

20-29	3	34,7±19,5	3/0	31,7±13,5	4,7±4,7	25,3±5,5	0%
30-39	5	54±7,1	3/2	73,6±13,4	1,4±0,5	11,8±4,7	0%
40-49	20	39,7±13,9	15/5	66,5±14,9	6,3±4,7	20,6±6,5	15 %
>49	10	43,2±20,2	9/1	81±5,9	14,8±9,2	28,1±16,8	80 %
MPMoIII							
<50	7	38±16	6/1	32,8±12,8	6±6	21,1±8,1	0 %
50-59	3	42,7±16,2	3/0	44±6,9	4,3±3,1	22,7±4	0 %
60-69	7	40,9±17,1	4/3	42,9±5,3	4,3±2,9	24,1±18,9	0 %
70-79	13	36,7±14,2	8/5	50,2±7,5	9,5±7,8	16,1±9,6	38,5 %
>80	9	56,1±12,2	9/0	49,2±8,1	10,4±9,5	16±8,9	66,6 %

Conclusions

1. It was observed some tendencies for major trauma patients during transportation. They depend on phase of trauma, distance between hospitals and severity of trauma according to NISS and MPMoIII.

2. The transportation of major trauma patients needs optimization through increasing caution, good equipping and special trained personal.

3. Activity of Department of Emergency Medicine should be directed on achievement of "Golden Hour" strategy in all territory the Republic of Moldova.

ANESTEZIA SUBARAHNOIDEANĂ CU XILOCAINĂ IZOBARĂ ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE UROLOGICE ENDOSCOPICE LA PACIENTUL VÂRSTNIC

BORȘ Mihail

dr. în med., conferențiar universitar

Catedra Anesteziologie și Reanumatologie Nr.2 USMF "N.Testemitanu"

Introducere

Creșterea populației vârstnice este o caracteristică esențială a epocii contemporane, fiind un fenomen comun tuturor țărilor avansate. Ținând cont de acest, fapt și că proporția de pacienți chirurgicali vârstnici este în continuă creștere, medicului anesteziolog îi revine un rol unic și deosebit, atât la evaluarea preoperatorie, cât și la managementul intra și postoperator al acestor pacienților. Anestezia subarahnoidiană este considerată anestezia de elecție la pacientul vârstnic pentru chirurgia urologică atât clasică cât și endoscopică.

Pe de altă parte însă, un efect secundar constant al anesteziei subarahnoidiene este hipotensiunea arterială (hTA), care la vârstnici se manifestă mult mai frecvent, mai intens și mai dramatic decât la tineri. Incidența mare a bolii coronariene la vârstnici crește riscul ischemiei miocardice consecutive hipotensiunii arteriale.

Majoritatea surselor literare recomandă pentru anestezia subarahnoidiană la pacienții vârstnici în chirurgia urologică clasică un volum de 3,5-4 ml xilocaina 2% izobară (70-80mg, reieșind din doză medie de 1,0 mg/kgc), administrat la nivelul L3-L4 sau L2-L3.

Aceasta însă uneori este însoțită de dereglări hemodinamice și efecte toxice marcate.

Unii autori afirma că pentru anestezia subarahnoidiană în chirurgia pacientului vârstnic un volum de 2-3 ml xilocaina 2% izobară (40-60 mg, reieșind din 0,5 mg/kgc) administrat la nivelul L3-L4 sau L2-L3, este suficient pentru a realiza un bloc senzitiv de bună/foarte bună calitate și adecvat pentru a evita hipotensiunile severe, prelungite, refractare la tratament.

Scopul

Pornind de la aceste date din literatură, scopul acestui studiu a fost acela de a vedea dacă doza de 2-3 ml (40-60 mg) xilocaina izobară: oferă o analgezie de calitate multumitoare; modifică comportamentul hemodinamic; modifică timpul de instalare a blocului senzitiv; modifică analgezia postoperatorie; influențează frecvența apariției delirului postoperator al vârstnicului, la anestezia subarahnoidiană în cadrul chirurgiei urologice endoscopice.

Material și metodă

Am efectuat un studiu comparativ, prospectiv și randomizat la 361 pacienți vârstnici (65-88 ani), cu risc anestezic ASA II-IV pentru rezecție transuretrală a prostatei / vezicii urinare / uretrei (TUR-P, TUR-V, TUR-U). Toți pacienții au fost anesteziați în condiții similare, anestezie subarahnoidiană cu ac de tip Quinche, 25G, abord median, la L3-L4 sau L2-L3 în poziție șezândă.

Volumul substanței anestezice a fost diferit, rezultând două loturi: lotul I cu câte 3,5-4 ml/70-80mg (105 pacienți) și lotul II - respectiv 2-3ml/40-60mg xilocaină 2% soluție izobară (256 pacienți), Operațiile au durat, în medie, 45 de minute cu variații între 30 și 60 de minute. S-au estimat blocul senzitiv, comportamentul hemodinamic, și s-a urmărit delirul postoperator al vârstnicului - un sindrom mental acut de etiologie multifactorială, întâlnit în chirurgia geriatrică.

