

Интраоперационные осложнения верифицированы у 2,7% больных (n=2): кровотечение из сакральных вен, ранение прямой кишки. В сроки до 30 дней после операции летальность составила 4,8% (n=11). При проведении моновариантного логического регрессионного анализа осложненный кардиологический анамнез (ОР 0,95, 95% ДИ 0,16-2,23, p=0,05), операции на брюшной полости и органах малого таза (ОР 2,17, 95% ДИ 1,13-4,15, p=0,04), функциональный класс ASA (ОР 1,72, 95% ДИ 0,83-3,14, p=0,05) оказались статистически значимыми предикторами развития тяжелых осложнений. Индекс коморбидности Чарлсона (ОР 1,12; 95% ДИ 0,43-2,56; p=0,08), ИМТ (ОР 2,12; 95% ДИ 1,31-3,93; p=0,09), ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи (ОР 0,56, 95% ДИ 0,19-0,97, p=0,08) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Показатель сывороточного гемоглобина $90 <$ против $90 >$ (p=0,2), возраст пациентов $60 >$ против $60 <$ (p=0,3), стадия опухолевого процесса $T_{1-2}N_0M_0$ против $T_{3a-4a}N_0M_0$ (p=0,3), гетеротопический тип отведения мочи против других способов деривации мочи (p=0,3) не показали статистически значимого результата и не были включены в мультивариантный логический регрессионный анализ.

В мультивариантном логическом регрессионном анализе ИМТ > 25 (ОР 2,42; 95% ДИ 1,52-4,32; p=0,068), функциональный класс ASA (ОР 2,14; 95% ДИ 1,43-4,12; p=0,048), индекс Чарльсона ≥ 1 (ОР 1,68; 95% ДИ 0,89-3,46; p=0,024), осложненный кардиологический анамнез (ОР 2,72; 95% ДИ 1,89-5,24; p=0,024), операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе (ОР 2,72; 95% ДИ 2,98-4,48; p=0,018) продемонстрировали тренд к статистической значимости. Ортотопический тип отведения мочи против других методов деривации мочи (p=0,2) не показал статистической значимости.

На основании полученных предикторов осложнений РЦЭ была предпринята попытка определения группы риска пациентов. Так, сочетание таких факторов риска, как ИМТ > 25 , осложненный кардиологический анамнез, операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе встретилось у 16 пациентов из 39, что составило 41%. Сочетание же таких факторов риска, как ИМТ < 25 , отсутствие кардиологической патологии, отсутствие в анамнезе операции на брюшной полости и органах малого таза составило 3 из 39 (7,7%).

Выводы.

На основании нашего опыта выполнения РЦЭ мы считаем, что для профилактики развития тяжелых осложнений и планирования метода деривации мочи, прежде всего, необходимо предусматривать такие факторы риска, как ИМТ > 25 кг/м², наличие операции на брюшной полости и органах малого таза в анамнезе и осложненный кардиологический анамнез.

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМИСЯ СТЕНТАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.А. Малтабарова, Н.А. Шаназаров, А.И. Кокошко, С.Б. Иримбетов, Д.Н. Козьменко, А.Х. Исламгалиев, Н.Е. Сейтжанов

Медицинский университет Астана, Казахстан
РНЦ скорой неотложной помощи, г. Астана, Казахстана
Городской онкологический диспансер, г. Астана, Казахстан

Одной из основных проблем при неоперабельном раке пищевода или желудка с переходом на пищевод является устранение дисфагии и восстановление энтерального питания [3]. Вследствие высокой запущенности заболевания, не менее 50% больных раком пищевода уже изначально нуждаются в симптоматическом лечении, преимущественно направленном на устранение дисфагии [7]. Учитывая возраст, признаки декомпенсации состояния по сопутствующей патологии, высокий риск интраоперационных и послеоперационных осложнений несовместимых с жизнью – оперативное лечение зачастую противопоказано [5].

