

ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Труханова Инна Георгиевна

док. мед. наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи Самарского государственного медицинского

университета, г. Самара

E-mail: innasmp@yandex.ru

Иванова Ирина Владимировна

врач-анестезиолог-реаниматолог Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина, аспирант кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи Самарского государственного медицинского

университета г. Самара

E-mail: drv.v.ivanov@mail.ru

Иванов Владимир Васильевич

врач-анестезиолог-реаниматолог Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина г. Самара

E-mail: drv.v.ivanov@mail.ru

OPTIMIZATION OF MODERN APPROACHES TO ANESTHETIC MANAGEMENT FOR CHOLECYSTECTOMY OF MINIMAL ACCESS

Inna Trukhanova

doc. honey. Science, Professor, Head. Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medical Care Samara State Medical University, Samara

Irina Ivanova

anesthesiologist-resuscitator Samara Regional Clinical Hospital. M.I Kalinin, a graduate student of anesthesiology, intensive care and emergency medical Samara

State Medical University

Vladimir Ivanov

anesthesiologist-resuscitator Samara Regional Clinical Hospital. M.I Kalinin

АННОТАЦИЯ

Обоснованы преимущества одного из видов анестезиологического пособия при проведении холецистэктомий из мини доступа, путем сравнительного анализа влияния различных видов анестезии у больных с сопутствующими заболеваниями. Предложены критерии выбора анестезиологического пособия в зависимости от исходного соматического статуса больного. Показано, что минимальные изменения гемодинамики происходят во время индукции и поддержания анестезии на основе севофлурана или изофлурана.

ABSTRACT

The advantages of one type of anesthesia during cholecystectomies of mini access, through a comparative analysis of the impact of different types of anesthesia in patients with concomitant diseases. Criteria for selection of anesthesia, depending on the source physical status of the patient. It is shown that the minimal hemodynamic changes occur during the induction and maintenance of anesthesia based on sevoflurane or isoflurane.

Ключевые слова: холецистэктомия; мини-доступ; анестезиологическое пособие; гемодинамика.

Keywords: cholecystectomy; mini-access; anesthetic management; hemodynamics.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу широко распространенных заболеваний. В хирургических стационарах среди больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости больные ЖКБ занимают первое место [1, с. 24—25]. Эту болезнь справедливо считают «болезнью века» и «болезнью благополучия», имея в виду непосредственную связь ее развития с характером питания. Актуальность проблемы желчнокаменной болезни определяется не только ее широкой распространенностью, но и необходимостью дальнейшего улучшения результатов лечения.

Классическим методом лечения желчекаменной болезни (ЖКБ) остается традиционная холецистэктомия, для выполнения которой предложено много различных оперативных доступов [3, с. 88]. Преимуществами широкого доступа к желчному пузырю является достаточный обзор операционного поля и свободные действия хирургов при выполнении хирургических манипуляций. Однако большой разрез — это, прежде всего, значительная травма с повреждением чувствительных и двигательных нервных волокон, что приводит в раннем послеоперационном периоде к ограничению подвижности больного, выраженному болевому синдрому и вследствие этого развитию различных

послеоперационных осложнений. Это является отрицательным моментом в лечении больных [2, с. 13].

В последние годы в абдоминальной хирургии широко применяются лапароскопические операции. Несмотря на явные преимущества лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), к которым относятся малая инвазивность, относительно благоприятное течение послеоперационного периода, ранняя активизация больных, отсутствие послеоперационных рубцов, непродолжительная госпитализация, она сопряжена с риском развития ряда осложнений в интраоперационном и раннем послеоперационном периодах, преимущественно со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Вероятность возникновения указанных осложнений приобретает особое значение у больных, имеющих выраженную сопутствующую патологию. Побочные эффекты лапароскопических холецистэктомий, проводимых в условиях карбоксиперитонеума, связаны как с всасыванием углекислого газа в кровотоки, так и с давлением в брюшной полости, которые влияют на деятельность легких, сердца, кровотоки в крупных сосудах, а также органный кровоток [4, с. 14—15].

