

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Н.А. Осипова

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

раза по сравнению со сроком, рекомендованным фирмой-изготовителем.

Основным методом лечения больных с опухолями головы и шеи (ОГШ) является хирургический, часто сочетаемый с лучевой и/или химиотерапией (ЛТ, ХТ). Специфика и степень сложности анестезиологического пособия и интенсивной терапии у этого контингента больных определяется целым рядом факторов: локализацией и распространенностью опухоли; вовлечением в опухолевый процесс важных анатомических структур (дыхательные пути, ротоглотка, шейный отдел пищевода, магистральные сосуды шеи, крупные нервы); предоперационным болевым синдромом; предоперационной ЛТ и/или ХТ.

Анестезиологическое пособие при стандартных операциях по поводу опухолей щитовидной железы, гортани, языка и др., не прорастающих и не сдавливающих соседние органы, сосуды и нервы, не представляет технических проблем. При проведении общей анестезии в МНИОИ им. П.А. Герцена используется принцип мультимодальности, предусматривающий сочетание разных гипнотических и анальгетических компонентов целенаправленного действия, что обеспечивает эффективную защиту пациента от операционной травмы при сниженных дозах всех компонентов за счет суммации или взаимного потенцирования их эффекта.

Важным компонентом премедикации наряду с бензодиазепиновым транквилизатором (предпочтительно мидазолам 0,07 мг/кг) и атропином считаем неопиоидный анальгетик из ряда НПВП – кетопрофен 1,5 мг/кг, лорноксикам 8 мг или кеторолак 30 мг в/м, применение которого продолжается затем в послеоперационном (п/о) периоде с целью обезболивания и противошокового эффекта. При противопоказаниях к НПВП используются метамизол 15 мг/кг (в/м) или непосредственно перед началом вводной анестезии – внутривенная инфузия новой формы парацетамола – перфалган (1 г в 100 мл). Рациональными элементами ОА являются мидазолам, отличающийся хорошими потенцирующими свойствами,

ми, в небольшой дозе (в среднем 0,05 мг/кг ч) в сочетании с пропофолом (1,5 мг/кг ч), а также с двумя анальгетиками центрального действия – фентанилом (0,0025 мг/кг ч) и микродозами кетамина (0,6 мг/кг ч).

Предупреждающая неопиоидная анальгезия и комбинация компонентов ОА в указанных низких дозах создают необходимые условия для достижения адекватной защиты пациента от операционной травмы при отсутствии токсического действия на организм больного, что особенно важно после предоперационной противоопухолевой терапии и при наличии больших опухолей с распадом и инфицированием. В этом случае операции должна предшествовать антибактериальная (с учетом выявленной микрофлоры), детоксикационная, инфузионная и антиоксидантная (α-токоферол, аскорбиновая кислота) терапия. Осложняющим фактором при подготовке подобных больных к операции является орофациальный болевой синдром, в том числе нейропатического характера, при вовлечении в опухолевый процесс черепно-лицевых нервов. Для устранения болевого синдрома, как правило, ассоциированного с воспалением, применяются НПВП, опиоидные анальгетики с учетом интенсивности боли (трамадол, морфина сульфат или фентанил трансдермальный), а при нейропатических симптомах – антиконвульсант (габапентин), антидепрессант (амитриптилин). У таких пациентов длительно существующая не устраненная перед операцией боль является плохим прогностическим признаком в плане последующего персистирования и усиления боли даже после хирургического удаления опухоли. Полноценная анальгетическая терапия перед операцией, проведение ОА по вышеописанному принципу и адекватное п/о обезболивание с использованием неопиоидного, опиоидного анальгетика и при необходимости – антинейропатической терапии, предотвращают хронизацию патологической боли.