Как правило, до 2012 года в условиях городского онкологического диспансера г. Астаны, для проведения энтерального питания у данной категории больных, выполняли гастростомию, а в ряде случаев и энтеростомию. Однако эти операции сопряжены с повышенным риском осложнений и смерти у ослабленных, пониженного питания больных. Кроме того, гастростомия или энтеростомия – калечащие операции, которые приводят к социальному дискомфорту больного и окружающих его лиц [8]. В настоящее время общепризнанным в мире «золотым» стандартом устранения стеноза пищевода по причине новообразований является метод эндопротезирования с применением стентов [10, 16]. Данный метод позволяет

эндоскопически, в амбулаторных условиях на длительный период времени восстановить проходимость пищевода, обеспечивая тем самым возможность энтерального питания пациента [12, 13]. Наступление эры гибкой эндоскопии и использование флюороскопического контроля позволило существенно увеличить безопасность установки жестких стентов в различные отделы желудочно-кишечного тракта, хотя ее ни в коей мере нельзя назвать нерискованной процедурой [15]. При этом свою специфику имеет анестезиологическое обеспечение данной процедуры. Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной практике – это специфическое направление в медицине, позволяющее расширить оказание лечебной помощи и проведение болезненных манипуляций в амбулаторных условиях, что способствует снижению негативного влияния «госпитализации» на психоэмоциональное состояние пациента, а также снижающее экономические затраты [1, 2]. Разработаны безопасные и эффективные методики общей анестезии, позволяющие выполнить хирургические или диагностические вмешательства различной длительности и сложности, и в то же время быстрой постнаркозной реадaptации больных. Однако сложность применения общей анестезии в амбулаторных условиях заключается в том, что ни один из широко распространённых ингаляционных и внутривенных анестетиков не отвечает в полной мере требованиям, предъявляемым к анестезии в амбулаторных условиях при наличии индивидуальных особенностей больных. При этом к анестезиологу предъявляются максимально высокие требования к безопасности пациента, а также повышенные требования пациентов к комфортным условиям в пред- и послеоперационный периоды [9, 11]. Наиболее важной особенностью анальгезии и седации процедуры эндопротезирования является тот факт, что вероятность угнетения дыхания должна быть сведена к минимуму, так как нет возможности обеспечить вспомогательное дыхание или ИВЛ в ходе выполнения процедуры [4, 14].

Цель работы: оптимизировать режимы предоперационного обследования и оценки состояния больных в амбулаторной практике. Внедрить в практику наиболее эффективные и безопасные методики анестезиологического обеспечения больных при эндопротезировании

верхних отделов желудочно-кишечного тракта саморасправляющимися стентами в амбулаторных условиях.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе поликлиники Республиканского научного центра скорой неотложной медицинской помощи и городского онкологического диспансера г. Астана в период с 2012 по 2013 гг. За период с декабря 2012 года по июнь 2013 года в г. Астане 84 больным (56 мужчин, 28 женщин в возрасте от 46 лет до 91 года) с гистологически верифицированным неоперабельным раком пищеварительного тракта были установлены саморасправляющиеся металлические стенты. У 75 из них было поражение пищевода, кардии, эзофагоэнтероанастомоза, у 9 – пилорoduodenальной зоны. Из них 76 пациентов относились к III классу физического состояния по классификации ASA, то есть имели серьезную сопутствующую патологию (субкомпенсированные системные нарушения, которые ограничивают их активность). У 8 пациентов выставлен IV класс. В этих случаях вопрос об анестезиологическом обеспечении решался индивидуально в зависимости от вида сопутствующей патологии и степени ее компенсации, а также от соотношения оперативного риска и пользы процедуры. Исследуемые пациенты были разделены на две группы: первая группа – 36 человек, вторая – 48.

В первой группе в качестве анестезиологического пособия применялась многокомпонентная тотальная внутривенная анестезия (МТВА) с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВП) в качестве анальгетика (трамал, трамадол) и пропофола в качестве гипнотика. Осмотр пациента анестезиологом осуществлялся за несколько дней до операции. Пациент заполнял анкету и давал письменное согласие на выполнение запланированного вида анестезиологического пособия. В приложении к этому документу содержалась информация об анестезии. Мы считаем полезным как можно более подробно знакомить пациента с предстоящей процедурой, что облегчает общение и снимает большинство вопросов. Перечень лабораторных исследований, необходимых для амбулаторной операции, включал развернутый клинический анализ крови, анализ крови на глюкозу, определение времени свертываемости крови и времени кровотечения, анализы на сифилис, ВИЧ-

инфекцию, гепатиты В и С, а также ЭКГ. В большинстве случаев этих данных было вполне достаточно, но иногда возникали показания к проведению дополнительных исследований.

