

## 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 шейей» - 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.