

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОГО БРОНХОСКОПА ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

© Ю. М. Коростелев, А. Г. Киселев, Т. Я. Невляев, В. А. Первак, Ю. А. Петров, Д. М. Широков

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Среди причин летальных исходов, прямо связанных с анестезиологическим обеспечением оперативных вмешательств в акушерстве и гинекологии, на первом месте стоят трудные или неудавшиеся интубации. И если в целом, учитывая повсеместный приоритет в акушерстве регионарных методов анестезии, частота возникновения ситуации «трудных дыхательных путей» достаточно невелика, неожиданность ее возникновения и потенциальная опасность могут привести к состояниям, угрожающим жизни матери и плода.

Одним из путей преодоления проблемы восстановления и поддержания проходимости «трудных дыхательных путей» нам представляется использование ретромолярного интубационного эндоскопа по BONFILS (фирма Karl Storz) с наружным диаметром 5 мм, дистальным изгибом 40°, с подвижным окуляром и батарейным источником света.

На этапе апробации и освоения данной техники интубация трахеи с использованием интубационного бронхоскопа нами осуществлялась в 22 случаях. Оценка риска «трудных дыхательных путей» производилась на основании объективного осмотра пациентки (оценка ДП по J. Davies) и модифицированной шкалы визуализации фарингеальных структур пациента Mallampati. У 15 пациенток отмечали 2 класс, у 7–3 класс риска возникновения трудной интубации по Mallampati. В 78,3% случаев (n=17) интубация трахеи осуществлена с 1-й попытки, в 13,6% — со 2-й попытки, а в 2 случаях интубация с использованием ретромолярного эндоскопа оказалась безуспешной и были применены альтернативные техники обеспечения проходимости дыхательных путей.

Внедрение данной методики показало, что данные устройства имеют ценность в связи с возможностью

визуально уточнить состояние верхних дыхательных путей за надгортанником, на уровне голосовой щели, проводить интубацию под непосредственным эндоскопическим контролем, а также осуществлять дополнительную оксигенацию при манипуляциях.

При интубации в сознании под местной анестезией и с легкой седацией посредством интубационного эндоскопа по BONFILS основным считаем установление доверительных отношений пациентки с анестезиологом, разъяснение ей опасностей трудной интубации и необходимости предстоящей манипуляции. Методика требует определенного временного интервала для беседы, проведения тщательной терминальной анестезии верхних дыхательных путей, полезным является дополнительное введение опиоидов (фентанила 0,1–0,15 мг). На протяжении всей процедуры и подготовки к ней проводится дополнительная оксигенация.

В случаях трудной интубации трахеи после индукции анестезии и в условиях выключенного сознания интубационный бронхоскоп по BONFILS может быть успешно применен, но только врачом, имеющим большой опыт работы с ним. Мы считаем, что для успешного использования жесткого интубационного эндоскопа по BONFILS необходимо наличие компетентного ассистента для помощи в выполнении прямой ларингоскопии и приемов профилактики аспирационного синдрома.

Результаты

Апробированная нами методика интубации трахеи с помощью ретромолярного интубационного эндоскопа по BONFILS показала высокую эффективность в случаях прогнозируемой и неожиданной трудной интубации трахеи в акушерстве и гинекологии.

ПРИМЕНЕНИЕ КЕТОРОЛА В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

© М. И. Неймарк

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Актуальность проблемы

При выборе анестезии при лапароскопических гинекологических операциях предпочтение отдается методу, который бы не усугублял нарушений вентиляции, газообмена и гемодинамики, возникающих в ответ на на-

ложение карбоксиперитонеума и положение Тренделенбурга.

Цель исследования

Обоснование целесообразности использования кеторола в качестве анальгетика при анестезиологи-

ческом обеспечении лапароскопических операций по поводу женского бесплодия. Наш интерес к этому препарату обусловлен двумя обстоятельствами. Во-первых, кеторол оказывает выраженное анальгезирующее действие и по силе обезболивающего эффекта он сопоставим с морфином, значительно превосходя другие нестероидные противовоспалительные препараты. Во-вторых, он не угнетает дыхание, не вызывает лекарственной зависимости, не обладает седативным и анксиолитическим действием.

