

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;

83

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⁻¹) 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*м²) 2,74±0,15 2,46±0,12 2,63±0,14

ОПСС (дин/с*см⁻⁵)

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.