

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

В.М. ВОРОНИН, А.А. СМЕРНОВ

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

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

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

Видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) 49 больным произведена под эпидуральной анестезией (ЭА) по классической методике, медиальным доступом на уровне ThVII-ThVIII-ThIX. Интраоперационный мониторинг - пульсоксиметрия. У 45 больных ВЛХЭ выполнены под эпидуральной анестезией на спонтанном дыхании с в/в потенцированием. Уровень сатурации у всех групп больных интраоперационно составил 97-99%. Осложнений в постнаркозном периоде не отмечено. ЭА при сохранённом спонтанном дыхании обеспечивает хорошие технические условия для проведения ВЛХЭ, сохраняя адекватный газообмен в условиях пневмоперитонеума.

Широко распространенная в настоящее время видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) у больных с тяжёлой сопутствующей патологией требует проведения 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.

Противопоказания общеизвестны [1, 2, 3].

Преимущества технически не простого метода 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 [1, 2].

Нами на базе кафедры общей хирургии БелГУ, 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 видеолaparоскопических 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 Th7-8, Th8-9. [1, 2, 3.] В качестве анестетика использовался 2 % лидокаин 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 была дополнена внутривенным наркозом. Необходимость интубации с ИВЛ при проведении ЭА в 2 случаях обуславливалась расширением объёма 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 дозировки средств для наркоза, и, в свою очередь, уменьшило вероятность развития постнаркозных осложнений.

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

Мониторный контроль за оксигенацией крови осуществлялся пульсоксиметром ОП-31а. Во всех случаях наблюдений при условии масочной ингаляции 50 % O₂ сатурация сохранялась на уровне 97-99 %, несмотря на наложение пневмоперитонеума.

Таким образом на основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы: Применение ЭА с сохранённым спонтанным дыханием позволяет обеспечить адекватную анестезию с достаточной оксигенацией на фоне масочной ингаляции O₂. 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 счёт снижения расхода медикаментов).

Литература:

1. Кузин М.И., Харнас С.Ш. Местное обезболивание, М.: Медицина, 1993.
2. Пацук А.Ю. Регионарное обезболивание, М.: Медицина, 1987.
3. Павлова З.В. Длительная перидуральная анестезия в онкологии, М.: Медицина, 1976.

THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF EPIDURAL ANESTHESIA DURING VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V.M. VORONIN, A.A. SMIRNOV

Chair of general surgery, *Belgorod State University, Litvinov str., 99, Faculty of Medicine.*

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

Department of of anesthesiology and reanimation *Belgorod 308800, Litvinov str., 99, MGKB № 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. VC was applied to all the patients according to the classical method, with the help of medial access at the level of ThVII-ThVIII-ThIX. Intraoperative monitoring is pulsoximetric VC 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 VC while preserving adequate interchange of gases in the conditions of pnevmooperitonium.