

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

В.М. ВОРОНИН, А.А. СМИРНОВ

Кафедра общей хирургии БелГУ Белгород 308800, ул. Литвинова 99,
Медицинский факультет.

А.В. ШАМАНОВ, И.О. МАЛЫШЕВА, А.Н. АНАЦКИЙ

Отделение анестезиологии и реанимации городской клинической больницы.
Белгород 308800 ул. Литвинова 99, МГКБ № 1

В настоящее время широкое распространение получили малоинвазивные оперативные вмешательства, в т.ч. видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) при желчекаменной болезни. Преимущество данного метода общеизвестно. В то же время определённые ограничения для более широкого использования данного метода у больных с тяжёлой сопутствующей патологией накладывает необходимость в проведении эндотрахеального наркоза.

Целью данной работы является изучение возможности расширения показаний для ВЛХЭ за счёт снижения анестезиологической агрессии в результате применения ЭА, что позволяет обеспечить пациенту адекватную анестезию и оксигенацию при сохранённом самостоятельном дыхании в условиях напряжённого пневмоперитонеума.

Эпидуральное пространство заключено в позвоночном канале и в виде узкой щели окружает мешок твёрдой оболочки спинного мозга. Наружными стенками этого пространства являются дорсальная поверхность тел позвонков, покрытая задней продольной связкой и дуги позвонков, промежутки между которыми заполнены волокнами жёлтых связок. В эпидуральном пространстве выделяют два отдела: передний и задний, которые у ствола спинного мозга разграничиваются корешками спинномозговых нервов. Задний отдел, куда вводят обезболивающий раствор при эпидуральной анестезии, является наиболее ёмким, составляя приблизительно 90% объёма всего пространства.

Осложнения, как правило, связаны с техническими трудностями при выполнении ЭА, либо с неправильно подобранной дозой анестетика.

Какие преимущества имеет технически не простой метод эпидуральной анестезии?

1. Обеспечивает раннюю двигательную активность больного в послеоперационном периоде, что важно для профилактики тромбообразования.

2. При ЭА увеличивается ёмкость сосудистого русла за счёт симпатического блока в анестезированной зоне, что позволяет расширить объём инфузионной терапии (важно для больных, плохо переносящих водную нагрузку).

3. В условиях эпидуральной анестезии уменьшается общее периферическое сопротивление, что сопровождается увеличением сердечного выброса.

4. Метод ЭА, на фоне эффективного обезболивания, не нарушает кислородтранспортную функцию крови и гуморальный иммунитет. Это способствует резкому снижению числа лёгочных осложнений.

5. ЭА даёт минимальную функциональную нагрузку на печень, почки.

6. ЭА позволяет сохранить сознание пациента при полном обезболивании.

7. После ЭА происходит раннее восстановление моторики ЖКТ, крайне редко требуется дополнительная стимуляция кишечника.

Нами на базе кафедры общей хирургии Бел. ГУ, отделений хирургии № 2 и анестезиологии МГКБ № 1 г. Белгорода внедрена методика ЭА при лапароскопических операциях на желчном пузыре и желчных протоках.

За исследуемый период выполнено 49 анестезий (6 мужчин и 43 женщины) при видеолапароскопических холецистэктомиях. Под ЭА со спонтанным дыханием и седацией малыми дозами сибазона и калипсола проведено 45 операций, под ЭА с ИВЛ на фоне миоплегии релаксантами проведено 4 операции.

ЭА выполнялось по общепринятой методике на уровне Th7-s, Th8-9. В качестве анестетика использовался 2% р-р лидокаина в дозировке 300-500 мг. В 40 случаях анестезия была полной, для седации вводились малые дозы средств для наркоза. В 5 случаях больные отмечали частичное сохранение болевой чувствительности, ЭА было дополнено внутривенным наркозом. Необходимость интубации с ИВЛ при проведении ЭА в 2 случаях обуславливалась расширением объема операции, с переходом на лапаротомию, в остальных 2 случаях недостаточной релаксацией брюшной стенки и возникшими, вследствие этого, техническими трудностями при выполнении ВЛХЭ. В этих случаях больные были прооперированы под комбинированной анестезией с ЭА, что позволило значительно снизить дозировку средств для наркоза, и, в свою очередь, уменьшило вероятность развития постнаркозных осложнений.

Дважды эпидуральная анестезия выполнялась пациентам с выраженной недостаточностью кровообращения (ХИБС, постинфарктный кардиосклероз, НК II-III), которым перед этим было отказано в плановом оперативном вмешательстве, в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Мониторный контроль за оксигенацией крови осуществлялся пульсоксиметром ОП-3 la. Во всех случаях наблюдений при условии масочной ингаляции 50% O_2 сатурация сохранялась на уровне 97-99%, несмотря на наложение пневмоперитонеума.

Таким образом, на основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы: применение ЭА с сохраненным спонтанным дыханием позволяет обеспечить адекватную анестезию с достаточной оксигенацией на фоне масочной ингаляции O_2 . В то же время сужает противопоказания к оперативному вмешательству (со стороны имеющейся у пациента сопутствующей патологии дыхательной и сердечно-сосудистой систем), обеспечивает раннюю активизацию пациента, значительно удешевляет анестезиологическое обеспечение (за счет снижения расхода медикаментов).

THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF EPIDURAL ANESTHESIA DURING VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V.M. VORONIN, A.A. SMIRNOV

Department of General Surgical Belgorod State University. *Belgorod 308800 Litvinov str., 99*

A.V. SHAMANOV, I.O. MALISHEVA, A.N. ANATSKI

Department of Anesthesiology and Reanimation. *Belgorod 308800, Litvinov str., 99, City Municipal Clinical Hospital № 1*

Videolaparoscopic cholecystectomy was applied to 49 patients under epidural anesthesia. In the group there were 6 men and 43 woman in the age of 24-83 years. 4C was applied to all the patients according to the classical method, with the help of medial access at the level of Thvn-Thvnt-Thtx. Intraoperative monitoring is pulsoximebic 4C was applied to 45 patients under epidural anesthesia while preserving spontaneous breathing with intravenous potentiation. 4 patients were transferred to controlled lung ventilation. The level of saturation in all the groups of patients makes up 97-99 % intraoperatively. Complications were not registered during post anesthetic period epidural anesthesia.

The experience shows that with spontaneous breathing being preserved provides good technical conditions for application of 4C while preserving adequate interchange of gases in the conditions of pnevmoperitonium.