

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

УДК: 616.352-089.844.

Б. Умитхан, С.Т. Еркасов, А.К. Дуйсенбаева, К.А. Ермаханов, С.Т. Атамуратов
Казахский медицинский университет непрерывного образования,
г.Алматы, Республика Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Выбор метода обезболивания при проктологических операциях, несмотря на достижения современной анестезиологии, все еще представляет трудности. Местная анестезия не удовлетворяет требования хирургов и больных, так как полноценная анестезия блокирует болевую реакцию, но не прерывает рефлекторную дугу нейровегетативных реакций. Вследствие чего возрастает роль эпидуральной (региональной) анестезии в хирургии малого таза.

Ключевые слова: эпидуральная анестезия, региональная анестезия, проктология

Любое хирургическое вмешательство сопровождается изменениями нейроэндокринного, метаболического и воспалительного характера, составляющими в совокупности хирургический стресс-ответ [1]. Происходят изменения и в системе гемостаза/фибринолиза, причем осложнения, прямо или косвенно с ними связанные, такие как инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболия легочной артерии, составляют до половины причин послеоперационной летальности [2].

Выраженность хирургического стресс-ответа зависит, в первую очередь, от травматичности оперативного вмешательства; открытые операции на органах брюшной полости являются высоко травматичными [3]. Именно при этих операциях ограничение хирургического стресс-ответа становится важнейшей целью анестезии и послеоперационной интенсивной терапии. Одним из наиболее рациональных и патофизиологически оправданных подходов к решению этой задачи является повышение адекватности анестезии и послеоперационного обезболивания. Наиболее отчетливым стресс-лимитирующим эффектом обладают методики регионарной анестезии, в первую очередь, нейроаксиальные блокады местными анестетиками [4]. Однако механизмы этого эффекта, а также его связь с изменениями в системе гемостаза/фибринолиза и послеоперационными осложнениями изучены недостаточно. Целью исследования являлась оценка изменений в системе гемостаза/фибринолиза при абдоминальных операциях в зависимости от варианта анестезии и послеоперационного обезболивания.

Согласно основным принципам современной анестезиологии, ключевую роль играет не только безопасная и эффективная аналгезия, но и седация, которая должна обеспечить, прежде всего, защиту психоэмоциональной сферы больного. Это подразумевает, наряду с поддержанием жизненно важных функций организма на фоне нейроаксиальной блокады, отсутствие пробуждения вообще и особенно сопровождающегося ощущениями боли и напряженности или страха, отсутствие тошноты и рвоты в послеоперационном периоде [5].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ различных методов анестезии при проктологических операциях.

Материалы и методы исследования. В связи с этим в отделении хирургии Карасайской ЦРБ г. Каскелен более 15 лет начато применения высокоэффективного метода обезболивания - эпидуральная анестезия (ЭА). С целью изучения эффективности методов обезболивания нами произведена сравнительная оценка их у больных трех групп, оперированных по методу Миллигана-Моргана. Всего были изучены истории болезни 146 больных с геморроем за период с 2013 по 2016 год. У 46 из них были свищи. Возраст пациентов варьировался от 16 до 65 лет, из них мужчин было 96 (65,75%) и женщин 50 (34,25%). I группа 47 (32%) – больные, оперированные под местной анестезией по А.В. Вишневному. II- группа 47 (32%) – больные, оперированные под общим обезболиванием в основном по желанию. Всем больным применяли внутривенный наркоз с применением кетамина, тиопентала натрия, иногда в сочетании НЛА. III группа 52 (36%) - больные, которым была произведена эпидуральная анестезия по общепринятой методике раствором 2% - 15-20 мл лидокаина. Через 15-20 мин, по достижению адекватной сегментарной анестезии начинались операции.

Результаты исследования. В первой группе недостаточность анестезии имелось у 24 больных, которым пришлось проводить внутривенный наркоз кетамином, 23 больных нуждались в усиленном обезболивании в ходе операции. Во второй группе больные нуждались в постоянном контроле до пробуждения. В третьей группе у больных наблюдали полное расслабления сфинктера и свисание геморроидальных узлов из-за перераспределения крови в зоне анестезии. Существенные гемодинамические нарушения наблюдались крайне редко, и их легко ликвидировали благодаря инфузии физиологическим раствором с малыми дозами мезатона. Такие осложнения, как задержка мочи, перианальный отек чаще наблюдались у больных, оперированных под местной анестезией, реже после общего обезболивания, минимально - после эпидуральной анестезии.

Выводы. Таким образом, при ЭА появилась возможность получать экономически выгодную, адекватную, длительную анестезию. Из полученных результатов исследования следует, что ЭА имеет большое преимущество перед другими видами обезболивания при проктологических операциях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Desborough J.P. The stress response to trauma and surgery. // British Journal of Anaesthesia. – 2000. - V. 85. - № 1. - P. 109-117.
- 2 Rodgers A., Walker N., Schug S., et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomized trials. / British Medical Journal. 2000. - V. 321. - P. 1493-1497.
- 3 Wrigge H., Uhlig U., Zinserling J., et al. The effects of different ventilatory settings on pulmonary and systemic inflammatory responses during major surgery. // Anesthesia & Analgesia. 2004. - V. 98. - P. 775-781.
- 4 Овечкин А.М. Хирургический стресс-ответ, его патофизиологическая значимость и способы модуляции. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2008. - Т. 2. - С. 49-62.
- 5 Светлов В. А., Зайцев А. Ю., Козлов С. П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад: стратегия и тактика // Анестезиология и реаниматология. 2006. - № 4. - С. 4-11.

