

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ущина С.В., Алёйник Д.В., Пархоменко С.Ф.

г. Днепропетровск

Нами за период с 1994 по 1999 год выполнены 1870 эндохирургических операций по поводу калькулезного холецистита с хроническим воспалением, небольшой процент с диагностической целью. Женщин - 85%, мужчин - 15%. Возраст колеблется от 17 до 86 лет. Более 55% госпитализированных пациентов имели сопутствующую патологию, наибольший процент в которой занимает ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь 1-3 степени, ожирение, варикозная болезнь нижних конечностей. Больные, поступающие на госпитализацию, осматриваются анестезиологом в поликлиническом отделении. Это позволяет начинать профилактические и лечебные мероприятия по поводу сопутствующей и сочетанной патологии еще на догоспитальном этапе. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений в предоперационном и интраоперационном периодах проводилось эластичное бинтование нижних конечностей за 2 часа до операции, подкожное введение гепарина от 2,5 до 5 т.ед в зависимости от массы тела или фраксипарина 0,3-0,6 соответственно.

Больным с лабильной психикой проводилась седативная терапия накануне и утром перед операцией тазепамом, назепамом, сибазоном, что приводило к выраженному сглаживанию гемодинамических колебаний во время вводного наркоза и более гладкому протеканию общего обезболивания.

В нашей клинике методом выбора общего обезболивания при эндоскопических операциях является эндотрахеальный комбинированный наркоз, который позволяет достигнуть наиболее полной релаксации мышц передней брюшной стенки и выключить из акта дыхания диафрагму, т.к. во время лапароскопии происходит нагнетание углекислого газа в брюшную полость с повышением внутрибрюшного давления более 20 мм.вод.ст.

Нами использовалась стандартная премедикация с применением наркотических анальгетиков (промедол, фентанил), антигистаминных препаратов, сибазона. У больных с полиаллергией в премедикацию включался целестон. Вводный наркоз проводится с использованием миорелаксантов короткого типа действия (дитиллин - 2 мг/кг массы тела). Базис наркоз включал миорелаксанты среднего и длительного (ардуан, мускурон) типа действия, с коррекцией миорелаксантами короткого типа при быстротекающих операциях (25-30), что позволяло добиваться своевременного адекватного самостоятельного дыхания у пациента, избегать необоснованной кураризации с проведением длительной ИВЛ в послеоперационном периоде. С целью интраоперационного обезболивания нами применялись как наркотические анальгетики (фентанил, промедол), так и ненаркотические (стадол и трамадол).

Нами проведены 100 анестезиологических пособий больным с различной сопутствующей патологией (особое внимание уделялось гипертонической болезни,

различным видам аритмий, нарушениям функции дыхания) с использованием стадола.

Учитывая особенности эндоскопических операций в условиях нашей клиники, их кратковременность (25' - 1 час), стадол вводился в дозировке до 0,04 мг/кг массы тела из расчета 30-40' операции во время вводного наркоза, если продолжительность операции увеличивалась, то следующая доза препарата составляла 0,5-1 мг в зависимости от массы тела на последующие 30'. У 10% больных в интраоперационном периоде увеличивалась частота сердечных сокращений без изменений гемодинамики и усиливалось потоотделение. У больных с исходной гипотонией гемодинамика стабилизировалась. Во время проведения обезболивания стадалом дозировка анестетиков снижалась до 50-60%, т.к. стадол обладает выраженным седативным эффектом. За 15-20' до конца операции, для более быстрого выхода из наркоза и гладкого течения ремиссии послеоперационного периода нами вводится трамадол в дозировке 100 мг.

В послеоперационном периоде гемодинамика стабильная, течение гладкое, дозировка ненаркотических анальгетиков уменьшается в среднем на 20-30%. У 10% больных в раннем послеоперационном периоде наблюдалась тошнота или рвота.

В послеоперационном периоде у больных с сопутствующей патологией с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии проводилось эластическое бинтование нижних конечностей, подкожное введение гепарина до 5 тыс. ед., в зависимости от веса, или фраксипарина 0,3-0,6 2 раза в сутки, в течение 3 дней.

С целью профилактики легочных осложнений в послеоперационном периоде проводится полноценное обезболивание на протяжении первых суток с применением инъекционных ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков, как можно более ранняя активизация больного в постели (повороты, принятие сидячего положения), самостоятельное передвижение в пределах послеоперационной палаты к окончанию первых суток, гиперкапническая гипервентиляция легких с сопротивлением на выдохе, ультразвуковые или паровые ингаляции.

На вторые сутки послеоперационного периода мы отказались от внутримышечного введения анальгетиков и перешли на пероральное. Нами широко используется кетонал в дозировке 300 мг (3 т) в сутки на три приема или темпалгин по 1 таблетке 3 раза. Если у больного выражен болевой синдром на третьи сутки после операции - назначается половинная доза, но основная масса пациентов в этом не нуждается.

Благодаря комплексному подходу к анестезиологическому обеспечению больных, начиная с догоспитального этапа, нам удалось практически свести к нулю интра- и послеоперационные осложнения, а кроме того - выработать экономически выгодный метод хирургического лечения больных.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Ущина С.В., Алєйник Д.В., Пархомєнко С.Ф.

Наводяться дані результатів 1870 ендосхірургічних операцій з приводу калькульозного холецистити з хронічним запаленням за період 1994-1999. Методом вибору загального знеболєння при операціях є ендотрахеальний комбінований наркоз. Завдяки комплексному підходу до анестезіологічного забезпечення хворих, починаючи з догоспітального етапа, нам вдалося практично звести до нуля інтра- та післяопераційні ускладнення.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF GENERAL ANESTHESIA AND POSTOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS DURING ENDOSCOPIC OPERATIONS ON ABDOMINAL CAVITY ORGANS

S.V. Ushchina, D.V. Aleinik, S.F. Parhomenko

During 1994-1999 we carried out 1870 endosurgical operations for calculous cholecystitis with chronic inflammation. Due to complex use of anaesthesiological supply of patients we managed practically to bring to zero intra- and postoperative complications.