

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

**Махно Ю.Э., Василяускене Е.В., Наклонная Н.В., Волкова Н.В., Аношин А.С., Лепихов Е.В., Андропова И.В., Кориновская Н.В., Павловский А.С., Санченко М.А., Пога А.А., Кукленко А.Е., Белицкая Т.С., Куцеволова Н.В.**

Ростовская клиническая больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России» (РКБ ФМБА ЮОМЦ России). Ростов-на-Дону

Лапароскопическая урология – относительно новое направление хирургии. В последние годы в урологии наблюдается ярко выраженная тенденция к минимально инвазивным методам лечения. В частности лапароскопическая простатэктомия стала неотъемлемым методом оперативного лечения рака предстательной железы. Преимуществами этого способа операции являются: низкая кровопотеря, незначительные послеоперационные боли, более быстрое выздоровление, более короткое пребывание в клинике после операции. Все

82 онкологические критерии, т.е. радикальность этого метода полностью соответствуют открытой операции. Несмотря на достижения современной хирургии и анестезиологии, в литературе по-прежнему нет практически никаких сведений относительно анестезиологического обеспечения данных операций.

**Цель:** Разработать оптимальную схему анестезиологического пособия при лапароскопической радикальной простатэктомии.

**Материалы и методы:** В КБ №1 г. Ростова-на-Дону ЮОМЦ ФМБА России с 2008 по 2012 гг. проведено 50 радикальных лапароскопических простатэтомий. В качестве анестезиологического пособия использовали эндотрахеальный наркоз фораном низкопоточным методом с ИВЛ и миоплегией.

Премедикация: За 12 часов до оперативного вмешательства больные получали перорально феназепам – 1 табл (0,1г) . Премедикация I проводилась за 30-40 мин до оперативного вмешательства и включала внутримышечное введение 2,0 мл 0,5% раствора диазепама. Премедикацию II выполняли на операционном столе (внутривенное введение атропина - 5-7 мкг/кг, димедрола - 0,15 мг/кг, диазепама - 0,15 мг/кг и промедола - 0,2-0,3 мг/кг).

Учитывая особенность укладки больного (опущенный головной и ножной конец операционного стола, фиксация в области предплечий, что затрудняет доступ к периферическим венам), а также необходимость в интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии на фоне возможной кровопотери, всем больным катетеризировалась центральная вена.

Индукцию анестезии осуществляли тиопенталом натрия 4-5 мг/кг либо пропофолом – 2,0 мг/кг, на фоне тотальной миоплегии дитилином в дозе 15-30 мг/кг выполняли оротрахеальную интубацию с переводом больного на ИВЛ наркозно-дыхательным аппаратом Chirana Venar. Перед кожным разрезом вводили фентанил в дозе 5 мкг/кг. Анестезию поддерживали газовой смесью (форан 0,8-1,5 МАК в сочетании со смесью кислород+воздух 1:1,

газоток 2 л/мин). В качестве наркотического анальгетика использовали фентанил (2-2,5 мкг/кг/ч). Миоплегию поддерживали дробным введением ардуана в общепринятых дозах. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 345±23 мин, объем интраоперационной кровопотери 540±47 мл. Инфузионная поддержка в ходе операции проводилась растворами кристаллоидов и коллоидов в соотношении 2:1, объем инфузии составил в среднем 64±5 мл\кг.

Экстубация больных после оперативного вмешательства проводилась в среднем через 63±18 мин.

В качестве критериев оценки реакции организма на операционный стресс использовали изменение показателей центральной и периферической гемодинамики, тонуса вегетативной нервной системы.

Показатели гемодинамики, вегетативной нервной системы определяли на следующих этапах исследования:

I - до начала анестезии (исходный фон);

II - на этапе наибольшей травматизации во время операции;

III - в ближайшем послеоперационном периоде после выхода из анестезии

**Результаты:** Течение анестезии во всех случаях было гладким.

Гемодинамические показатели оставались стабильными.

Таблица 1.

Изменения показателей системной гемодинамики на различных этапах исследования.

Показатели

гемодинамики

Этапы исследования

I II III

АД систол. (мм.рт.ст.) 164,8±5,8 126,4±5,3\* 139,4±5,0

АД диаст. (мм.рт.ст.) 92,4±3,6 74,5±2,2\* 86,4±3,2

САД (мм.рт.ст.) 116,5±4,2 91,8±2,6\* 100,3±3,3

ЧСС (мин<sup>-1</sup>) 92,6±5,8 76,7±2,1\* 87,4±3,4

УО (мл) 53,5±2,7 47,3±2,2 54,2±2,9

МОС (л/мин) 4,85±0,2 4,19±0,13\* 4,76±0,18

СИ (л/мин\*м<sup>2</sup>) 2,74±0,15 2,46±0,12 2,63±0,14

ОПСС (дин/с\*см<sup>-5</sup>)

2527,2

±144,7

1872,3

±98,9\*

2358,4

±118,7

Индекс Кердо 2,15±0,1 2,86±0,13\* 1,14±0,08

Примечание: \*- p<0.05

**Заключение:** Таким образом, эндотрахеальный наркоз фораном низкопоточным методом с ИВЛ и миоплегией при лапароскопической

радикальной простатэктомии обеспечивает необходимый уровень анальгезии, стабилизирует центральную и периферическую гемодинамику.