

## ПРИМЕНЕНИЕ УРОПИДИЛА ГИДРОХЛОРОИДА (Эбрантила®) У БОЛЬНОЙ С ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНОЙ ОПУХОЛЬЮ НАДПОЧЕЧНИКА.

**Микутин А.В., Шаншина Н.С., Колодяжный Е.И., Плескач М.В., Купленский А.Э.**

ГБУ РО Ростовская областная клиническая больница. Ростов-на-Дону.

Анестезиологическое обеспечение при вмешательствах на надпочечниках относится к разряду достаточно сложных. Это связано с тем, что надпочечники продуцируют важные для течения многих процессов гормоны (глюкокортикоиды, минералокортикоиды, катехоламины), которые оказывают значимое влияние на состояние основных жизненно важных функций и прежде всего на кровообращение, поддержание гомеостаза. Поэтому стойкое повышение их уровня в крови формирует тот или иной клинический синдром, накладывающий свой отпечаток на выбор анестезии и послеоперационное течение. Следует отметить важность подбора оптимальной схемы подготовки больного к операции, проведения анестезии и послеоперационного периода. Она должна строиться с учетом гормональной активности подлежащего удалению надпочечника, конкретных проявлений основного заболевания и характера сопутствующей ему патологии. В нашей практике имеется применение урапидила (Эбрантила®) у больной с гормонально-активной злокачественной опухолью надпочечника с целью коррекции периоперационной гипертензии.

Пациентка Г., 60 лет, поступила в хирургическое отделение №3 с диагнозом новообразование левого надпочечника. При положенном стандарте обследования данной категории пациентов, по лабораторным данным была выявлена гипокалиемия (2,8-3,0 ммоль/л); в гормональном спектре отмечено повышение уровня кортизола в крови до 41,3 мкг/дл (6,40-21,0), в суточной моче до 430 нмоль/сутки (38-208). Клинически - рефрактерная гипертензия в течение последних 6-7 месяцев, на фоне стандартной гипотензивной терапии (диротон, конкор, индапамид), которая не имела эффекта и цифры артериального давления оставались значительно высокими (230-180/100-120 мм рт. ст, частота сердечных сокращений 88 в минуту), умеренная полиурия, выраженная мышечная слабость, чувство сухости во рту и головные боли. Учитывая злокачественный характер артериальной гипертензии, особое внимание было уделено функции органов - «мишеней». При ультразвуковом исследовании сердца: фракция выброса 58%, конечный диастолический объём левого желудочка - 140 мл, толщина задней стенки левого желудочка в диастолу 13,8 мм, легочная артерия - 25 мм, диастолическая дисфункция левого желудочка 1 типа, глобальная сократительная его способность скомпенсирована. При исследовании почечной функции выявлена мочекаменная болезнь левой почки. Функциональная способность обеих почек сохранена. При исследовании головного мозга нарушений не выявлено. Учитывая клинико-лабораторные данные, наличие объемного образования левого надпочечника, активный рост, злокачественный характер процесса (инфильтрация паранефральной клетчатки и левой почечной артерии) больной показано хирургическое лечение с соответствующей предоперационной

подготовкой.

