

Abstract: This study evaluated 39 children aged 12–18 undergoing elective surgery. Two infusion protocols were used: Ringer’s solution (Group I) and Sterofundin G5 (Group II). Both were administered at 5 ml/kg 30 minutes before surgery. Hemodynamic parameters and bioimpedance fluid distribution were assessed at four timepoints. Group II showed lower heart rate and higher arterial pressure immediately after infusion. Blood glucose was significantly higher in Group II after 24 hours. No significant fluid distribution changes were detected. Preoperative Sterofundin G5 infusion improves hemodynamics but may affect glucose levels postoperatively.

НЕЙРОАКСИАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ

Алимханова Г.Н., Ибраимова А.Б.

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы, Республика
Казахстан

Ключевые слова: аноректальные пороки, сочетанная анестезия, эпидуральная блокада, дети, ропивакаин, операционная аналгезия

Актуальность Выбор адекватной анестезиологической тактики при врожденных аноректальных пороках у детей имеет критическое значение для успешного исхода хирургического лечения. Нейроаксиальные блокады, в частности эпидуральная анестезия, в сочетании с общей анестезией, позволяют существенно снизить потребность в наркотических аналгетиках и миорелаксантах. Это способствует более мягкому пробуждению, лучшему послеоперационному восстановлению и снижению риска побочных эффектов.

Цель исследования Оценить эффективность и безопасность сочетанной анестезии по сравнению с комбинированной (общая анестезия + миорелаксанты) у детей с врожденными аноректальными пороками.

Материалы и методы Проведено проспективное, рандомизированное, одноцентровое исследование. Включено 60 детей, которым была выполнена заднесагиттальная аноректопластика по Реña.

Группа I (n=30) — комбинированная анестезия (пропофол, фентанил, рокуроний бромид, севофлюран).

Группа II (n=30) — сочетанная анестезия (эпидуральный ропивакаин 2 мг/кг + севофлюран).

Измерялись: гемодинамические параметры, уровень кортизола, глюкозы и лактата на 5 этапах: до операции, после индукции, во время вмешательства, при пробуждении и через сутки.

Результаты В группе I дети оставались на ИВЛ до 2 часов после операции и получали Промедол для анальгезии. В группе II дети были экстубированы сразу после вмешательства, и послеоперационное обезболивание обеспечивалось эпидуральной инфузией ропивакаина (0,2–0,3 мг/кг/ч).

Во всех случаях проводился мониторинг жизненно важных функций, осложнений не зафиксировано. Кровопотеря минимальна. В группе II отмечено более мягкое пробуждение и отсутствие необходимости в системных наркотических анальгетиках.

Заключение Сочетанная анестезия с эпидуральным компонентом при оперативном лечении аноректальных пороков у детей обеспечивает надёжную анальгезию, минимизирует применение наркотических средств и облегчает послеоперационное восстановление. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности широкого внедрения этой методики в педиатрическую практику, особенно при длительности операций до 3–4 часов.

Neuraxial Blocks in Surgical Management of Congenital Anorectal Malformations in Children

Alimkhanova G.N., Ibraimova A.B.

Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

Keywords: anorectal malformations, neuraxial anesthesia, epidural block, children, ropivacaine, combined anesthesia

Abstract: This prospective study compared combined versus neuraxial anesthesia in 60 children undergoing posterior sagittal anorectoplasty. Group I received general anesthesia with muscle relaxants and opioids; Group II — combined epidural and inhalation anesthesia with ropivacaine. Children in Group II showed faster extubation, minimal postoperative opioid use, and smooth recovery. Neuraxial techniques provide safe, effective anesthesia for pediatric anorectal surgery, with reduced drug load and improved postoperative comfort.

BIS-МОНИТОРИНГ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

**Ибраимова А.Б., Алимханова Г.Н., Акишев Ж.А., Султанкул М.С.,
Токобаева М.Т., Шекенова А.Б.**