

ПРИМЕНЕНИЕ СЕВОРАНА ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ И ИНФРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Ш. Жумадилов, М.А. Нурдинов, С.Д. Карибай, Р.И. Ахметжанов
Республиканский научный центр нейрохирургии, Астана, Казахстан

Новые, усовершенствованные методы анестезии, а так же эволюция знаний о влиянии анестезии на функции ЦНС в немалой мере способствовали успехам современной нейрохирургии. Сегодня для нейроанестезии особую перспективу имеют те лекарственные средства, которые оказывают благоприятное воздействие на ЦНС с быстрым началом действия, короткой продолжительностью и возможностью продления эффекта повторным введением при минимальной кумуляции, что важно для быстрого пробуждения и безотлагательного проведения неврологического осмотра пациента.

Цель исследования: сравнительная клиническая оценка безопасности и эффективности анестезии с использованием севорана и изофлюрана для поддержания анестезии у пациентов с инфра- и супратенториальными опухолями головного мозга без признаков гипертензионного синдрома.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов (М - 32, Ж - 28; ASA 2 – 3 ст). Больные были разделены на две группы. В первой группе (n=27) для поддержания анестезии использовали севоран с кислородом. Во второй группе (n=33) для поддержания анестезии использовали изофлюран с кислородом. Кроме стандартного мониторинга осуществляли инвазивное измерение АД, мониторинг ETCO₂ после определения градиента между PaCO₂ и ETCO₂. Темп восстановления психомоторных функций, время до экстубации, частота нежелательных эффектов.

Результаты: в первой группе время до экстубации составило $9,8 \pm 1,7$ минут, открывание глаз на $10,1 \pm 1,2$ минуте, выполнение устных команд на $12,1 \pm 2,2$ минуте. Среднее артериальное давление (САД) снижалось с $88 \pm 13,5$ до $76,1 \pm 7,2$ мм.рт.ст. при ($p < 0,05$), увеличение ЧСС с $73 \pm 11,2$ до $78 \pm 6,3$ в мин при ($p < 0,05$). До вскрытия твердой мозговой

оболочки (ТМО) скорость введения фентанила составила от 0,03 до 0,037 мг/кг/мин. Быстрый подъем и снижение минимальной альвеолярной концентрации (МАК) без дополнительных вмешательств (гипервентиляция, увеличение потока свежего газа). У трех пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) по сравнению с дооперационным периодом отклонений ЭКГ во время и после наркоза не наблюдалось. Недеполяризующий блок миорелаксанта (ардуан) севоран пролонгировал до 227 ± 23 минут.

Во второй группе время до экстубации составило $13,9 \pm 1,4$ минуты, открывание глаз на $14,8 \pm 1,5$ минуте, выполнение устных команд на $16,2 \pm 1,8$ минуте. Среднее артериальное давление (САД) снижалось с $89 \pm 12,7$ до $71,3 \pm 10,2$ мм.рт.ст. при ($p < 0,05$), увеличение ЧСС с $72 \pm 12,1$ до $82 \pm 9,5$ в мин при ($p < 0,05$). До вскрытия твердой мозговой оболочки (ТМО) скорость введения фентанила составила от 0,02 до 0,025 мг/кг/мин. Для быстрого подъема и снижения МАК требовалось увеличение потока свежего газа и гипервентиляция. Из 5-ти пациентов с ИБС в 2-х случаях на основном этапе операции отмечались единичные предсердные экстрасистолы. Недеполяризующий блок миорелаксанта (ардуан) изофлюран пролонгировал до 265 ± 34 минут.

Злокачественную гипертермию, тошноту, рвоту и потребность в ранней анальгезии в обеих группах не наблюдали.

Выводы: севоран обеспечивает более высокую управляемость и быстрый выход из наркоза. У пациентов с ИБС для поддержания анестезии показан севоран. Недеполяризующий блок у изофлюрана сильнее. Мощность изофлюрана в смеси с кислородом (при соблюдении допустимых значений МАК для севорана и изофлюрана которые не приводили к подъему ВЧД) была выше, чем у севорана.