

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ (РЕГИОНАРНАЯ) АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

В структуре заболеваемости ЗНО рак молочной железы занимает одно из ведущих мест, в ней его долевое участие в 2006 году составило 17, 7%, причем показатель заболеваемости раком молочной железы в Республике Адыгее вырос с 2000 года с 28,1 до 34,3 в 2006 году на 100 000 населения.

Значительный прирост заболеваемости можно объяснить как демографическими компонентами (возраст, пол) [1], так и климатогеографическими особенностями нашей республики. Наиболее высокий уровень заболеваемости ЗНО молочной железы приходится на старшие возрастные группы. По данным анализа ежегодно более 50% заболевших приходится на возрастные группы старше 65 лет, в 2006 году – этот показатель составил 58,9%.

Онкологические операции на молочной железе представляют собой особую многочисленную группу в структуре оперативных вмешательств, выполняемых в хирургическом отделении Адыгейского республиканского клинического онкодиспансера. В среднем, их абсолютное количество составляет 150-170 операций в год (радикальная резекция молочной железы, простая мастэктомия и симультантная аксиллярная лимфодиссекция, радикальная мастэктомия в различных модификациях, расширенные секторальные резекции с подмышечной лимфаденэктомией).

Все онкологические операции на молочной железе характеризуются особой травматичностью и обширностью, сочетанием многозональной лимфодиссекции, резекции органа и прилежащих тканей с травматическим повреждением их иннервации [2].

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.

Все перечисленные особенности онкологических операций на молочной железе 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 паравертебральная. К тому же, никакая другая анестезия, кроме регионарной, не обеспечит полноценной анестезии на этапе пробуждения и раннего послеоперационного периода, чреватого своего рода всем известными специфическими осложнениями, как то депрессия дыхания в результате замедленного пробуждения после общей (ингаляционной или тотальной внутривенной) анестезии, либо остаточного действия миорелаксантов.

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 [2].

История регионарного обезболивания насчитывает целый век, первая паравертебральная блокада была выполнена в 1905 году в г. Лейпциге Hugo Sellheim. С открытием бупивакаина (1963) и описания паравертебральной блокады, основанной на тесте потери сопротивления (1979, Fason and Wyatt). Richardson, уже с 1995 года применял паравертебральную анестезию при косметических и реконструктивных операциях на молочной железе, отдавая предпочтение многоинъекционной технике, но в литературе есть описания как одноинъекционной [7], так и катетерной методике [8]. В нескольких независимых публикациях, появившихся в 1995-2006 году, описывались достоинства и различные модификации этого метода, подтверждались результаты снижения боли по визуально-аналоговой шкале в течение 12 часов после операции, уменьшение частоты послеоперационной тошноты и рвоты, снижения потребности в наркотических анальгетиках [3].

В нашем онкодиспансере многоинъекционная паравертебральная анестезия при радикальных операциях на молочной железе применяется только с 2006 года. Предпочтение отдано многоинъекционной технике, при которой обеспечивается значительная широта блокады и исключается вероятность одномоментного внутрисосудистого введения раствора местного анестетика. Под этим видом обезболивания прооперировано более 80 больных, им были выполнены радикальные операции по поводу онкопроцесса на молочной железе в различных модификациях.

Медиана возраста у лиц, подвергшихся оперативному лечению при этой патологии составляла 60 ± 5 лет, абсолютное большинство – это женщины, однократно ТПВА была выполнена у мужчины (с-г молочной железы).

Блокада проводилась как 0,5% раствором маркаина, так и 1% раствором лидокаина с адреналином. Общая доза составляла 600 мг 1% лидокаина или 200 мг 0,5% маркаина [4].

Блокада развивалась через 10-15 минут, больным проводилась стандартная премедикация (атропин, димедрол, реланиум). Длительность сенсорной блокады составляла 3-4 часа, в послеоперационном периоде анальгезия сохранялась до 10-12 часов, причём в первые сутки не требовалось применения наркотических анальгетиков, достаточно было назначение кетанала или метамизола, анестезии при этом по шкале ВАШ составляла 8-9 баллов.

Во время операции для седации использовали пропофол 100-200 мг, тиопентал 200-300 мг, для обеспечения неглубокого медикаментозного сна и обеспечения отсутствия пациента на операции. Перехода на общую анестезию не потребовалось.

