

УДК 616.711-381-072.1; 618.14

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

П. Г. Есенжолов

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск

Біз бронхиалдық астмасы бар науқастарда операция кезінде және операциядан соң байқалатын асқинуларды болдырмауға бағытталған анестезия принциптерін жасадық. Бронхиалдық астмасы бар ауруларға лапароскопиялық холецистэктомия жасау кезіндегі анестезиялық қауіп оларға пневмоперитонеум жасау қажеттілігіне байланысты. Бұл өкпенің вентиляциялық қабілетін томендетеді де, коррекциялауы қиын бронхоспазмге алып келеді.

An patients have undergone laparoscopic cholecystectomy. We have developed the principles of general anesthesia in patients with bronchial asthma in order to prevent both intra and post-operative complications. During the laparoscopic cholecystectomy in patients with bronchial asthma the anesthesia risk is combined with pneumoperitoneum necessity which leads to ventilation ability determination. Contributed by severe bronchospasm.

Число больных бронхиальной астмой неуклонно растет. Этому в большей степени способствуют изменения условий жизни людей, появление новых химических соединений, загрязнение окружающей среды. Бронхиальная астма является заболеванием, значительно повышающим риск у больных подвергающихся оперативному вмешательству. У астматиков нарушается механика дыхания, обусловленная изменением воздушной проводимости, главным образом, периферических дыхательных путей, их сужения из-за утолщения стенок бронхов, отека слизистой оболочки бронхов, а также мышечным спазмом и накоплением густого, вязкого секрета.

В связи с высоким процентом лёгочных осложнений после операции у больных бронхиальной астмой, последним следует назначать операцию после предварительной подготовки, которая включает полное обследование больного с обязательной спирографией и газовым контролем крови.

За период 2008-2010 гг. в ВК ОМО прооперировано 30 больных с ЖКБ и с сопутствующей бронхиальной астмой методом лапароскопии. Женщин было 25, мужчин 5. Возраст больных составил от 35 до 70 лет. Продолжительность заболевания основным заболеванием (ЖКБ) составила от 2 до 14 лет, бронхиальной астмой от 2 до 20 лет. Все методы диагностики, необходимые для установления диагноза хронического холецистита, сопутствующего заболевания и контроля адекватного проведения анестезии и лечения, нами были разделены на общеклинические и специальные. Методы исследования обязательно включали электрокардиографию, спирографию. Учитывая наличие сопутствующей патологии, каждому больному во время операции и в раннем послеоперационном периоде осуществляли мониторинг гемодинамики аппаратами: Nihon Kohden, Mindray рm 5000-7000. Информацию о качественных и количественных изменениях буферной системы крови и характеристики его газового состава определяли на ABL-825.

Для профилактики бронхообструкции перед операцией больным в премедикацию включали бронхолитики, которые они принимали в межприступный период заболевания. По возможности предупреждали больных о необходимости умеренного их использования, так как чрезмерное использование аэрозольных адrenomиметиков чревато возникновением электрической нестабильности проводящей системы сердца, последнее в свою очередь способствует возникновению аритмии или других расстройств кровообращения во время операции и анестезии. У гормональнозависимых больных в премедикацию включали двойную дозу глюкокортикоидов. В предоперационной подготовке использовались

антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), учитывая их свойство подавлять секрецию слизистых оболочек бронхов.

У большинства больных введение в анестезию осуществлялось внутривенным введением седуксена (10-20 мг) в сочетании с калипсолом 100-150 мг (обладающим бронхолитическим действием) или рекофолом 150-250 мг. От тиопентала натрия воздерживались, поскольку он как серосодержащий препарат усиливает бронхоспазм. Дальнейший наркоз проводился по методу тотальной внутривенной анестезии в условиях ИВЛ. Это связано с отсутствием в последнее время ингаляционных анестетиков (фторотан, галотан, наркотан). Во время проведения тотальной внутривенной анестезии, как правило, не отмечалось каких-либо проблем, если по ходу обезболивания обеспечивалась хорошая миорелаксация с адекватно подобранным режимом ИВЛ. Заметного влияния на течение наркоза у больных с бронхиальной астмой как деполаризующие так и недеполяризующие миорелаксанты не оказывали. У больных с бронхиальной астмой применялась щадящая методика наложения карбоксиперитонеума. После интубации больного при допустимых показателях гемодинамики в брюшную полость вводили углекислый газ со скоростью 0,15 л/сек. Затем на инсуффляторе устанавливали режим внутрибрюшного давления на отметке 5-8 мм рт ст. После достижения этого давления контролировали в течение 10 минут показатели гемодинамики и газовый состав крови. Исследование газового состава крови при лапароскопической холецистэктомии у больных бронхиальной астмой являлось основной контрольной мерой. Учитывались не только показатели содержания кислорода, но главным образом показатели углекислоты. Необходимо отметить, что кратковременное повышение углекислоты в крови (рСО₂) до 55-65 мм рт ст на 1-2 часа больные бронхиальной астмой переносили без каких-либо тяжелых последствий. Учитывая возможность гиперкапнии в результате резорбции СО₂ через брюшину больным во время лапароскопии старались вводить минимальный объем газа в брюшную полость. Для этого интраабдоминальную инсуффляцию СО₂ проводили со скоростью 0,10 л/сек в положении больного под углом 50 градусов, с подъемом головного конца операционного стола. При этом вводимый газ заполнял верхний этаж брюшной полости. Это позволяло проводить операцию при интраабдоминальном давлении 6-8 мм рт ст, что не вызывало сдвига в газовом составе крови. Во время проведения наркоза и в посленаркозном периоде решали три основные задачи.