Во второй группе пациентов в качестве анестезиологического обеспечения применялась сочетанная анестезия с использованием аппликационной местной анестезии глотки лидокаином в качестве анальгетика и кетамина в субминимальных дозах (0,2-0,3 мг/кг) в качестве гипнотика. С целью нивелирования фазы возбуждения как побочного эффекта кетамина использовался унитиол в дозе 5 мл 5% раствора. Сбор анамнеза и другой необходимой информации делался при первичном осмотре пациента. Обычно в этом участвовала медсестра, заполняющая обширную анкету по ходу опроса. На основании тщательно собранного анамнеза анестезиолог решал вопрос о получении более подробной информации от лечащего врача, консультациях специалистов, проведении дополнительных методов исследования, анализов крови. В день операции пациент прибывал в центр и, после прохождения процедуры регистрации повторно встречался с анестезиологом. В ходе беседы с пациентом анестезиолог уточнял детали анамнеза, проводил осмотр с особым вниманием состоянию воздухоносных путей, обсуждал план анестезиологического пособия с подробным изложением возможных побочных эффектов, риска осложнений, а также альтернативных вариантов обезболивания. В обеих группах накануне вечером разрешалось только питье в объеме до 200 мл, при волнении на ночь назначался феназепам. Нестандартный подход использовался лишь в отношении утреннего приема жидкости. При категорическом запрете на прием пищи пациенту рекомендовалось утром выпить немного (3-4 глотка) воды. Во-первых, это снижало дискомфорт, во вторых, согласно ряду исследований, небольшое количество выпитой утром жидкости способствует эвакуации накопившегося за ночь желудочного сока и снижает риск регургитации. Также пациенту напоминалось о запрете на вождение автомобиля в день операции. В обеих группах пациентов во время наркоза на манипуляционном столе осуществлялось ЭКГ-мониторирование (стандартные ASA отведения II, V5), пульс оксиметрия, измерение АД манжеткой в автоматическом режиме минимум каждые 5 минут, мониторинг температуры тела.

Для определения клинико-экономической эффективности анестезиологического обеспечения был проведен ABC/VEN анализ. Процедуры подготовки к наркозу и непосредственно наркоз по стоимости были распределены на три группы: А (методы высокой стоимости или наиболее затратные, стоимость которых составляет 80% от всех финансовых затрат), В (методы, занимающие промежуточное положение между группами А и С, стоимость которых составляет 15%) и С (методы невысокой стоимости или наименее затратные, стоимость которых не превышает 5%). В зависимости от необходимости методы классифицировались на категории V (vital), E (essential) и N (non-essential). Для определения клинико-экономической эффективности методов определяли коэффициент затратной эффективности (Keff) его рассчитывали как отношение стоимости к эффективности по формуле: $Keff = Cost/Eff$ где Cost – суммарные затраты на услугу, Eff – эффективность [6].

Результаты и обсуждение.

Средняя длительность наркоза в первой группе составила 42 ± 9 минут, во второй – 39 ± 7 минут. Гемодинамические и вентиляционные показатели в обеих группах находились в пределах индивидуальных норм и достоверно не отличались от дооперационных и между группами, что свидетельствовало об адекватности анестезии в обеих группах.

Выписка из амбулаторного центра осуществлялась при восстановлении у пациентов ясного сознания, а также возможности пить и мочиться, при удовлетворительном самочувствии, отсутствии сонливости, головокружения, тошноты, выраженной боли. Выписка амбулаторных пациентов 1 группы производилась через 75 ± 6 минут после вмешательства, второй группы – 73 ± 9 минут.

Случаев замедленного пробуждения либо возникновении непредвиденных проблем (длительная тошнота и рвота, сильная слабость и т.п.) в исследуемых группах пациентов не наблюдалось. Таким образом, достоверных различий в качестве анестезиологического обеспечения в обеих группах не было. При этом стоимость анестезиологического обеспечения в первой группе в сумме составила 14234 тг., во второй – 10787 тг.

Таким образом клинико-экономический анализ по методу «затраты/эффективность» с подсчетом коэффициента затратной эффективности свидетельствует о преимуществе методики анестезиологического обеспечения

применимой во второй группе ($Keff1=1,42$; $Keff2=1,07$, $p<0,05$).

Выводы. Предложенный подход к подготовке к наркозу и непосредственно анестезиоло-гическому обеспечению отвечает современным требованиям, предъявляемым к амбулаторной анестезии. Предложенные методики позволяют провести надежное, управляемое и комфортное для пациентов анестезиологическое пособие и свести к минимуму послеоперационные проблемы и осложнения. Для данных методик характерны быстрая спокойная индукция, гладкое течение, быстрое пробуждение, отсутствие осложнений. Наряду с более низким по отношению к другим методикам коэффициентом «затраты / эффективность» позволяет рекомендовать методику сочетания местного обезболивания и внутривенной анестезии, которая базируется на использовании кетамина и унитиола к широкому практическому применению.