Специальных подходов требуют пациенты с местно-распространенными ОГШ, у которых операции

сопряжены с образованием больших раневых дефектов, требующих закрытия реваскуляризованными соматическими или висцеральными комплексами аутоканей. Анестезиологическое пособие и п/о интенсивная терапия при этом включают специальный комплекс мероприятий по уменьшению посттравматического, ишемического повреждения тканей, профилактики тромбоза сосудистых анастомозов, оптимизации микроциркуляции. Важная роль в системе этих специальных мероприятий принадлежит инфузионно-трансфузионной терапии в режиме гиперинфузии и гемодилюции ($Ht = 30\%$), антикоагулянты (предпочтительно низкомолекулярный гепарин), ингибиторы протеаз, перфторану, пентоксифиллину,

антиоксидантной терапии, мониторингу состояния гемостаза и реологии крови.

Большое значение для безопасности пациентов имеет интенсивное наблюдение в 1-е сут после обширных операций по поводу ОГШ в условиях ОРИТ или специальной п/о палаты профильного отделения. Это позволяет своевременно выявить и устранить опасные для жизни осложнения (гематомы, отек тканей и слизистых с угрозой асфиксии, тромбоз или кровотечение из магистральных сосудов шеи и др.). Более длительного наблюдения и интенсивной терапии в ОРИТ требуют пациенты после обширных операций с микрохирургической аутоотрансплантацией тканевых комплексов.

Разработанная тактика анестезии, интенсивной терапии и обезболивания у больных с ОГШ применяется с хорошим результатом в МНИОИ им. П.А. Герцена.

ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ПРИ САМОСТОЯТЕЛЬНОМ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ХИМИОЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ

В.А. Панкратов, В.Г. Андреев

ГУ "Медицинский радиологический научный центр РАМН", г. Обнинск

Цель исследования. Повышение эффективности химиолучевого лечения рака гортани III–IV ст.

Материал и методы. В исследование включены 140 больных раком гортани с распространенностью опухоли $T_{3-4}N_0M_0$. Из них 59 пациентам проводился 8-дневный курс полихимиотерапии (ПХТ) с одновременным осуществлением лучевой терапии методом дробления дозы 1+1 Гр (в дни проведения гипертермии 1+3Гр) до СОД 30–32 Гр. После двухнедельного перерыва химиолучевое лечение продолжили до СОД 50–52 Гр 35 больным, 28 пациентов оперированы в связи с остаточной опухолью. В контрольной группе (81 больной), лечение проведено по аналогичной методике без ПХТ.

Результаты. При сравнительном анализе безрецидивной и общей выживаемости пациентов, пролеченных самостоятельным термохимиолучевым методом, с контрольной группой живых без рецидива и метастазов в течение 5 лет с распространенностью

$T_3N_0M_0$ соответственно — $70,6 \pm 11,1$ и $40,8 \pm 7,0\%$ ($p < 0,1$), общая выживаемость равнялась — $88,2 \pm 7,8$ и $61,2 \pm 7,0\%$ ($p < 0,1$). При $T_4N_0M_0$ безрецидивная выживаемость составила $50,0 \pm 17,7$ и $33,3 \pm 19,2\%$ ($p < 0,95$). При комбинированном лечении при $T_3N_0M_0$ безрецидивная выживаемость в основной и контрольной группе зарегистрирована в 100 и $61,5 \pm 13,5\%$ ($p < 0,02$) случаев. При $T_4N_0M_0$ безрецидивная и общая выживаемость соответствовала $70,0 \pm 14,5$ и $50,0 \pm 35,4\%$ случаев. Безрецидивная выживаемость для всей группы равнялась — $77,4 \pm 5,7\%$ при термохимиолучевом лечении и $44,3 \pm 5,9\%$ при термолучевом ($p < 0,001$), общая выживаемость составила $88,7 \pm 4,4$ и $60,0 \pm 5,9\%$ ($p < 0,01$) соответственно.

Выводы. Локальная гипертермия в сочетании с системной полихимиотерапией при лучевом и комбинированном лечении больных раком гортани $T_{3-4}N_0M_0$ существенно улучшает показатели безрецидивной и общей выживаемости при 5-летних сроках наблюдения.