Предоперационная подготовка включала метаболическую коррекцию сердечной деятельности (поляризующая смесь, цитофлавин, милдронат, мексидол, кардиомагнил), проведение антигипертензивной терапии. С целью лечения артериальной гипертензии нами был применен урадипила гидрохлорид. Эбрантил® - препарат центрального и периферического действия, оказывающий влияние на сосудодвигательный центр, а также блокирующий  $\alpha_1$ -адренорецепторы, уменьшающий общее периферическое сопротивление, вследствие чего отмечается снижение систолического и диастолического артериального давления, практически не изменяет сердечный выброс и частоту сердечных сокращений. До операции был назначен в виде капсул с модифицированным высвобождением в дозировке 60 мг дважды в сутки в течение пяти дней. На фоне приема препарата достигнуты целевые цифры артериального давления 150/90 мм рт. ст, что позволило взять больную в операционную. Планируемое оперативное вмешательство в объеме левосторонней адреналэктомии. За 20 мин до начала операции больной проведена премедикация: мидозалам 0,15мг/кг, димедрол 0,14мг/кг. Индукция в анестезии: пропофол 3мг/кг+фентанил 2мкг/кг. Миорелаксация эсмерон 0,6мг/кг, интубация без технических сложностей. Проводился кардиомониторинг - ритм синусовый, инвазивное АД на правой лучевой артерии 130/75 мм рт. ст, ЧСС -88 в мин., контроль центрального венозного давления. Искусственная вентиляция легких аппаратом в режиме нормовентиляции по объему ( $fetCO_2$  28-35 мм ртст). Поддержание анестезии инсуффляцией севофлюрана (севоран, Abbott) 0,7-2,5 об% в потоке 1,5л свежего газа, воздуха и кислорода 1:1, с последующим дробным введением фентанила по 0,1мг и эсмерона 0,15мг/кг в зависимости от состояния гемодинамики и уровня миорелаксации, а также травматичности этапа операции. Предпочтение отдано ингаляционной анестезии на основе севофлюрана как более управляемой. Инфузионная поддержка: раствор Рингера, плазмалит в двухпросветный центральный венозный CertofixDuo. Дополнительно вводился препарат эбрантил с использованием перфузора- 100 мг урадипила с раствором для инфузии до 50 мл, скорость введения 7-10 мг/час. Гемодинамика на первом хирургическом этапе (выделение опухоли) в пределах АД 120-110/80-70 мм ртст, ЧСС 78-80 в минуту. Сразу после пережатия зажимом центральной вены надпочечника эбрантил отменен и начата заместительная терапия гидрокортизоном в дозировке 250 мг внутривенно капельно. Учитывая злокачественный характер процесса, инфильтрацию паранефральной клетчатки и левой почечной артерии, технические трудности удаления опухолевого конгломерата, объем операции расширен до левосторонней нефрадреналэктомии. Интраоперационная кровопотеря составила 1,5 л, корригировалась качественным составом и скоростью инфузионной терапии (кристаллоиды и ГЭК третьего поколения, препараты крови), гемостатическая терапия. Проводился интраоперационный лабораторный контроль: Hb, Ht, газы крови, электролитный состав плазмы, показатели КОС. Умеренный метаболический ацидоз корригировался

введением трометамола. Гемодинамика стабилизирована на уровне 100/60 мм рт. ст. без применения вазоактивных препаратов, ЧСС 58-62 в минуту. Диурез сохранен – 70-100 мл/час. Длительность операции составила 4 часа. Объем инфузионной терапии 3800 мл, диурез 2200 мл. По окончании операции пациентка была переведена в отделение АиР№1 для дальнейшего наблюдения и интенсивной терапии. Экстубирована через 2 часа. Гемодинамика с тенденцией к умеренной гипотензии АД 90-100/60-70 мм рт. ст., ЧСС 58-60 в минуту, ЭКГ – ритм синусовый. Интенсивную терапию пациентке проводилась согласно протоколу, принятому в АиР№1. В послеоперационном периоде продолжена заместительная гормональная терапия в дозировке 300-350 мг, коррекция метаболического ацидоза, анемии. Показатели свертывающей системы крови без грубых нарушений, выделительная функция почек сохранена. По истечении вторых суток пациентка переведена в профильное отделение. Таким образом, можно отметить успешное применение Эбрантила® в лечении артериальной гипертензии в пред- и периоперационном периодах, в сочетании с проведением ингаляционной анестезии на основе применения севофлурана, что позволило сделать гемодинамику управляемой. Своевременная заместительная гормональная терапия и адекватное восполнение объема циркулирующей крови при массивной кровопотере способствовало благоприятному течению послеоперационного периода.