Rezultate și discuții

Calitatea analgeziei a fost bună și foarte bună fără diferențe semnificative la cele două loturi. Se remarcă o diferență mare a comportamentului hemodinamic dintre cele două loturi.

Dozele de xilocaină recomandate în literatură (70-80mg) sunt doze prea mari pentru toleranța cardiovasculară a pacientului vârstnic, ele fiind uneori chiar periculoase. Scăderea dozelor anestezice are un efect benefic asupra comportamentului hemodinamic, dar calitatea și durata blocului senzitiv pot diminua dacă reducerea dozelor se face sub o anumită limită.

Ambele doze au realizat un bloc senzitiv eficient și adecvat intervențiilor urologice endoscopice. Comportamentul hemodinamic a fost însă semnificativ mai bun în cazul celui de-al doilea lot (2-3ml xilocaină 2%), amplitudinea simpaticolizei fiind mult mai diminuată.

Delirul postoperator al vârstnicului nu s-a manifestat la nici unul din pacienții în studiu.

Concluzie

Doza de 2-3ml (40-60mg) xilocaină izobară 2%, administrată din raportul 0,5mg/kgc subarahnoidian la nivelul L3-L4 sau L2-L3 la pacientul vârstnic pentru intervențiile urologice endoscopice asigură o analgezie de bună și foarte bună calitate, o stabilitate hemodinamică remarcabilă în comparație cu doza clasică și absența delirului postoperator.

PROPOFOL SAU MIDAZOLAM PENTRU SEDAREA BOLNAVULUI VÂRSTNIC SUPUS INTERVENȚIILOR UROLOGICE ENDOSCOPICE ?

BORȘ Mihail

dr. în med., conferențiar universitar

Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr.2 USMF "N.Testemitanu"

Introducere

În activitatea practică s-a observat că uneori în timpul intervențiilor chirurgicale urologice endoscopice efectuate sub anestezie subarahnoidiană o parte din pacienți prezintă anxietate și o senzație neplăcută la unele momente de lucru cu coagulatorul și cuțitul electric sau la efectuarea unor manevre de tensionare și dilatare a cailor urinare, tracție și extragere a calculilor, ș.a. Asocierea medicației sedative i.v. poate aduce un plus de calitate anesteziei loco-regionale prin efectul sedativ, amnezic și anxiolitic.

Material și metodă

Am efectuat un studiu comparativ, prospectiv și randomizat la 84 pacienți vârstnici (65-88 de ani) cu risc anestezic ASA II-IV pentru evaluarea eficienței sedării cu propofol și midazolam în timpul anesteziei subarahnoidiene cu xilocaină 2% izobară în cadrul intervențiilor urologice endoscopice. Sedarea în timpul rahianesteziei s-a realizat cu midazolam la lotul I (42 pacienți) și cu propofol la lotul 2 (42 pacienți).

Studiile anterioare au demonstrat că o rată de infuzie medie de 3,5-3,7 mg/kg/corp/oră pentru propofol și 0,25-0,27 mg/kg/corp/oră pentru midazolam, dau nivele similare de sedare la pacientul tânăr. Am redus dozele cu 25% având în vedere particularitățile vârstnicului și le-am administrat astfel: la lotul 1 - midazolam 0,25-0,3 mg/kg/corp/oră primele 10 minute, apoi infuzie continuă pe injectomat cu 0,15-0,2 mg/kg/corp/oră; la lotul 2 - propofol 3-3,5 mg/kg/corp/oră în primele 10 minute, apoi infuzie continuă pe injectomat cu 2,0-2,5 mg/kg/corp/oră. Am pornit injectomatul imediat după efectuarea rahianesteziei.

Evoluția hemodinamică s-a apreciat pe baza unui punctaj ca fiind foarte bună, bună sau nesatisfăcătoare. Anxietatea, ca stare de rău general fizic și psihic, a fost apreciată în funcție de 3 categorii de simptome: tulburări motorii, ale vigilenței și vegetative evaluate înainte de operație, în timpul operației și după trezirea din hipnoză. Nivelul sedării a fost evaluat folosind Scala lui Ramsay ca metodă de estimare obiectivă dintre cele mai cunoscute.

Rezultate

Timpul de instalare al hipnozei (nivelul IV de sedare pe scala de 6 trepte Ramsay), a fost mai tardiv la lotul cu midazolam dar fără diferențe semnificative statistic ($p > 0.005$).

Timpul de recuperare al stării de conștiință confirmat de deschiderea ochilor și obținerea unui răspuns coerent referitor la vârstă, data și locul nașterii, a fost semnificativ mai lung la lotul 1, sedat cu midazolam.

Intraoperator, hemodinamica a fost stabilă ($p > 0.005$). Scăderea tensiunii arteriale (TA) nu a depășit cu 20% valoarea preanestezică, deși a fost mai evidentă în cazul sedării cu midazolam.