

вичных операциях следует применять хирургические методы профилактики, а в раннем послеоперационном периоде применять терапию, предотвращающую образование рубцов (возможно, различные иммунокорректирующие методики).

Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, А.С. Воробьев, Е.С. Нетесин, Е.С. Паршукова

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Росздрава (Иркутск)
МУЗ КБ № 1 (Иркутск)**

Цель исследования — разработать новый вариант общей анестезии, направленный на достижение всех необходимых ее компонентов на центральном, сегментарном и периферическом уровне.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное рандомизированное («метод конвертов») контролируемое исследование проведено с января 2003 г. по декабрь 2006 г. у 60 больных с острой кишечной непроходимостью. Критерии включения: верифицированный диагноз острой кишечной непроходимости, возраст 38 — 90 лет, определение концентрации кортизола, пролактина, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), антиокислительной активности (АОА), отсутствие у больного инкурабельного сопутствующего заболевания. Критерии исключения — гипотензия, непереносимость местных анестетиков. В зависимости от способа проводимого анестезиологического пособия больные с ОКН были распределены на 2 группы. Группу клинического сравнения-1 составили 30 (50 %) больных, которым проводилась многокомпонентная НЛА (МНЛА). Группа клинического наблюдения состояла из 30 (50 %) пациентов, оперированных в условиях МНЛА в сочетании с эпидуральной анестезией (МНЛА + ЭА). Методика анестезии: больные всех групп получали стандартную премедикацию. У больных группы клинического сравнения-1 при проведении МНЛА общая доза фентанила составила $4,5 \pm 0,6$ мкг/кгч., дроперидола — $0,12 \pm 0,02$ мкг/кгч., ГОМКа — $65,0 \pm 12,0$ мг/кг, дипривана — $4,3 \pm 0,6$ мг/кгч., кетамина — $5,7 \pm 1,2$ мг/кг, ардуана — $0,04 \pm 0,003$ мкг/кгч. У больных группы клинического наблюдения (МНЛА + ЭА) общая доза фентанила составила $2,1 \pm 0,01$ мкг/кгч., дроперидола — $0,09 \pm 0,001$ мкг/кгч., ГОМКа — $44,0 \pm 8,4$ мг/кг, дипривана — $2,9 \pm 0,9$ мг/кгч., кетамина — $4,7 \pm 1,2$ мг/кг, ардуана — $0,02 \pm 0,004$ мкг/кгч., наропина (10 мг/мл) — $1,4 \pm 0,9$ мг/кг. Изучали показатели гемодинамики, концентрацию кортизола, пролактина, продуктов ПОЛ, АОА за 40 мин. до операции, в травматичный период операции, после окончания операции и наркоза, через 24 часа. У больных группы клинического сравнения-1 послеоперационное обезболивание проводили наркотическими анальгетиками в общепринятых дозах. В группе клинического наблюдения послеоперационное обезболивание осуществляли введением наропина инфузионно в перидуральное пространство (2 мг/мл) 50 мг/час в сочетании с фентанилом 0,1 мг. Значимость различий количественных показателей между группами и этапами исследования определяли по критерию Крускала-Уоллиса, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты наших исследований показали, что при сравнительном анализе МНЛА + ЭА и МНЛА у пациентов второй группы в травматичный этап операции отмечается значимое снижение АДс на 18,8 % ($p < 0,001$), АДд — на 15,8 % ($p < 0,001$), частоты сердечных сокращений — на 5,3 % ($p = 0,002$), АДср — на 18,9 % ($p < 0,001$), УО увеличился на 12,5 % ($p < 0,001$), МОК — на 6,0 % ($p < 0,001$), СИ — на 9,5 % ($p = 0,009$), ОПСС снизилось на 21,4 % ($p < 0,001$).

После операции и наркоза показатели гемодинамики были в пределах нормальных значений. Отмечалось дальнейшее значимое повышение ударного объема на 21,8 % ($p < 0,001$), минутного объема кровообращения — на 10,6 % ($p = 0,003$), СИ — на 10,7 % ($p = 0,030$), ОПСС значимо снизилось на 19,2 % ($p < 0,001$).

В раннем послеоперационном периоде через 24 часа систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений были в пределах нормальных значений. Ударный объем повысился на 24,1 % ($p < 0,001$), МОК — на 22,3 % ($p = 0,003$), СИ — на 29,8 % ($p = 0,011$), ОПСС снизилось на 24,5 % ($p < 0,001$).

В травматичный этап операции при проведении МНЛА + ЭА по сравнению с МНЛА отмечалось значимое снижение концентрации кортизола на 8,8 % ($p = 0,015$), пролактина — на 63,5 % ($p < 0,001$), после операции и окончания наркоза уровень кортизола и пролактина снизился, соответственно, на 33,0 % ($p < 0,001$) и 63,1 % ($p < 0,001$). Через 24 часа после операции концентрация кортизола снизилась на 45,5 % ($p_1 < 0,001$), пролактина — на 63,5 % ($p_1 < 0,001$).