Материал и методы

Нами обследовано 200 женщин в возрасте от 19 до 35 лет, поступивших в клинику по поводу бесплодия. В зависимости от метода анестезии больные были разделены на 4 группы (по 50 пациенток в каждой). В 1-й группе применена кетамин-седуксеновая анестезия, во 2-й – атаралгезия, в 3-й — НЛА, в 4-й — упреждающая анальгезия кеторолом на фоне анестезии диприваном. На этапах хирургического лечения оценивались показатели центральной гемодинамики с помощью установки «NICO», а также критерии адекватности анестезии по Э. Ф. Белоярцеву.

Результаты

Проведенные исследования показали, что у больных всех 4 групп во время операции увеличение диастолического давления и объемного содержания кислорода венозной крови не превышало 20%, диурез не снижался <0,5 мл/ч. Концентрация катехоламинов в крови и дефицит буферных оснований не возрастали более чем в 2 раза. Не отмечено существенных изменений артериовенозной разницы по кислороду.

Установлено, что каждый из 4 вариантов анестезии при манипуляционных лапароскопических гинекологических операциях по поводу бесплодия обеспечивал ее адекватность. Несмотря на негативное влияние на сердечно-сосудистую систему пневмоперитонеума и положения Тренделенбурга, ни в одной группе не диагностировано грубых расстройств системы кровообращения. Исключение составили лишь 6 больных 1-й группы, у которых на введение кетамина отмечена выраженная активация симпатoadреналовой системы, обусловившая сдвиги гемодинамических показателей.

Основные недостатки и достоинства примененных технологий проявились в раннем послеоперационном периоде. Наиболее продолжительное время восстановления спонтанного дыхания и сознания было у больных первых трех групп, и, соответственно, необходимость проведения продленной ИВЛ в послеоперационном периоде у этих пациентов возникала чаще. Эти обстоятельства связаны с применением в комплексе анестезиологического пособия бензодиазепинов и наркотических анальгетиков, что является существенным недостатком данных технологий, поскольку лапароскопические операции по поводу женского бесплодия относятся к разряду «хирургии одного дня».

У пациенток 4-й группы пробуждение и восстановление спонтанного дыхания происходило в 4–6 раз быстрее, чем у других больных, что обусловлено кратковременностью действия дипривана и отсутствием центральных эффектов у кеторола. 28–40% больных первых трех групп нуждались в послеоперационном обезболивании в связи с кратковременностью действия фентанила. У 68% возникала послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР).

У пациентов 4-й группы необходимость в послеоперационном обезболивании отсутствовала, что связано с продолжительным анальгетическим эффектом кеторола. ПОТР не возникала, поскольку в комплексе анестезиологического пособия применяли минимальные дозы наркотических анальгетиков.

Заключение

Таким образом, упреждающая анальгезия кеторолом в комплексе с диприваном обеспечивает адекватную анестезию при проведении лапароскопических гинекологических операций по поводу бесплодия, характеризуется быстрым пробуждением больных и восстановлением спонтанного дыхания. Применение этого метода анестезии не сопровождается возникновением послеоперационной тошноты и рвоты, не требует послеоперационной анальгезии, что позволяет в конечном итоге существенно уменьшить прямые затраты на медицинское обслуживание пациентов и купирование всех неблагоприятных побочных эффектов, возникающих при других видах анестезии в послеоперационном периоде.

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И КОМФОРТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

© А. Ю. Патрушев, В. В. Морозов, А. Н. Бабко, О. И. Калмыкова

ЦНМТ ИХБФМ СОРАН; Фонд «Медсанчасть 168», Новосибирск, Россия

Актуальность проблемы

Проблема безопасности анестезии была актуальна во все периоды развития анестезиологии

и напрямую связана с уровнем интраоперационного мониторинга. На современном этапе конкурирующей задачей выступает и обеспечение ком-