

# Эпидуральная анестезия как альтернатива общему обезболиванию при хирургическом лечении пациентки с тяжелым панкреатитом

Т. Л. Романова, И. В. Николаев

ГКБ №79, Москва

**Epidural anesthesia as alternative of general anesthesia during surgery in patients with severe pancreatitis**

T. L. Romanova, I. V. Nikolaev

*СЧН №79, Moscow*

Не умаляя достоинств общей анестезии, приходится констатировать, что чем больше применяется медикаментов, тем выше вероятность развития у пациента аллергических реакций. Применение методов регионарной анестезии с использованием современных местных анестетиков позволяет в ряде случаев избежать развития опасных для жизни осложнений и выполнить оперативное вмешательство даже на уровне верхнего этажа брюшной полости. При этом оказывается возможным достижение адекватного сенсорного и симпатического блока при сохранении стабильной гемодинамики и самостоятельного дыхания на фоне крайне низкой степени риска развития аллергических реакций.

Пациентка С., 59 лет, поступила в ГКБ №79 г. Москвы 7.09.2007 с диагнозом: острый деструктивный панкреатит. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II (принимает энап 10 мг 2 раза в сутки, атенолол 50 мг в сутки), ожирение III степени, хронический бронхит курильщика. Аллергических реакций и перенесенных хирургических вмешательств в анамнезе не было отмечено. В течение 3 сут проводилась консервативная терапия, без эффекта и даже с отрицательной динамикой. При ультразвуковом исследовании была выявлена жидкость в сальниковой сумке. В связи с этим 10.09.07 было принято решение о проведении лапароскопической санации и дренировании сальниковой сумки. Премедикация: дормикум 5 мг, фентанил 200 мкг, вводный наркоз: диприван 200 мг, тракриум 50 мг, интубация трахеи без особенностей, ИВЛ респиратором РО-9Н с ДО 600 мл, МОД 8,5 л/мин. Практически сразу было отмечено высокое пиковое давление

на вдохе (30 см вод. ст.), при аускультации выслушивались сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Внутривенно введен эуфиллин 2,4% 10,0, преднизолон 60 мг, супрастин 40 мг (2 мл). Однако в течение последующих 5 мин сопротивление на вдохе достигло 45–50 см вод. ст., было отмечено значительное ослабление дыхания и увеличение количества свистящих хрипов, SatO<sub>2</sub> снизилась до 90–92%. Данное состояние было расценено как генерализованный бронхоспазм, обусловленный, вероятно, гистамино-либераторным эффектом тракриума. От оперативного вмешательства было решено воздержаться. Суммарно введено: преднизолона 700 мг, эуфиллина 480 мг (20 мл), супрастина 80 мг (4 мл), эфедрина 50 мг (1 мл) подкожно и 50 мг внутривенно. Однако сопротивление в дыхательных путях не снижалось, наблюдалась тенденция к расширению участков «немного легкого», при исследовании КОС – рН 7,27; рСО<sub>2</sub> 60,6 мм рт. ст.; рО<sub>2</sub> 43,1 мм рт. ст.; НСО<sub>3</sub> 26,9 мм рт. ст., ВЕ -0,5. Развилась гипертензия – АД до 240/120 мм рт. ст. и тахикардия с ЧСС до 120 в минуту. Пациентка была переведена на ИВЛ респиратором Draeger Primus, начата ингаляция севофлюрана 1,5–2,0 об%. Бронхоспазм разрешился в течение 2 ч, со снижением давления в дыхательных путях до 20 см вод. ст., уменьшением количества свистящих хрипов и стабилизацией гемодинамики. Ингаляция севофлюрана была постепенно прекращена, больная переведена в отделение реанимации, где продолжена ИВЛ во вспомогательном режиме до полного пробуждения и восстановления спонтанного дыхания. Через 12 ч больная была экстубирована.

В течение 2 сут пациентка находилась в отделении реанимации, далее переведена в хирургическое отделение, где продолжалась консервативная терапия. Однако через 10 сут у больной появилась гипертермия, по данным УЗИ увеличилось количество жидкости в сальниковой сумке. Повторно возник вопрос о необходимости

оперативного вмешательства. Учитывая крайне высокую степень риска повторного развития бронхоспазма при проведении эндотрахеального наркоза, было решено провести наложение оментобурсостомы открытым способом в условиях нейроаксиальной анестезии.

Методом анестезии была избрана комбинированная спинально-эпидуральная анестезия. Премедикация: ксефокам 8 мг в /в, супрастин 40 мг в /в, эфедрин 50 мг п/к. Пункция эпидурального пространства на уровне T<sub>7-8</sub>, катетер 18 G ориентирован краниально. После введения тест-дозы (80 мг 2% раствора лидокаина) и отсутствия признаков спинального блока пунктировано субарахноидальное пространство иглой Pencil Point 27 G на уровне L<sub>3-4</sub>, введено 15 мг «тяжелого» маркаина. После фиксации эпидурального катетера наклейкой Eri-Fix больной было придано положение Тренделенбурга, после достижения уровня сенсорного блока Th<sub>4-5</sub> операционный стол возвращен в горизонтальное положение, в эпидуральный катетер введено 50 мг 1% раствора наропина. Седация – дормикум 5 мг. Во время операции АД колебалось в пределах 100/64–115/78 мм рт. ст., ЧСС 68–72 в 1 мин. Дыхание самостоятельное, адекватное, ингаляция кислорода через лицевую маску 5 л/мин. SatO<sub>2</sub> 98–100%, pCO<sub>2</sub> 43,7 мм рт. ст.; pO<sub>2</sub> 83,7 мм рт. ст. Оперативное вмешательство в объеме бурсооментостомии, санации и дренирования сальниковой сумки продолжалось 50 мин.

