

РАЗРАБОТКА ВОПРОСОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

Мачульская И.А.

ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава,

Научный руководитель - профессор В.П.Сухоруков

Цель исследования: повысить безопасность панкреатодуоденальных резекций (ПДР). Эти операции выполняются в основном по поводу рака головки поджелудочной железы или периампулярной зоны и относятся к числу хирургических вмешательств с наиболее высоким операционно-анестезиологическим риском. Задачи исследования: установить наиболее травматичные этапы ПДР и разработать схемы и дозировки препаратов интраоперационного обезболивания, обеспечивающих эффективность антиноцицептивной и нейровегетативной защиты больного на этих этапах. Материал исследования: разработка и анализ интраоперационного обезболивания 60 ПДР. Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что длительность наиболее травматичных этапов при ПДР определяется общим временем хирургических манипуляций в панкреатодуоденальной зоне и составляет 3-4 часа. Эта зона имеет чрезвычайно

высокую плотность нервных сплетений, окончаний и проводников. Здесь находятся Установлено, что наиболее травматичными с особенно высокой ноцицептивной импульсацией являются такие этапы ПДР как удаление парапанкреатических лимфатических узлов и клетчатки с предварительным скрупулезным выделением лимфоузлов и препаровкой сосудов (этап операции, занимающий ориентировочно 1-1,5 часа); пересечение поджелудочной железы с последующим удалением ее головки и двенадцатиперстной кишки (этап длительностью около 1 часа); формирование анастомозов (этап длительностью около 1 часа). На этих этапах хирургические манипуляции при недостаточности антиноцицептивной защиты вызывали тахикардию, снижение АД, падение диуреза, ацидоз, гипергликемию, гиперкоагуляцию и другие проявления неблокированной болевой импульсации. Методом "титрования" было установлено, что стабильность состояния больного на указанных этапах ПДР достигается усилением антиноцицептивной и нейровегетативной защиты больного. Эффективной была общая анестезия, включающая ИВЛ закисью азота с кислородом в соотношении 2 : 1, внутривенное введение фентанила в дозе 5-7 мкг/кг/ч, реланиума 10 мг/ч, калипсола 2-3 мг/кг/ч, дроперидола 0,06 мг/кг/ч. Разработанное интраоперационное обезболивание являлось лишь частью общего анестезиологического обеспечения ПДР. Это обеспечение включало и такие важные составляющие как раннее и в больших дозах применение октреотида, умеренной гипervолемической гемодилюции с использованием изотонических солевых растворов, реамберина, гемодинамических кровезаменителей на основе гидроксипропилированного крахмала, декстрана и желатины, мощной антибиотикопрофилактики, гепаринопрофилактики, антистрессорной противоязвенной профилактики посредством назначения кваматела или омепразола ("Ласека"). Вывод. Важнейшим условием стабильности состояния больного при ПДР является усиление антиноцицептивной и нейровегетативной защиты больного во время хирургических манипуляций в панкреатодуоденальной зоне.