

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Преимущества центральных нейроаксиальных блокад, прерывающих трансмиссию нервного импульса из области операционной раны, бесспорны, и их применение при операциях по поводу колоректального рака были бы более, чем уместны. Учитывая значительную распространенность этой онкопатологии, можно было бы предположить значительную экономическую эффективность именно регионарного обезболивания.

В цивилизованных, экономически развитых странах колоректальный рак является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В структуре онкологической заболеваемости в мире колоректальный рак в настоящее время занимает четвертое место. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тысяч вновь заболевших больных колоректальным раком, из них более половины (440 тысяч) умирает.

Развитые страны несут огромные экономические потери в связи с высокой заболеваемостью колоректальным раком. Например, в США стоимость лечения больных колоректальным раком занимает в настоящее время второе место, составляя 6,5 млрд. долларов в год (первое место занимает рак молочной железы – 6,6 млрд. долларов в год) [5].

Все онкологические операции имеют присущие им особенности, операции по поводу колоректального рака характеризуются особой травматичностью и обширностью, сочетанием многозональной лимфодиссекции, резекции органа и прилежащих тканей с травматическим повреждением их иннервации.

В то же время функциональные резервы большинства онкологических больных в той или иной мере скомпрометированы возрастом, сопутствующей патологией, осложнениями основного и сопутствующих заболеваний, адъювантной химиотерапией и/или лучевой терапией [3].

Все перечисленные особенности онкологических операций в данной области диктуют свои требования к анестезии, способной обеспечить надежную антиноцицептивную защиту, в

то же время быть легко управляемой, способствующей быстрому восстановлению сознания и спонтанного дыхания.

Этим требованиям вполне удовлетворяет регионарная анестезия, а именно спиноэпидуральная анестезия. Общая анестезия, даже при сочетании с мощным анальгетиком, устраняя восприятие боли, не способна блокировать трансмиссию нервных импульсов от ноцицепторов из операционной раны к сегментарным структурам спинного мозга. Следуя принципам мультимодальности и упреждающего характера действия обезболивания, необходимо стремиться к такой анестезии, при которой применяемые препараты, методики, воздействуют на физиологические процессы, реализующее ноцицепцию, трансмиссию, модуляцию и перцепцию [1].

Преимущества центральных нейроаксиальных блокад, прерывающих трансмиссию нервного импульса из области операционной раны, бесспорны, и их применение при операциях по поводу колоректального рака были бы более, чем уместны. Учитывая значительную распространенность этой онкопатологии, можно было бы предположить значительную экономическую эффективность именно регионарного обезболивания.

Региональному обезболиванию в последнее время уделяется все возрастающее внимание, центральные нейроаксиальные блокады занимают одно из ведущих мест в структуре методов анестезии, применяемых в урологии, гинекологии, сосудистой и абдоминальной хирургии. Использование регионарных способов обезболивания позволяет уменьшить свойственные ингаляционным и неингаляционным анестетикам недостатки, удешевить применение анестезии. Кроме того фундаментальные исследования патофизиологии операционной травмы и механизмов хирургического стресс-ответа дают возможность считать регионарную анестезию важнейшим методом, ускоряющую хирургическую реабилитацию пациента как в интраоперационном лечении боли, так и при обезболивании в послеоперационном периоде.

Менее всего внимания уделено этому вопросу в колопроктологии, а именно у больных с онкопатологией. Сами по себе оперативные вмешательства, выполняемые на колоректальном отделе кишечника, относятся к разряду наиболее травматичных, так как производятся на шокогенных областях, сопровождающихся нередко значительной кровопотерей, а значит, требующих полноценной многогранной анестезии.

Как правило, пациенты с онкопатологией отличаются снижением резервных возможностей организма, что клинически проявляется умеренной анемией, склонностью к тромбообразованию, сопутствующей лейкопенией после неoadьювантной химиотерапии либо лучевого лечения, а, следовательно, и снижением сопротивляемости к интеркуррентной инфекции. Не секрет, что применение таких местных анестетиков, как маркаин, маркаин спинал хеви обладают иммунокорректирующей способностью [6].

Не следует снимать со счетов и выраженность болевого синдрома после обширных радикальных операций в колоректальной области в раннем послеоперационном периоде, для купирования которого необходимо применять принципы мультимодального обезболивания, предполагающего его многокомпонентность (наркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты и региональное обезболивание).

Центральные нейроаксиальные блокады широко были применены нами в период с конца 2005 года по 2007 год включительно. За этот период нами выполнено: комбинированных спиноэпидуральных анестезий – 150; спинномозговых – 70; эпидуральных анестезий – 40.

Процент регионарного обезболивания среди всех выполненных нами анестезий составлял 33% (причем колебания этого показателя в зависимости от преобладания того или иного типа оперативных вмешательств происходили в пределах от 19 до 46 %. В Москве, по данным Овечкина А.М. 2006, этот показатель составил всего 18-19%, а в России 10-12% .