По окончании операции больная была переведена в отделение реанимации, где проводилась постоянная эпидуральная инфузия 0,2% наропина со скоростью 16 мг/час (8 мл/ч). Через 2 сут в условиях эпидуральной анестезии (ЭА) было выполнено повторное хирургическое вмешательство – ревизия и санация сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия. В эпидуральный катетер введено 50 мг 1% наропина, достигнут достаточный сенсорный и моторный блок, необходимый для выполнения данного вмешательства, артериальное давление сохранялось в пределах 118/78–134/82 мм рт. ст., ЧСС 67–78 в минуту, дыхание самостоятельное. В последующие 5 сут продолжалась постоянная эпидуральная инфузия наропина с максимальной скоростью 24 мг/ч (12 мл/ч). На фоне проводимой комплексной терапии состояние пациентки постепенно улучшалось, необходимости в дальнейших санационных вмешательствах не было, в связи с чем эпидуральный катетер был удален и больная переведена в хирургическое отделение.

Однако через 10 дней возобновилась гипертермия, возникли показания к некрсеквестрэктомии. Произведена повторная пункция эпидурального пространства на уровне Th<sub>8-9</sub>, эпидуральный катетер проведен на 3–4 см вверх, после введения стандартной тест-дозы и отсутствия признаков спинального блока, введено 10 мл 0,75% раствора наропина. Был достигнут адекватный сенсорный и моторный блок на протяжении Th<sub>5</sub>–L<sub>2</sub>, достаточный для проведения данного вмешательства. Во время операции гемодинамика

оставалась стабильной, дыхание самостоятельным, адекватным. Больная переведена в отделение реанимации, где проводилась постоянная инфузия 0,2% раствора наропина со скоростью 8–12 мл/ч. Через 2 сут выполнена еще одна некрсеквестрэктомия в условиях ЭА 10 мл 0,75% наропина, течение анестезии без особенностей. На протяжении последующих 2 сут пациентка находилась в отделении реанимации, отмечалось значительное улучшение состояния. Далее она была переведена в профильное отделение и через 3 нед выписана домой.

### Комментарий А. М. Овечкина

В настоящее время эпидуральная анестезия обычно используется в качестве: а) компонента общей анестезии, преимущественно при операциях на органах грудной клетки и брюшной полости; б) компонента спинально-эпидуральной анестезии (СЭА), преимущественно при операциях на нижних конечностях, реже – на органах малого таза.

Проведение эпидуральной анестезии (или, как в представленном случае, СЭА) при полостных вмешательствах в «чистом» виде, без ИВЛ, возможно лишь в исключительных клинических ситуациях, вроде той, с которой столкнулись авторы. Очевидно, выбор СЭА был обусловлен желанием обеспечить оптимальную мышечную релаксацию при абдоминальной операции, что не всегда возможно в условиях ЭА. В то же время не может считаться безопасной методика повышения верхнего уровня субарахноидального блока за счет использования «тяжелого» местного анестетика и придания пациенту положения Тренделенбурга. Это чревато развитием тотального спинального блока с присущими ему тяжелыми расстройствами центральной гемодинамики и дыхания, особенно у пациентов с гиповолемией и ограниченными функциональными резервами миокарда. В описанном авторами случае все прошло благополучно. Что ж, победителей не судят. Как говорит профессор Е. М. Шифман: «В каждом виде спорта есть свои чемпионы». Вот только стоит ли пытаться повторить их рекорды? На наш взгляд, более безопасной тактикой в данной ситуации было бы проведение эпидуральной анестезии без спинального компонента, с «шаговой» индукцией эпидурального блока, т.е. последовательным введением малых болюсов – 3–4 мл 0,75% ропивакаина с интервалом 15–20 мин (компания-производитель

не рекомендует использование 1% раствора анестетика для грудной эпидуральной анестезии). Кстати говоря, при проведении повторных вмешательств авторы продемонстрировали эффективность и безопасность эпидуральной анестезии в «чистом» виде.

Хочется отметить, что большую роль в успешном лечении данной (бесспорно, очень тяжелой)

пациентки сыграла продленная эпидуральная инфузия 0,2% ропивакаина, проводившаяся на протяжении всего периода пребывания в отделении реанимации. В настоящее время обсуждается положительное влияние этой методики на микроциркуляцию в поджелудочной железе и динамику уровня ферментов.



Стекло́нная спи́на. Что вы должны знать о спинномозговой анестезии (DVD-фильм). Под ред. Е. М. Шифмана

«Стекло́нная спи́на» – это название наглядного демонстрационного эксперимента, который позволяет Вам увидеть и понять то, что обычно скрыто от глаз анестезиолога, выполняющего спинальную анестезию. В фильме рассматриваются факторы, влияющие на распространение местного анестетика в субарахноидальном пространстве.

2006 г. Цена: 170 руб.

<http://www.critical.ru/shop>