

ДЕКСМЕДЕТОМИДИН КАК СРЕДСТВО УПРАВЛЯЕМОЙ СЕДАЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Томащук Д.И., Мартынов Д.В.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону
Регионарная анестезия при операции каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) позволяет сохранить вербальный контакт пациентом, а значит проводить динамический неврологический контроль непосредственно в период пережатия внутренней сонной артерии (ВСА). Однако присутствие пациента на своей собственной операции, неприятные ощущения в области операционной раны, неудобное положение вызывают эмоциональный дискомфорт, а иногда и прямую негативную реакцию. Поэтому вопрос оптимальной седации при каротидной эндартерэктомии под регионарной анестезией остаётся до сих пор нерешенным. α 2-агонисты, не угнетая внешнее дыхание, позволяют проводить седацию у неинтубированных пациентов, без значимого угнетения самостоятельного дыхания. Стабильность сердечно-сосудистой, дыхательной систем пациентов, и «кооперативная седация» позволяют с достаточной степенью безопасности проводить динамический неврологический контроль на этапе кроссклампинга ВСА, а значит наиболее полно использовать все плюсы регионарной анестезии при операциях на брахиоцефальных артериях.

Цель исследования. Изучение эффектов дексмедетомидина и возможности использования его для проведения седации с сохраненным сознанием при каротидной эндартерэктомии в условиях регионарной анестезии.

Материалы и методы. Работа проведена на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии №2 клиники РостГМУ в 2014 г. В исследование включены 11 пациентов, которым КЭАЭ выполнялась под регионарной анестезией (проводниковая анестезия ропивакаином глубокого и поверхностного шейных сплетений на стороне операции). Возраст пациентов составил от 63 до 78 лет. Все пациенты имели признаки мультифокального атеросклеротического поражения артериального русла, страдали гипертонической болезнью, двое перенесли в анамнезе инфаркт миокарда. Перед выполнением регионарной блокады начинали инфузию дексмедетомидина (Дексдор, Orion Pharma) в дозе 0,4 до 0,7 мкг/кг/ч. Через $12,7 \pm 1,1$ мин пациенты засыпали, при речевом раздражении они просыпались и отвечали на вопросы, не проявляя беспокойства. Примерно за 10-15 минут до кожного разреза инфузию дексдора увеличивали до 1.2-1.4 мкг/кг/ч, при этом BIS индекс достигал 50–55.

Снижение систолического АД менее 90 мм рт.ст. отмечалось у трёх пациентов, что потребовало применения инотропной поддержки допамином в дозах от 4 до 6 мкг/кг/мин. Внешнее дыхание оставалось стабильным, в показателях газового состава крови не отмечалось резких метаболических колебаний, SpO_2 - 99-100%, $EtCO_2$ не превышал 36-38 мм.рт.ст. К моменту выделения внутренней сонной артерии подбиралась скорость инфузии дексдора, что бы уровень седации по RAMSAY составлял от 3 до 2, показатель BIS индекса 75-80, скорость инфузии составляла от 0,15 до 0,3 мкг/кг/ч. На следующие сутки

проводился опрос пациентов с помощью специально разработанной анкеты. Все пациенты отметили пребывание в операционной достаточно комфортным, тем не менее 7 из 11 пациентов наиболее неприятным моментом назвали этап выполнения регионарной блокады. У большинства пациентов сохранялись воспоминания об этапе пережатия ВСА, когда проводился неврологический контроль и пациентов просили выполнять команды, однако негативных воспоминаний о боли и дискомфорте во время оперативного вмешательства ни у кого не осталось.

Заключение. В нашем клиническом опыте ни у одного из пациентов не отмечалось угнетения внешнего дыхания во время седации дексдором, сохранялись адекватное внешнее дыхание и показатели газового состава крови. Несмотря на то, что у 3 из 11 пациентов на фоне седации дексдором потребовалась инотропная поддержка дофамином, резких гемодинамических нарушений мы не наблюдали. На основании проведенной нами работы мы можем оценить примененную нами методику седации при каротидной эндартерэктомии под регионарной анестезией α 2-агонистом адренергических рецепторов дексдором, как весьма эффективную. Никто из пациентов не отмечал боли и значимого дискомфорта. Все 11 пациентов в полной мере смогли завершить динамическое неврологическое обследование в период кроссклампинга ВСА. Ни у одного из пациентов в нашем наблюдении не отмечалось явлений расторможенности, являющихся значимой проблемой для седации как пропофолом, так и бензодиазепинами. Единственным неудобством является, пожалуй, довольно длительный латентный период до начала угнетения сознания.