

ID: 2020-02-4-T-19132

Тезис

Мусорин Е.Д., Панченко Е.И.

Анестезиологическое обеспечение при цистэктомии с уретеросигмоанастомозом по Mainz Pouch II у больных раком мочевого пузыря*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н. Гурьянов А.М.*

Самым распространённым хирургическим вмешательством у больных раком мочевого пузыря является цистэктомия с уретеросигмоанастомозом по Mainz Pouch II. Травматичность и длительность операции, большой объём кровопотери делают необходимым совершенствовать анестезиологическое обеспечение.

Материал и методы. В исследование включены 322 пациента в возрасте от 49 до 75 лет, которые оперированы в клинике НИИ уронефрологии с 2005 по 2018 г.

Результаты. Вес больных составлял от 65 до 107 кг. Из сопутствующие заболеваний преобладали ИБС, АГ, нарушения ритма сердца, сахарный диабет и ХОБЛ. Все больные отнесены к III ASA.

Использовалось 5 методик анестезии:

1. Тотальная внутривенная анестезия (ТВВА): пропофол+фентанил+пипекуроний
2. Общая анестезия (ОА): вводный наркоз – пропофол+фентанил, поддержание анестезии - севофлуран+фентанил+пипекуроний
3. Сочетанная анестезия (СА): ОА - севофлуран+фентанил + эпидуральная анестезия (ЭА) - лидокаин
4. СА: ТВВА - диприван+фентанил + ЭА - лидокаин
5. СА: анестезия - севофлуран + ЭА - ропивакаин.

Длительность операций колебалась от 3 до 5,5 часов. Мониторировались показатели гемодинамики и вентиляции: ЭКГ, АД_{сис}, АД_{диас}, САД, частота пульса, ЧСС, ЦВД, ДО, МОД, ЧД, Д_{вд}, SpO₂, PetCO₂, концентрация севофлурана в альвеолярном пространстве на вдохе и выдохе (об.%). Диурез, анализы крови – КОС, гемоглобин, количество эритроцитов, гематокрит, электролиты, коагулограмма.

Кровопотеря оценивалась гравиметрически. Кровопотеря >500 мл наблюдалась у 119 пациентов, >1000 мл – у 174, >1500 мл – у 24, >2000 мл – у 5.

Гемодинамику корректировали: допамин, адреналин до АД_{сис} 110-120 мм. рт. ст.

Кровопотерю корректировали: полиионные растворы – q-s, эритроцитарная масса до уровня гемоглобина не менее 90 г/л. Волювен, Гелофузин до 1 л.

Выводы:

1. Все применяемые методики анестезий обеспечивали адекватную анестезию. Однако средством выбора является сочетанная анестезия: общая анестезия севофлуран + эпидуральная анестезия ропивакаин.
2. При СА: севофлуран + ЭА ропивакаин наблюдалась более стабильная гемодинамика. При массивной кровопотере требовались меньшие дозы допамина и адреналина, гемодинамика стабилизировалась быстрее.
3. В послеоперационном периоде эпидуральная анальгезия ропивакаином обеспечивала длительное обезболивание с сохранением подвижности больного. Быстрее восстанавливалась перистальтика и работа желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: цистэктомия, анестезия, севофлуран