Б. Умитхан, С.Т. Еркасов, А.К. Дуйсенбаева, К.А. Ермаханов, С.Т. Атамуратов

Қазақ медицина үздіксіз білім беру университеті,
Алматы, Қазақстан Республикасы

ЭПИДУРАЛДЫ АНЕСТЕЗИЯНЫҢ ПРОКТОЛОГИЯЛЫҚ ОТАЛАРДАҒЫ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Проктологиялық оталар кезінде, заманауи анестезиологияның жетістіктеріне қарамастан, анестезия әдісін таңдау әлі күнге дейін қиындықтар тудырады. Жергілікті анестезия ауыру сезімін толық жойғанымен, нейровегетативті реакциялардың рефлекторлық доғасын толық жоймайды. Сондықтан оташының және пациенттың талаптарына жауап бермейді. Осылайша кіші жамбас хирургиясында эпидуралды (өңірлік) анестезияның рөлі жоғарылайды.

Түйінді сөздер: эпидуралды анестезия, өңірлік анестезия, проктология

B. Umithan, S.T. Erkasov, A.K. Duisenbaeva, K.A. Ermakhanov, S.T. Atamuratov

Kazakh Medical university of continuing education,
Almaty, Republic of Kazakhstan

EFFICIENCY OF EPIDURAL ANESTHESIA IN PROCTOLOGICAL OPERATIONS

Resume: The choice of the method of anesthesia in proctological operations, despite the achievements of modern anesthesiology, still presents difficulties. Local anesthesia does not satisfy the requirements of surgeons and patients, since a full-fledged anesthesia blocks the pain reaction, but does not interrupt the reflex arc of neurovegetative reactions. As a result, the role of epidural (regional) anesthesia in pelvic surgery is increasing.

Keywords: epidural anesthesia, regional anesthesia, proctology

УДК 616.36 – 008.64 - 085.246.9: 616.15 – 092.18

Е. Л. Исмаилов

Международный институт последипломного образования,
Кафедра анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии с курсом скорой неотложной медицинской помощи

КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМНАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ И ФОТОМОДИФИКАЦИЯ КРОВИ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Печеночная недостаточность – синдром, характеризующий функциональную несостоятельность печени, при котором имеет место, прогрессивно распространяющийся некроз гепатоцитов, определяющий метаболические сдвиги и запуск прогностически неблагоприятных механизмов. Основной проблемой традиционной терапии острой печеночной недостаточности является циркуляция токсических веществ в прогрессирующей концентрации, формирующая порочный круг самоотравления организма. Патологически обоснованным вариантом решения является максимально полное и радикальное удаление токсинов с одновременной стимуляцией компенсаторно-приспособительных механизмов, которое возможно выполнить с помощью комплексного системного, последовательного и взаимодополняемого применения современных методов детоксикации и фотомодификации крови.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, детоксикация, экстракорпоральная детоксикация

Введение. Актуальность проблемы печеночной недостаточности, сопровождающей многие заболевания и критические состояния подтверждается статистическими данными, приводимыми в различных рода обзорах, результатах клинических исследований и наблюдений, касающихся заболеваний. Многие ученые и практикующие врачи однозначно указывают на неуклонный рост числа больных с различными заболеваниями печени, течение которых осложняется декомпенсированной печеночной недостаточностью. Среди причинных факторов на первом месте стоит вирусный гепатит [1]. Вирусным гепатитом В заражено приблизительно 2 млрд. человек и примерно у 100 тыс. пациентов течение гепатита осложняется острой печеночной недостаточностью. Следует особо отметить, что несмотря на комплексную интенсивную терапию при этих критических состояниях смертность достигает 70-90% [2]. Ежегодно в мире, по данным ВОЗ, регистрируются примерно 50 млн. заболевших гепатитом В, из них 2 млн. человек умирают. Число больных гепатитом С насчитывается от 100 до 200 млн. человек [3]. По самым пессимистическим прогнозам, экспертов ВОЗ в течение последующих 10-20 лет смертность от заболеваний печени может возрасти в 2 раза [4].

Гальперин Э.И. предложил рассматривать функциональную недостаточность печени как состояние, когда орган не способен поддерживать обмен веществ и постоянство внутренней среды организма, а если поддерживает, то за счет напряжения своих компенсаторных возможностей.

Патологические изменения при печеночной недостаточности с определенной долей условности можно разделить на 2 группы: интрапеченочные - изменения в печени и экстрапеченочные - нарушения в других жизненноважных органах и системах.

В основе развития печеночной недостаточности лежит некроз печеночных клеток, как результат действия первичного повреждающего фактора, которым может быть инфекция, лекарственные препараты (чаще всего - парацетамол), токсины, алкоголь, гипоперфузия печени при хронической сердечной недостаточности, болезнях сосудов печени и др..

В патогенезе печеночной недостаточности большинством исследователей и клиницистов первостепенное значение придается включению или активации гуморальных и гипериммунных механизмов и реакций, результатом которых и является некроз клеток печени. Причем отмечается корреляция между тяжестью проявления симптомов печеночной недостаточности и количеством утративших свои функциональные и компенсаторные резервы гепатоцитов, а также продолжительностью периода, в течение которого происходило их повреждение [5].

Функциональная несостоятельность гепатоцитов обусловлена двумя причинами: отрицательное воздействие со стороны причинного первичного повреждающего фактора, что при определенных условиях за счет высвобождения биологически активных протеолитических ферментов – гидролаз приводит к массивному