- Предварительную блокировку рецепторов воздухоносных путей перед началом инструментальных манипуляций для интубации и экстубации трахеи.
- Максимальное расслабление гладких мышц дыхательных путей.
- Предотвращение высвобождения медиаторов аллергии.

В наших наблюдениях, несмотря на предоперационную бронхолитическую подготовку у 3 больных возник незначительный бронхоспазм. Причем, у 2 больных он возник во время вводного наркоза, а у 1 во время операции. При возникновении бронхоспазма во время вводного наркоза предпринимали следующие меры: углубляли наркоз с помощью кетамина (при этом снижалось внутриторакальное давление и уменьшалось сопротивление в дыхательных путях), внутривенно вводили зуфиллин до 5 мг/кг, преднизолон 60-90 мг. В результате во всех случаях удавалось купировать бронхоспазм. При возникновении бронхоспазма во время операции прекращалось введение газа в брюшную полость, внутривенно вводился зуфиллин до 5 мг/кг, преднизолон 60-120 мг. Проводился лаваж бронхиального дерева бронхолитическим коктейлем, состоящим из зуфилина, преднизолона и физиологического раствора. После нормализации газового состава крови и сердечной деятельности операции завершались. В послеоперационном периоде у больных независимо от момента возникновения бронхоспазма придерживались следующей тактики:

1. Проводили продленную искусственную вентиляцию легких в режиме Дуорар до 3-х кратного получения нормального газового состава крови
2. Внутривенно вводили зуфиллин до 5 мг/кг, преднизолон до 90 мг
3. Выполняли лечебную фибробронхоскопию с лаважом бронхиального дерева
4. Больного переводили на самостоятельное дыхание в режиме «Spont» или «ASV» не менее чем через 1,5 часа после окончания операции
5. Экстубацию выполняли только при ясном сознании, адекватном дыхании, удовлетворительном мы-

шечном тоне, стабильной гемодинамике, при нормальных показателях газового состава крови

Наряду с этим назначали ненаркотические анальгетики, десенсибилизирующие средства, ингаляции аэрозолями бета-адреномиметиков через небулайзер. В результате проведенных мер повторных приступов бронхиальной астмы не наблюдалось.

Выводы

1. При лапароскопической холецистэктомии у больных бронхиальной астмой риск анестезии связан с необходимостью наложения пневмоперитонеума, что приводит к резкому ухудшению вентиляционной способности легких.

2. У больных бронхиальной астмой во время операции при внутрибрюшном давлении 15 мм рт ст и продолжительности пневмоперитонеума более 30 минут отмечаются выраженные нарушения легочной вентиляции.

3. У больных бронхиальной астмой до и во время операции с целью предупреждения бронхоспазма и гипоксемии необходимо использование бронходилататоров, противовоспалительных, антигистаминных препаратов, а также проведение операции при внутрибрюшном давлении не более 8 мм рт ст.

4. Отсутствие побочного действия, хорошая переносимость, минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы позволяют широко использовать рекофол в сочетании с фентанилом при тотальной внутривенной анестезии в условиях ИВЛ при лапароскопических холецистэктомиях.

Литература:

1. Йен Смит, Пол Уайт // Тотальная внутривенная анестезия - Москва, 2006. - 145с.
2. Мартынов А.Н. // Оптимизация анестезиологического обеспечения лапароскопической холецистэктомии: Автореф. дис. - Москва, 2000. - 195с.
3. Шурыгин И.А. // Мониторинг дыхания в анестезиологии и интенсивной терапии. - СПб, 2003. - 200с.
4. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэгид С.Михаил // Клиническая анестезиология, книга вторая. - Москва, 2003.
5. Чучалин А.Г. // Бронхиальная астма. - Москва, 1985. - 158с.

УДК 616.33-089.87-06+616.149-008.341.1

ЦИРРОЗҒА, ПОРТАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯҒА БАЙЛАНЫСТЫ АСҚАЗАН ІШЕК ҚАНАУЛАРЫ

А. Ж. Омарбеков

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Резюме

Желудочно-кишечные кровотечения, связанные с циррозом печени, и портальной гипертензией

В БСМП г. Семей с 2007-2009г.г. с желудочно-кишечным кровотечением различной этиологией пролечились 392 больной. Среди них кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка составили 139 (35,4%), возраст больных от 35-60 лет.

При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода консервативная тактика предпочтительнее чем оперативное вмешательство.

Торакальный доступ к желудку и пищеводу, переносится больными гораздо тяжелее, чем абдоминальный, кроме того, при несостоятельности швов пищевода и желудка при торакальном доступе неминуемым осложнением является эмпиема плевры.

Summary

Cirrhosis, portal hypertension complicated by gastrointestinal bleeding

There were treated 392 patients with gastrointestinal bleeding of various etiologies in the emergency hospital of Semey over the period from 2007 to 2009. Among them number of patients aged 35-60 with bleeding from esophageal varices and the stomach was 139. Methods of investigation and treatment are shown. Conservative ways of treatment are more effective than surgical one. More optimal operation is a gastrotomy from abdominal access with ligation of variceal and bleeding veins of the stomach and the esophagus.