Операция под ТПВА была успешно закончена у 80 пациентов. Течение операции отличалось некоторыми особенностями: умеренной гипотонией, отсутствием тахикардии и депрессии дыхания при нормальных значениях пульсоксиметрии. Снижение значений ЧСС и АД можно объяснить умеренной симпатической блокадой, у 3 человек гипотензия была скорректирована введением симпатомиметиков в следовых концентрациях, длительной инфузии вазопрессоров не потребовалось ни в одном случае. Артериальная гипотония при проведении паравerteбральной анестезии объяснима, как и эпидуральная анестезия, увеличением емкости сосудистого русла в зоне блока с последующим снижением преднарузки.

Благотворное влияние сегментарной симпатической блокады отмечалось у пациенток с синусовой тахикардией, желудочковой экстрасистолией, мерцательной аритмией в виде урежения сердечного ритма, и в некоторых случаях достоверное исчезновение экстрасистол. В послеоперационном периоде у пациенток, оперированных под ТПВА отмечалось снижение выраженности болевого синдрома, не требующего введения наркотических анальгетиков. Послеоперационная тошнота и рвота, пневмоторакс, проявление системной токсичности местного анальгетика не отмечались ни у одной больной. Отмечено, что пациентки, перенесшие ТПВА, ранее ипых активизировались, лучше и легче выполняли дыхательные упражнения и перемещения в постели, в послеоперационном периоде не отмечено ни одного случая тромбоэмболических осложнений.

Торакальная паравerteбральная анестезия, выполненная нами при радикальных операциях на молочной железе создаст серьезную альтернативу эндотрахеальному комбинированному наркозу, обеспечивая, с одной стороны надежную высококачественную афферентную блокаду, распространяясь только на те области, которые необходимы для хирургического вмешательства, с другой стороны, обладает минимальной токсичностью. ТПВА позволяет оптимизировать течение интра- и послеоперационного периода, уменьшить частоту сердечно-сосудистых и легочных осложнений, получить полноценную послеоперационную анальгезию при минимальной потребности в анальгетиках и уменьшает стоимость анестезии.

Литература:

1. Ганцев Ш.Х., Галеев М.Г., Харипова Э.А. Вопросы хирургического лечения рака молочных желез. // Материалы I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы маммологии»: Сб. научных трудов под ред. В.П. Харченко. — М., 2001. — С. 221-223
2. Горобец Е.С., Зотов А.В., Кононенко Л.И. Роль центральных блокад в анестезиологическом обеспечении онкохирургических вмешательств. Региональная анестезия и лечение боли. Тем. сб. под ред. А.М. Овечкина, С.И. Ситкина. Москва-Тверь, 2004, с. 128-134
3. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Морозов Д.В. и др. Профилактика послеоперационной боли: патогенетические основы и клиническое применение. Анестезиология и реаниматология. 2000, №5, с. 71-76
4. Овечкин А.М., Осипов С.А. Клиническая фармакология местных анестетиков. Региональная анестезия и лечение боли. Тем. сб. под ред. А.М. Овечкина, С.И. Ситкина. Москва-Тверь, 2004, с. 26-37
5. Осипова Н.А., Береснев В.А., Петрова В.В., Ветшева М.С., Долгополова Т.В., Свиридов С.В. Опыт использования анальгетиков периферического действия в системе комплексной защиты пациента от операционной травмы. «Анестезиология и Реаниматология», 2002, №4, с. 23-26
6. Klein SM, Pirotton R, Nielsen KC, Steele SM, Warner DS, Moylan JA, Eubanks WS, Greengrass RA: Paravertebral somatic nerve block compared with peripheral nerve blocks for outpatient inguinal herniorrhaphy. // Reg Anesth Pain Med. 2002 Sep-Oct;27(5): 476-80
7. Loënnqvist PA, MacKenzie J, Soni AK, Conacher ID: Paravertebral blockade: Failure rate and complications. // Anaesthesia 1995; 50: 813-5
8. Sharrock NE: Postural headache following thoracic somatic paravertebral nerve block. // ANESTHESIOLOGY 1980; 52: 360-2