Пытаясь найти компромисс между двумя способами, некоторые хирурги избрали третий — удаление желчного пузыря через разрез брюшной стенки в правом подреберье длиной не более 4 сантиметров, названный холецистэктомией из мини-доступа [5, с. 56—61; 9, с. 11—16].

В настоящее время наблюдается рост количества оперативных вмешательств и медицинских манипуляций, проводимых в условиях общей анестезии, по поводу острого холецистита. Анестезиологическое пособие, призванное защищать пациента от хирургической травмы, само по себе может оказать неблагоприятное воздействие на организм. Одной из сложных проблем современной медицинской практики, обладающей в своем арсенале набором новых мощных медикаментозных средств, является их побочное действие и токсическое влияние на системы и органы. В связи с этим проблема осложнений, спровоцированных общей анестезией, становится все более

актуальной. Внедрение в клиническую практику новых операций требует оптимизации и совершенствования всего анестезиологического обеспечения, включая выбор компонентов и методики анестезии. Быстрое восстановление функционального состояния после общей анестезии является важной задачей врача анестезиолога-реаниматолога. Это относится и к негативному влиянию препаратов для общей анестезии на организм пациента [6, с. 264; 7, 8].

Однако, несмотря на большое количество исследований, посвященных различным вариантам анестезиологического обеспечения холецистэктомий из мини-доступа, до настоящего времени остаются не достаточно раскрытыми критерии выбора того или иного вида наркоза.

Цель. Улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью при холецистэктомиях из мини-доступа путем оптимизации и индивидуализации анестезиологического пособия.

Материал и методы. Обследованы 120 больных в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст $41,84 \pm 1,01$ года), подвергшихся холецистэктомии из мини доступа в плановом порядке. Из них женщин 110 (91,7 %), мужчин 10 (8,3 %). Подавляющее большинство пациентов имело сопутствующие заболевания. Артериальная гипертензия наблюдалась в 41,5% случаев; ИБС, стенокардия I-II функциональный класс — в 26 % случаев, хронические заболевания дыхательной системы — в 18,8 %, ожирение I—III — 37 % случаев. Степень риска III—IV ASA отмечена в 56,2 % случаев.

Прооперированы под комбинированной анестезией на основе ингаляционных анестетиков 60 больных, под тотальной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких 60 больных.

Всем больным на операционном столе осуществлялась премедикация в вену и состояла из наркотического анальгетика — фентанил 0,05—0,1 мг, м-холинолитика — атропин 0,5—1 мг, и седативного средства — диазепам 5—10 мг.

Техника тотальной внутривенной анестезии заключалась в следующем: индукция в наркоз — пропофол 1,5—2,5 мг/кг, фентанил 0,1—0,2 мг.

Интубация осуществлялась после внутривенного введения миорелаксанта — рокурония бромида (0,5—1,0 мг/кг). На этапе поддержания анестезии уровень нейровегетативной блокады обеспечивался введением пропофола 4—12 мг/кг в час, фентанила 0,1—0,2 мг каждые 15—20 минут. Миоплегия поддерживалась дробным введением рокурония бромида 0,3—0,5 мг/кг каждые 12—15 минут, Искусственная вентиляция легких при этом осуществлялась аппаратом Dreger Fabius Tiro 8 л/мин.

Общая комбинированная анестезия состояла из индукции — пропофол 1,5—2,5 мг/кг, фентанил 0,1—0,2 мг, поддержание анестезии осуществлялось ингаляцией газового анестетика севофлурана 0,9—2,2 об. %, или изофлурана 0,6—1,1 об. % по низкочастотной методике, фентанила 0,1—0,2 мг каждые 20—30 минут. Миоплегия поддерживалась дробным введением рокурония бромида 0,3—0,5 мг/кг каждые 15—30 минут, ИВЛ при этом осуществлялась аппаратом Dreger Fabius Tiro 2 л/мин.

Весь периоперационный период всем больным осуществлялся неинвазивный мониторинг показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений, насыщения крови кислородом, регистрацию электрокардиограммы, кроме того, исследовали КОС в капиллярной крови.