Литература:

1. Алексеев В.Н. Оптимизация анестезиологического обеспечения в амбулаторной практике: Дисс. канд. ... мед. наук. – СПб, 2002.
2. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Амбулаторная анестезия // Амбулаторная хирургия. Стационар-замещающие технологии. – 2005. – № 1. – С. 40.
3. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода: учебное пособие. – М.: РОНЦ, 2007. – С. 392.
4. Демидов В. Стандартные правила и рекомендации по безопасности анестезиологической практики в медицинских учреждениях Словацкой республики // Анестезиол. и реаниматол. – 2007. – № 6. – С. 70.
5. Елишев В.Г., Слезко Б.В., Воробьева Е.В. Клинический опыт брахитерапии рака пищевода на аппарате «Multisorgs» // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 44.
6. Клок А. Экономические аспекты амбулаторной анестезиологии // Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии», пер. с англ. – 1998. – С. 89-92.
7. Мамонтов А.С., Бойко А.В., Петерсон С.Б., Верещагин В.Г. Хирургическое и комбинированное лечение рака верхнегрудного отдела пищевода // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 1. – С. 68-70.
8. Мамонтов А.С. Лечебная тактика при нерезектабельном раке пищевода с дисфагией II–IV степени: обходношунтирование, гастростомия или эндопротезирование // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 1. – С. 88-90.
9. Мишунин Ю.В. Адекватная аналгоседация – альтернатива общему обезболиванию в амбулаторных условиях // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 3. – С. 43-45.
10. Соколов В.В., Филоненко Е.В., Карпова Е.С. Эндоскопическое протезирование при злокачественной стриктуре пищевода // Сборник тезисов симпозиума

«Эндоскопическое протезирование» 16 ноября 2006 г. –

Москва, 2006. – С. 63-90.

11. Хижняк А.А. Индивидуализация выбора премедикации в амбулаторной анестезиологической практике // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. – 2002. – № 2. – С. 97-99.
12. Щербаков А.М. Опыт стентирования пищевода при неоперабельном раке // Вестник хирургии. – 2004. – Том 163, № 6. – С. 73-75.
13. Bohnacker S., Thonke F., Hinner M. et al. Improved endoscopic stenting for malignant dysphagia using Tygon plastic prostheses // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30, № 6. – P. 524-531.
14. Carmel S., Rowan K. Variation in intensive care unit outcomes: a search for the evidence on organizational factors // Curr. Opin. Crit. Care. – 2001. – P. 284-296.
15. Dua K.S., Kozarek R., Kim J. et al. Self expanding metal esophageal stent with anti-reflux mechanism // Gastrointest. Endosc. – 2001. – Vol. 53. – P. 603-613.
16. Tietjen T.G., Pasricha P.J., Kaloo A. Management of malignant esophageal stricture with esophageal dilation and esophageal stents // Gastrointest. Endosc. Clin. North. Am. – 2004. – P. 851-862.

ЖЕЛУДОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА АССОЦИИРОВАННОГО С H.PYLORI

*А.В. Прохорченко, А.А. Мойсеев,
А.Б. Хисматуллина, Ю.П. Елишева,
В.В. Шкуратова*

Тюменский ООД, г. Тюмень

Несмотря на снижение показателей заболеваемости, рак желудка устойчиво занимает второе место среди причин смертности – в 2011 г. – в России – 11,5% [16], в Тюменской области – 11,2% [5, 12, 14]. Такая ситуация обусловлена преимущественно поздним выявлением заболевания – доля больных, выявленных в IV стадии составляет более 40% [1, 2]. В этих условиях основным видом помощи данной категории больных является паллиативное лечение, направленное на коррекцию негативных проявлений заболевания, среди которых ведущее значение имеет борьба с болью [8, 11].

Данные литературы [3, 6] свидетельствуют о том, что в патогенезе гастралгии могут принимать участие самые различные механизмы, воздействие на которые, может способствовать регрессии болевых проявлений без участия анальгетиков или на фоне снижения в их потребности. Среди таких механизмов можно выделить уровень желудочной секреции, состояние слизистой желудка и инфицированность H. Pylori [10, 13, 15].