

Некоторые аспекты применения ингаляционной анестезии в онкохирургии

Мухамадиев Б.Т., Раев Г.Б., Сазанов Е.О., Муқанова М.Б., Нурманова А.А.
Казахский НИИ онкологии и радиологии

Актуальность

Современная многокомпонентная ингаляционная анестезия показана при оперативных вмешательствах, сопровождающихся нарушением внешнего дыхания, кровообращения и требующих активного управления анестезиологом жизненно важными функциями организма у онкологических больных. В онкохирургии применяют низкочастотную анестезию севофлюраном в сочетании с наркотическим анальгетиком фентанилом. Настоящая работа посвящена исследованию эффективности такой методики при операциях у онкологических больных

Цель исследования

-оптимизация анестезиологического пособия в онкохирургии.

Материалы и методы

В исследование были включены 35 пациентов в возрасте 26-64 года- 11 женщин (31,4%) и 24 мужчин (68,6%), оперированных по поводу злокачественных опухолей органов малого таза, головы и шеи, костей и мягких тканей. Физический статус этих больных соответствовал: 1 классу по ASA у 5 больных, 2-му у 26 и 3 у 4 пациентов. Все больные накануне вечером получили премедикацию (грандаксин 50 мг per os). На операционном столе после премедикации (атропин 0,3-0,5 мг, димедрол 10 мг, промедол 20 мг в/м), индукции (пропофол 1,5-2,0 мг/кг и фентанил 5,0 мкг/кг) и введения мышечных релаксантов (листенон 2 мг-кг, ардуан 0,4 мг/кг) проводилась интубация трахеи и перевод на ИВЛ. Общий наркоз поддерживали ингаляцией паров севофлюрана (2,0-4,0 об.%) в потоке кислородно-воздушной смеси (0,4:0,6 л/мин) аппаратом Fabius GS, Dreger. Перед разрезом вводили 10,0 мкг/кг фентанила, в течение операции- 500 мкг/час. Миоплегия поддерживалась ардуаном по 1 мг дробно каждые 1,5-2 часа. На этапе ушивания подкожной клетчатки, с целью потенцирования действия наркотических анальгетиков и снижения болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде, вводился один из препаратов НПВС (кетопрофен, лорноксикам). Интраоперационную инфузионную терапию проводили с учетом кровопотери и соответственно показателям АД, ЧСС, индекса перфузии, ЦВД, диуреза. Основными инфузионными средами были: NaCl 0,9%, венофундин, полиглюкин. На этапах анестезии регистрировали АД, ЦВД, ЧСС, ЭКГ, SpO₂, IP, EtCo₂, FiO₂

Зерттеу мақсаты онкохирургияда анестезиологиялық көмекті қолайлылығын анықтау. Зерттеуге жамбас қуысынды сүйек. Әртүрлі қатерлі ісікпен ауыратын науқастарда севофлюранды қолданып өткізілген ингаляциялық анестезия жүргізген 35 науқас алынды. Зерттеу нәтижесінде біз онкологиялық науқастарда севофлюранды қолданып өткізілген ингаляциялық анестезия сенімді, қауіпсіз және басқарылатын анестезиялық қорғанысты қамтамасыз етеді деген шешімге келдік.

Целью исследования является оптимизация анестезиологического пособия в онкохирургии. В исследование были включены 35 пациентов, оперированных по поводу злокачественных опухолей органов малого таза, головы и шеи, костей и мягких тканей, которым была проведена ингаляционная анестезия на основе севофлюрана. В результате данного исследования было сделано заключение, что ингаляционная анестезия на основе севофлюрана обеспечивает надежную, безопасную и управляемую анестезиологическую защиту у онкологических больных.

The aim of the study is to optimize the anesthetic management in oncology. The study included 35 patients operated on for malignant tumours of the pelvic organs, head and neck, bone and soft tissue, which was carried out on inhalation anesthesia on sevofluran. As a result of this study, we found that inhalation anesthesia on sevofluran provides reliable, secure and manageable anesthetic protection in cancer patients.

(таблица 1).

Результаты исследования

Продолжительность операций составила в среднем 236±34 мин. Операционная кровопотеря составляет от 500 до 2500 мл. Течение анестезии и раннего послеоперационного периода характеризовались стабильностью гемодинамики без достоверных колебаний АД, ЧСС.

Использованный метод анестезии способствовал восстановлению сознания и самостоятельного дыхания в ближайшие 10-20 минут после прекращения подачи анестетика. 16 (45%) больных были экстубированы на операционном столе, 19 (55%) – в течение 10-25 минут в палате пробуждения либо в палате реанимации и ин-

Таблица 1 - Изменение показателей гемодинамики в течение анестезии

Параметры	Исходные данные	После интубации	На разрез	Травматичный этап	В конце операции	После экстубации
АД сист., мм.рт.ст	130±20	120±10	110±10	100±10	110±10	130±15
АД диаст., мм.рт.ст	90±10	85±5	70±10	65±5	70±5	80±5
ЧСС, уд.в минуту	84±8	80±5	70±6	68±4	70±5	82±8

тенсивной терапии, все больные не нуждались в проведении послеоперационной ИВЛ. В среднем, через 40 минут после отключения испарителя севофлюрана признаков остаточной седации не было ни у одного больного. Интенсивность болевых ощущений по словесной шкале Turky оценена как «легкая» у 8 (22,8%) и «умеренная» у 27 (77,2%) пациентов.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Ингаляционная анестезия на основе низкотоchnого наркоза севофлюраном обеспечивает надежную, безопасную и управляемую анестезиологическую защиту у онкологических больных.
2. Применение ингаляционной анестезии позволяет экстубировать больных на операционном столе либо в ближайшие 25 минут после окончания операции.

Список использованной литературы

1. *Руководство по анестезиологии, под редакцией Бунятына А.А.-М.: Медицина, 1997.*
2. *Сулов В.В., Лоскутов О.А., Мазур А.П. Современная анестезия. Оптимальные возможности.*
3. *Павел Терек. Основы ингаляционной анестезии низким потоком свежих газов. Low-flow-анестезия.- Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2007.*
4. *Hanley P.J, Ter Keurs H.E, Cannell M.B. Excitation-contraction coupling in the heart and the negative inotropic action of volatile anesthetics //Anesthesiology. -2004.-Vol. 101. – P. 999-1014.*

Правила оформления рукописей для журнала «Онкология и радиология Казахстана»

- Формат рукописи - А4.
- Текст должен быть написан в программе Word с использованием шрифта Times New Roman, кеглем 14, с пробелами полуторными.
- Статья подается на CD-диске со вкладышем, на котором обозначается имя автора и название статьи.
- Объем рукописи: научная статья - до 5 стр, случай из практики - 3-4 стр.; обзор, лекция - не более 8 стр.
- Список литературы - минимально необходимый.
- Рукопись визируется руководителем учреждения (кафедры), научным руководителем, скрепляется печатью.
- К рукописи прилагается резюме на казахском, русском, английском языках, ключевые слова, УДК.
- В конце рукописи - сведения об авторах: степень, должность, количество имеющихся публикаций.
- Адрес, телефоны (можно и мобильный), электронная почта.
- Рукопись подписывается лично автором как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора за содержание рукописи.