Обращает на себя внимание тот факт, что именно комбинированная спиноэпидуральная анестезия занимает главенствующее положение среди всех видов нейроаксиальных блокад, выполненных в нашем отделении в 2006-2007 гг. Эпидуральная анестезия применялась у лиц, для которых была предусмотрена продленная перидуральная блокада в раннем послеоперационном периоде как компонент мультимодальной анальгезии в сочетании с ненаркотическими анальгетиками, Н1ВС [2].

Показаниями для проведения центральных нейроаксиальных блокад служили оперативные вмешательства как в верхнем, в среднем, так и нижних этажах брюшной полости: гастрэктомии, гастроэнтеростомии; резекции желудка; правосторонней гемиколэктомии; левосторон-

ней гемиколэктомии; передняя резекция прямой кишки; брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с наложением подвздошной колостомы; брюшно-анальная резекция прямой кишки с изведением сигмовидной кишки.

Средняя длительность операций составляла 235±5,9 минут и 240±4,3 минут соответственно. В 12 случаях длительность операций увеличивалась в 1,5 – 1,8 раза при проведении расширенной забрюшинной лимфаденэктомии.

Среди осложнений, связанных с применением центральных нейроаксиальных блокад в нашем отделении следует отметить: неадекватность блока – 3, неправильный выбор уровня блока – 4, выраженная гипотония – 8, гемодинамически значимая брадикардия – 3, не выявлено ни одного случая, связанного с проявлением аллергических реакций на введение местных анестетиков.

Значительное снижение количества вводимых препаратов у больных с комбинированной спиноэпидуральной анестезией способствовало снижению посленаркозной депрессии, быстрому пробуждению больных и восстановлению адекватного спонтанного дыхания.

В среднем снижение систолического АД составило 30% от исходного, диастолического – 20%, снижение АД до критического уровня со значительной интраоперационной кровопотерей, что потребовало интубации трахеи, перевода больного на ИВЛ, применения симпатомиметиков (дофамин в дозе 2-5 мкг\кг\мин) и гемотрансфузионной терапии. Брадикардию, развивающаяся у больных при высоком уровне блока, достигающем уровня Th 4, объясняли не только блокадой ускоряющих симпатических волокон сердца Th 1-5, но и снижением венозного возврата, а также усилением вагусного влияния за счет эффекта Bezold-Jarisch.[9].

ВЫВОДЫ:

1. Применение КСЭА у онкохирургических больных в онкопроктологии, эффективно блокируют болевую импульсацию, явились адекватным методом обезболивания.

2. Использование регионарных методов анестезии во время операции повышает адаптационные возможности организма.

3. Обеспечивает раннюю активацию больных в послеоперационном периоде, проводя тем самым профилактику ранних респираторных нарушений.

4. Преимущества центральных нейроаксиальных блокад, прерывающих трансмиссию нервного импульса из области операционной раны, бесспорны, и их применение при операциях по поводу колоректального рака были бы более, чем уместны. Учитывая значительную распространенность этой онкопатологии, можно было бы предположить значительную экономическую эффективность именно регионарного обезболивания.

Литература:

1. Овечкин А.М., Карпов И.А., Люосев С.В. Послеоперационное обезболивание в абдоминальной хирургии: новый взгляд на старую проблему//Анестезиология и реаниматология. 29903. №5 С. 45-50.

2. Ситкин С.И. «Использование ЭА в абдоминальной хирургии» «Вестник интенсивной терапии», 2000, №5-6. краткие сообщения.

3. Горобец «Особенности общей анестезии у больных старших возрастных групп в абдоминальной онкологии»// «Вестник интенсивной терапии». 2000 г., № 5-6.

4. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) Практическая онкология: избранные лекции. – СПб.,2004. – С. 151–161.

6. СТАТЬЯ ИЗ ЖУРНАЛА. Абрамова Н. А., Иммунокорректирующие свойства рихлокаина в экспериментальной и клинической онкологии- 2001(Бюлл. эксперим. биологии и медицины Прил. №2. С. 129-132)

7. Дж. Эдвард Морганмл, Мегид С.Михаил «Клиническая анестезиология; кн.3- пер. с англ.,М.,изд-во Бином, 2003 год, 304 стр.

8. Корячкин В.А, Страшнов В.И. «Спинальная и эпидуральная анестезия» - СПб:Изд-во ООО «Санкт-Петербургское мед. изд-во», 200. - 96 стр.

9. R.Owszuk et all. "Influence of anesthesia on corrected QT interwal" "Regional anesthesia and Pain Medicine" 2005, №6.

10. Strassels S.A., Chen C., Caar D.B. Postoperative analgesia: economics, resurs use, and patient satisfaction in an urban teaching hospital// Anest.Analg. 2002; 94: 130-137.