Анализ данных выполняли в среде статистического пакета SPSS 11,5 и SPSS Answer Tree 3,0. В работе представлены среднее арифметическое и его ошибка ($M \pm m$). Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Течение интраоперационного периода в группе больных, оперированных под тотальной внутривенной анестезией, сопровождалось стабильной гемодинамикой (табл. 1) , несмотря на то, что около 40 % больных исходно страдали артериальной гипертонией. Все изменения были более выражены у больных, страдающих сопутствующими заболеваниями.

В группе больных прооперированных под комбинированной анестезией гемодинамика также оставалась стабильной, даже с тенденцией к снижению

АД среднего на этапе индукции и разреза кожи, что было статистически значимо по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$). У больных прооперированных под тотальной внутривенной анестезией это было характерно только на этапе поддержания анестезии (табл.1).

Таблица 1.

Динамика АД_{ср} и ЧСС на этапах периоперационного периода

Этап операции	АД _{ср} , мм. рт. ст.		ЧСС, 1/мин	
	ЭТН + ТВА	ТВА	ЭТН + ТВА	ТВА
1.Премедикация	84 ± 11,2	88 ± 10,0	81 ± 12,1	92 ± 6,2
2. Индукция	65 ± 5,01	75 ± 12,1	76 ± 4,0	82 ± 4,1
3. Разрез кожи	67 ± 8,5	70 ± 16,2	68 ± 6,1	81 ± 5,0
4.Поддержание	77 ± 6,3	72 ± 3,1	65 ± 3,4	69 ± 5,2
5. Пробуждение	75 ± 10,2	71 ± 10,3	81 ± 7,3	75 ± 6,0

ЧСС у пациентов с комбинированной анестезией существенно снижался на этапе разреза кожи по сравнению с исходными показателями, а в группе с тотальной внутривенной анестезией пульс становился ниже исходного только с этапа поддержания анестезии.

Выводы. Отмечено, что изменения гемодинамики при холецистэктомиях из мини-доступа зависят от методики анестезиологического пособия.

Использование комбинированной анестезии на основе современных ингаляционных анестетиков является одним из приоритетных направлений в организации качественного анестезиологического пособия, позволяя добиться большей гемодинамической стабильности на протяжении всего интраоперационного периода, что особенно важно у пациентов с высоким риском кардиальных осложнений. Обеспечивает быстрый выход из наркоза и сохранение нормального эмоционального состояния пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы:

1. Абдуллаев Э.Г. Феденко В.В., Бабышин В.В. и др. Холецистэктомия из мини-доступа у больных с сопутствующими заболеваниями// Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 5. — С. 24—25.
2. Борисов А.И., Григорьев С.Г. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии у лиц с высоким операционным риском// Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 2. — С. 13.
3. Брискин Б.С., Гудков А.Н., Брюнин А.В., Котовчихина Ю.А. Возможности и трудности холецистэктомии из минилапаротомного доступа // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — Т. 6. — № 1. — С. 88—98.
4. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Эктов П.В. и др. Влияние эндоскопических и малоинвазивных технологий на улучшение результатов лечения больных ЖКБ // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 2. — С. 14—15.
5. Добровольский С.Р., Богопольский П.М., Нагай И.В. и др. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии // Хирургия. — 2004. — № 7. — С. 56—61.
6. Кахно В.Н. Особенности анестезиологического обеспечения эндоскопических оперативных вмешательств. Курс лекций/ под общей редакцией Е.И. Верещагина. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2006. — 264 с.
7. Лихванцев В.В. Анестезия в малоинвазивной хирургии. Москва: Милкош, 2005. — 95 с.
8. Харламов Борис Владимирович. Холецистэктомия из мини-доступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста: диссертация ... к. м. н.: 14.00.27 / Харламов Борис Владимирович; М., 2007. — 104 с.
9. Rozsos I., Rozsos T. Micro- and modern minilaparotomy cholecystectomy. Acta Chir Hung — 1994; — № 34: — с. 11—16.