

ВИКОРИСТАННЯ ЗАКИСУ АЗОТУ ДЛЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ В ХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ «СІЛМЕД»

Оладько І.О., Землюк М.Н.

Науковий керівник - доц. Андрющенко В.В.

Лікувально-діагностичний центр ДП «Сілмед»

Як відомо, при лапароскопічній холецистектомії необхідне накладення карбоксиперітонеуму, який призводить до зменшення внутрішньо судинного об'єму за рахунок стиснення судин черевної порожнини і за очеревинного простору, сприяє затримці і депонуванню крові у венах нижніх кінцівок, визиває високе ригідне стояння куполу діафрагми, зниження ниркового кровотоку з викидом у судинне русло катехоламінів. Окрім цього підвищений внутрішньо очеревинний тиск сприяє виникненню «абдомінального краш – синдрому», визиває порушення кровотоку по ворітній вені, що разом з резорбтивною дією вуглекислого газу є несприятливим впливом на печінку та весь організм у цілому.

Анестезіологічне забезпечення лапароскопічних операцій повинне враховувати несприятливі впливи на організм, та максимально захищати пацієнта від хірургічної агресії. Необхідно відмітити, що „золотим стандартом” сучасної анестезіології є використання закису азоту для підтримання ендотрахеального наркозу.

За період 2007 – 2008 рік в хірургічній клініці „Сілмед” проведено планових операцій лапароскопічної холецистектомії у 173 пацієнтів: чоловіків – 12, жінок – 161 у віці від 17 до 78 років. Анестезіологічний ризик визначався за шкалою ASA. До 2 класу ризику було віднесено 23 пацієнти, до 3 класу 148 хворих та до 4 класу-2.

Всі хворі, яким була запланована лапароскопічна холецистектомія заздалегідь оглядалися анестезіологом, терапевтом, при необхідності кардіологом з проведенням всього комплексу необхідних обстежень: лабораторних та інструментальних. Після цього хворим призначалась передопераційна медикаментозна підготовка, яка здійснювалась пацієнтами самостійно в амбулаторних умовах. Тривалість підготовки звичайно складає від 1 тижня до 1 місяця в залежності від важкості функціональних порушень.

Операції здійснювались в день госпіталізації хворих. З метою забезпечення психологічного комфорту одразу після госпіталізації хворі отримували сонміл (доксиламін) 10 мг перорально. За 30-40 хвилин до операції здійснювалась премедикація внутрішньом'язово, яка включала в себе: кетонал в дозі 1 – 1,5 мг/кг, димедрол 0,2 – 0,4 мг/ кг , атропін 0,01 -0,02 мг/ кг. Індукція до наркозу здійснювалась внутрішньовенним введенням сібазону в дозі 0,1 – 0,2 мг/ кг, тіопенталу натрію в дозі 5 – 10 мг/ кг, кетаміну 1- 2 мг/кг. Інтубація трахеї виконувалась за загально прийнятою методикою. Тривала міорелаксація досягалась тракріумом. Підтримання наркозу досягалося інгаляцією закисом азоту та періодичним введенням кетаміну та тіопенталу. З метою зменшення кровоточивості тканин під час операції після індукції до наркозу вводився етамзілат або діцинон. Для профілактики інфекційних ускладнень вводилися антибіотики цефалоспоринового ряду разом з метронідазолом. Контроль за станом пацієнтів під час операції здійснювався за допомогою манітору пацієнта UM – 300. Контролю підлягали наступні показники: ЕКГ в 5 відведеннях, контроль сегменту ST, варіабельність серцевого ритму, ЧСС, SiO₂ периферійної крові, частота периферійного пульсу, пульсограма, артеріальний тиск, автоматичний контроль тиску в дихальних шляхах.

Після індукції до наркозу та початку операції перебіг наркозу був без значних відхилень. Проте після накладення карбоксиперітонеуму у 112 (65%) хворих відмічалися гемодинамічні порушення, які проте, як правило нормалізуються самостійно на протязі 10 – 15 хвилин, але у 13 (7,5%) гемодинамічні порушення потребували медикаментозної корекції. У 5 (3%) хворих після введення вуглекислого газу в черевну порожнину спостерігалось зниження SiO₂ периферійної крові нижче 93%, що вимагало відмову від використання закису азоту для підтримання наркозу.

Якихось інших значних ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді у пацієнтів не спостерігалось. Спираючись на вище викладене, ми дійшли висновку, що закис азоту можливо використовувати для знеболення лапароскопічних холецистектоміях, за умови достатнього апаратного моніторингу.