При проведении МНЛА + ЭА по сравнению с МНЛА в травматичный этап операции содержание ДК значительно снизилось на 38,9 % ($p < 0,001$), МДА — на 26,8 % ($p = 0,014$), АОА повысилась на 35,5 % ($p < 0,001$), после операции происходило дальнейшее снижение ДК на 41,5 % ($p < 0,001$), МДА — на 25,6 % ($p < 0,001$), АОА повысилась на 32,1 % ($p < 0,001$).

Через 24 часа содержание ДК снизилось на 45,6 % ($p < 0,001$), МДА — на 29,3 % ($p < 0,001$), АОА повысилась на 23,5 % ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее эффективным способом анестезиологической защиты является многокомпонентная НЛА в сочетании с эпидуральной анестезией, которая осуществляет эффективную блокаду ноцицептивной импульсации, нейровегетативную защиту и тем самым повышает качество и эффективность лечения больных с ОКН.

Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, Ю.А. Митыпова, А.А. Курьянов, А.А. Алексанов

ВЛИЯНИЕ ЦИТОФЛАВИНА НА ГЕМОДИНАМИКУ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И УРОВЕНЬ ПОСТНАРКОЗНОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТАХ

**ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Росздрава (Иркутск)
МУЗ КБ № 1 (Иркутск)**

Цель исследования — разработать способ проведения анестезии МНЛА в сочетании с цитофлавином и изокетом. Оценить уровень постнаркозной депрессии при различных видах анестезиологического обеспечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное контролируемое рандомизированное («метод конвертов») одноцентровое исследование 90 больных, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 30 больных первой группы использовали МНЛА, у 30 больных второй группы — МНЛА + Цитофлавин, у 30 пациентов третьей группы — МНЛА + Цитофлавин + Изокет. Состояние гемодинамики оценивали расчетным способом по методу Старра. В качестве маркеров хирургического стресса и оценки адекватности анестезии определяли уровни показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ): малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК), антиокислительной активности плазмы (АОА), кортизола, пролактина. Указанные исследования выполняли до операции (1 этап), во время травматичного этапа операции (2 этап), после окончания операции и наркоза (3 этап), через 24 часа после операции (4 этап). Оценку уровня постнаркозной депрессии определяли по оригинальной шкале оценки когнитивных функций ШОКФ (Сорокина Л.В. с соавт., 2006) до операции и после операции, в первые сутки после операции. Статистическая обработка с учетом критерия Крускала-Уоллиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех больных 1 группы выявлен гипердинамический тип кровообращения. Значимых различий показателей гемодинамики, кортизола и пролактина при сравнении МНЛА и МНЛА + Цитофлавин не выявлено, однако отмечено снижение показателей ПОЛ: в травматичный этап ДК было ниже на 42 % ($p < 0,05$), МДА — на 67 % ($p < 0,05$); после операции и в первые сутки аналогичные тенденции сохранялись, и отмечалось повышение АОА. МНЛА + Цитофлавин + изокет предупреждает сдвиг гемодинамики в ответ на хирургическую травму. В травматичный этап операции у пациентов 3 группы по сравнению с данными, полученными у 1 группы, АД_с было ниже на 17 %, ($p = 0,007$), САД — на 17 % ($p = 0,017$), УО — на 5,8 % ($p = 0,005$), МОК — на 13,2 % ($p = 0,001$), УИ — на 6,5 % ($p = 0,005$), ОПСС — на 3,69 % ($p < 0,05$), ДК было ниже на 49 % ($p < 0,05$), МДА — на 76 % ($p < 0,05$), АОА была выше на 76 % ($p < 0,05$). После окончания операции и наркоза АД_с было ниже на 17 % ($p = 0,008$), САД — на 1,7 % ($p = 0,013$), УИ — на 2 % ($p = 0,005$), МОК — на 15 % ($p = 0,001$), ОПСС — на 3,69 % ($p < 0,05$), ДК снизилась на 46 % ($p < 0,05$), МДА — на 26 % ($p < 0,05$), АОА была выше на 48 % ($p < 0,05$), кортизол и пролактин значимо снижались ($p < 0,05$). В раннем послеоперационном периоде и через 24 часа значимых изменений гемодинамики не выявлено при сравнении 1 и 3 групп: ДК было ниже на 49 % ($p < 0,05$), МДА — на 37 % ($p < 0,05$), кортизол ниже на 35 % ($p < 0,05$), пролактин ниже на 28 % ($p < 0,05$), АОА была выше на 78 % ($p < 0,05$). При сравнении когнитивных функций до операции значимых различий в группах не выявлено. Тяжелая дисфункция (4б) выявлена у пациентов 1 группы после операции. Нарушение когнитивных функций умеренной степени у пациентов 2 (8,2б) и 3 (9,6б) групп после операции.