

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ ПРИ ЛАПОРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кузнецов С.М., Метревели П.Д., Соколова С.В., Толкачев К.С., Салихов Х.Я.,

Щербатых А.В., Агрызков А.Л., Казанкова О.В., Большешапов А.А.

Кафедра факультетской хирургии ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, г. Иркутск, Клиники ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, г. Иркутск

Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время стала операцией выбора у больных желчнокаменной болезнью. Остаются спорными ряд моментов – относительно высокая частота повреждений внепеченочных желчных протоков, частый переход на лапаротомию при остром калькулезном холецистите, отказ от ЛХЭ при наличии желтухи и спаечном процессе в брюшной полости. Определенного внимания заслуживает возможность применения лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, патологией эндокринной системы и ожирением. Все это и сама методика вмешательства требуют серьезного подхода в выборе метода и способа обезболивания. Повышенное внутрибрюшное давление у всех пациентов, а особенно с патологией ССС далеко не безразлично для функции жизненно важных органов. Использование эндотрахеального наркоза является наиболее оптимальным, но часто интубация трахеи затруднена (ИМТ, «короткая шея» и т.д.). Методом выбора в данной ситуации может быть применение ЛТМ. За период 1997 – 2001 год в факультетской хирургической клинике ИГМУ лапароскопическая холецистэктомия выполнена 1170 пациентам. Женщин было 1050 (89,7%), мужчин – 120 (10,3%). Возраст больных колебался в пределах 18 – 75 лет, из лица в возрасте 60 лет и старше составили 240 (20,5%). Показанием к операции у 1080 (92,3%) явился хронический калькулезный холецистит; полипы и полипоз желчного пузыря; у 90 (7,7%) – острый калькулезный холецистит. Анамнез болезни составлял от 2 месяцев до 15 лет. Практически, у 910 (77,8%) пациентов была патология сердечно-сосудистой системы – ишемическая болезнь сердца у 503 (43%), гипертоническая болезнь – у 889 (76%), ожирение 2-4 степени – у 611 (52,3%), ХОБЛ – у 99 (8,5%), сахарный диабет – у 23 (2%) больных. Кроме того, у 526 (45%) пациентов было диагностировано - варикозное расширение вен нижних конечностей с ХВН; у 211 (18%) имели место выраженные клинические проявления хронического панкреатита. Наличие различных операций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза в анамнезе отмечали 300 (25,6%) больных. В плане обследования перед операцией проводилось ультразвуковое исследование, общеклинические исследования, ФГДС, по показаниям выполняли КТ печени и поджелудочной железы, эндо-УЗИ и обязательно проводилась спирография.

Основным критерием в выборе анестезиологического пособия были возраст и сопутствующая патология. Более 2/3 пациентов имели анестезиологически-операционный риск 11 В – 111 В по Гологорскому. Методом выбора был эндотрахеальный наркоз, причем у 470 больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, «короткой шей» - интубация трахеи заменена постановкой ларингеальной маски. Это давало возможность обеспечить адекватный газообмен, не оказывало существенных влияний на гемодинамические показатели. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений применяли обязательное введение низкомолекулярных гепаринов по традиционной схеме. Для анестезии широко использовали современные препараты «рикофол» или «диприван», обеспечивающие адекватное и управляемое проведение наркоза. Средняя продолжительность операции составила 45 минут. Операцию завершали дренированием подпеченочного и поддиафрагмального пространств во всех случаях. Переход на открытый доступ был произведен у 20 (1,7%) больных. Показанием послужил массивный рубцово-воспалительный инфильтрат в области гепатодуоденальной связки. Из особенностей послеоперационного периода следует отметить, что во всех случаях для профилактики тромбоэмболических осложнений продолжали применение низкомолекулярных гепаринов в течение 2-3 дней. Антибиотики широкого спектра действия, как правило, цефалоспорины применяем однократно в дозе 1,0 в предоперационном периоде и интраоперационно. В послеоперационном периоде к назначению антибиотиков подходим индивидуально и только по показаниям.

Применение ЛТМ является простым методом по техническому исполнению и в силу своих положительных моментов – атравматичность, исключение ларингоспазма, позволяющим свободно изменять режим вентиляции, стабилизировать показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем, должно быть рекомендовано для более широкого применения в клинической практике.