи в месте аппликации препарата. Местный обезболивающий эффект не развился. Остатки крема были удалены сухим тампоном. На участок гиперемии была нанесена мазь с 1% гидрокортизоном. Местные проявления в течение 20 мин купировались. Общих реакций на препарат не наблюдалось. На возможность местных реакций указывают и другие авторы [7].

Определенные неудобства в использовании крема ЭМЛА 5%, связанные с необходимостью длительной экспозиции, мы нивелировали изменением организации амбулаторного приема. При первичном осмотре ставили диагноз, вырабатывали лечебную тактику, проводили беседу с родителями и ребенком, оформляли медицинскую документацию. Анестетик наносили под окклюзионную повязку. Через 45±5 мин пациенту проводили манипуляцию, которая обычно не занимала более 3—5 мин. Если процедуру планировали заранее, то родители самостоятельно за 1 ч до приема наносили местный анестетик, что существенно сокращало время на приеме.

Таким образом, смесь местных анестетиков лидокаина и прилокаина по 25 мг в виде крема является эффективным средством поверхностной анестезии при проведении оперативных вмешательств в амбулаторной практике детского хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.* Детская хирургия. Ст-Петербург 1997; 1: 57.
2. Лекарственные препараты в России: Справочник VIDAL. М: АстроФармСервис 2006; 1216.
3. *Малрой М.* Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство. Под ред. С.И. Емельянова. М: Бином 2003; 33.
4. *Мирский В.Е., Михайличенко В.В., Заезжалкин В.В.* Детская и подростковая андрология. Ст-Петербург: Питер 2003; 92.
5. *Рамфелл Д.П., Нил Д.М., Вискоуми К.М.* Регионарная анестезия: Самое необходимое в анестезиологии. Под ред. А.П. Зильберова, В.В. Мальцева. М: МЕДпресс-информ 2007; 238.
6. *Lanigan S.* Reduction of pain in the treatment of vascular lesions with a pulsed dye laser and pneumatic skin flattening. Lasers Med Sci 2009; 24: 4: 617—620.
7. *Roldán-Marín R., de-la-Barreda Becerril F.* Petechial and purpuric eruption induced by lidocaine/prilocaine cream: a rare side effect. J Drugs Dermatol 2009; 8: 3: 287—288.
8. *Shaikh F.M., Naqvi S.A., Grace P.A.* The influence of a eutectic mixture of lidocaine and prilocaine on minor surgical procedures: a randomized controlled double-blind trial. Dermatol Surg 2009; 35: 6: 948—951.
9. *Shavit I., Hadash A., Knaani-Levinz H. et al.* Lidocaine-based topical anesthetic with disinfectant (LidoDin) versus EMLA for venipuncture: a randomized controlled trial. Clin J Pain 2009; 25: 8: 711—714.

Поступила 26.03.10