

Региональная лимфоноправленная анальгезия анилокаином при малоинвазивной хирургии холелитиаза

В.А. Самарцев, В.И. Панцуркин

ГОУ ВПО * Пермская государственная медицинская академия МЗ РФ*
ГОУ ВПО *Пермская государственная фармацевтическая академия МЗ РФ*

Около 10% населения мира страдает холелитиазом и каждое десятилетие этот показатель увеличивается примерно в два раза. Улучшение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений, прежде всего, связано с оптимизацией хирургической тактики и широким использованием малоинвазивных эндовидеохирургических и минилапаротомных современных технологий в ургентной хирургии.

Мы являемся сторонниками следующей хирургической тактики при малоинвазивной хирургии ЖКБ и ее осложнений: индивидуальный и дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства; этапное лечение больных с высоким операционным риском; адекватное наружное, внутреннее или комбинированное дренирование билиарного и панкреатического трактов; коррекция сочетанной патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ).

Концепция профилактики гнойно-септических осложнений при малоинвазивной хирургии холелитиаза строится на адекватной послеоперационной анальгезии и антибиотикопрофилактике с использованием лимфоноправленных региональных путей введения таких как круглая связка печени, парапанкреатическая клетчатка.

Цель работы - оценить эффективность региональной лимфоноправленной анальгезии анилокаином при малоинвазивных операциях по поводу ЖКБ.

Мы считаем основными задачами лимфоноправленной анальгезии при операциях на желчевыводящих путях и поджелудочной железе: адекватное послеоперационное обезболивание, снятие спазма гладкой мускулатуры протоков, сфинктеров и органов ГПДЗ, лимфостимуляцию и адекватный лимфодренаж. Широкое внедрение миниинвазивных технологий в хирургию гепатопанкреатодуоденальной

зоны и разработка нового отечественного местного анестетика анилокаина позволили нам пересмотреть традиционные подходы к лечению болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у этой группы больных.

В отличие от общепринятого назначения после операций на желчных путях наркотических и ненаркотических анальгетиков по схемам с введением их через определенный временной интервал мы при лапароскопических операциях на желчевыводящих путях стали применять лимфоноправленные методы введения местных анестетиков. Традиционно мы использовали 0,25% раствор новокаина в объеме 80-100 мл. Лидокаин не применяли в связи с его высокой токсичностью.

Эффективность и обоснованность лимфоноправленной анальгезии при операциях на желчных путях базируется на концепции "лимфатического региона" (Ю.И. Бородин, 1995), где каждый орган или анатомическая область имеют свой лимфатический регион, осуществляющий тканевую дренаж. Инициальными структурными компонентами лимфатического дренажа являются пути интерстициального транспорта [1].

Установлена тесная взаимосвязь клетчатки круглой связки печени с клетчаточным пространством панкреатодуоденальной зоны от ложа желчного пузыря до брыжейки ободочной кишки и клетчатки, окружающей тело и хвост поджелудочной железы. Лимфа от желчного пузыря собирается и проходит через выраженный лимфатический узел, находящийся у шейки желчного пузыря. Из этого лимфатического коллектора она оттекает в другой крупный коллектор, располагающийся вблизи от верхнего края ДПК у основания печеночно-двенадцатиперстной связки.

Лимфатические узлы, принимающие лимфу от поджелудочной железы, располагаются в 3 этапа. Узлы первого этапа (для головки поджелудочной железы) находятся в зоне

поджелудочно - двенадцатиперстных артерий шестью группами вблизи места погружения общего желчного протока в паренхиму поджелудочной железы. Лимфатические узлы второго этапа располагаются на уровне верхней брыжеечной артерии четырьмя группами, локализующимися обычно между аортой и нижней полой веной. Лимфатические узлы третьего этапа залегают на уровне начала печеночных артерий.

Важно, что все вышеуказанные лимфатические образования имеют прямую непосредственную связь с лимфатической системой желудка, селезенки, желчного пузыря, надпочечника, почек, тонкой и поперечно-ободочной кишки, но наиболее тесные межорганые лимфатические связи имеет поджелудочная железа с лимфатическими образованиями ДПК [2].

Особый интерес вызывает взаимоотношение между лимфатической системой желчного пузыря и общим желчным протоком, включающим сюда сфинктер Одди и Фатеров сосок. Лимфатический отток от желчного пузыря осуществляется через лимфатические узлы печеночно-двенадцатиперстной связки, в то время как лимфоузлы, сопровождающие общий желчный проток, в которые осуществляется отток лимфы из области Фатерого соска и сфинктера Одди, впадают в систему панкреатических лимфатических узлов. Данные топографоанатомические взаимоотношения имеют большое клиническое значение при проведении лимфотропной терапии при холангите и билиарном панкреатите [3].

На кафедре общей хирургии лечебного факультета ПГМА (ГКБ № 6, г. Пермь) для региональной лимфоаправленной анальгезии в раннем послеоперационном периоде впервые использован новый отечественный местный анестетик анилокаин, приказом МЗ РФ № 292 от 03.10.97 г включенный в Государственный реестр лекарственных средств России [4]. Анилокаин обладает хорошо выраженным анестезирующим действием. Вызывает быстро наступающую глубокую инфильтрационную и проводниковую анестезию, не уступающую тримекаину, но более длительную по времени. Хорошо комбинируется с адреналином, который способствует удлинению и выраженности эффекта [5]. Имеет достаточную широту терапевтического действия, в 2 раза менее токсичен, чем лидокаин. Обладает умеренным противовоспалительным и антимикробным действием.

В хирургии анилокаин применяется по данным клинических исследований в качестве местноанестезирующего средства.

Для инфильтрационной анестезии рекомендуется применять 1% раствор анилокаина до

200 мл. Высшая доза для взрослых - 2 г (2000 мг) анилокаина.

Для проводниковой анестезии применяют 2% раствор анилокаина (20-25 мг), при этом общий объем не должен превышать 50 мл (1000 мг).

Анилокаин хорошо переносится больными и не вызывает раздражения тканей. В случае передозировки или повышенной чувствительности пациента к препарату может возникнуть головокружение, головная боль, угнетение сердечно-сосудистой системы, снижение артериального давления.

Противопоказаниями к применению анилокаина следует считать индивидуальную непереносимость, синусовую брадикардию. При почечной и печеночной недостаточности препарат следует применять в сниженных дозах. Осторожно нужно применять анилокаин у пациентов страдающих поливалентной аллергией.

В отечественной и зарубежной литературе нам не встретились данные о использовании анилокаина в эндовидеохирургии желчевыводящих путей.

Учитывая фармакологические свойства препарата, в частности, длительный до 6-8 часов период остаточной анестезии и противовоспалительный эффект, мы использовали его для лечения послеоперационной боли после лапароскопической холецистэктомии.

После выполнения лапароскопической холецистэктомии перед декомпрессией брюшной полости в круглую связку печени проводим иглу длиной 10 см по направлению к воротам печени и вводим в нее 0,5 % раствор анилокаина в объеме 80 мл с добавлением 1 капли адреналина. Завершаем операцию удалением троакаров и наложением швов на раны [6].

Данная методика использована у 45 больных желчнокаменной болезнью. Для оценки эффективности проводимой региональной послеоперационной анальгезии мы использовали стандартную аналоговую шкалу боли, оценивали гемодинамические показатели, функцию внешнего дыхания. Продолжительность периода послеоперационной анальгезии составляла от 10 до 16 часов, в среднем $12 \pm 0,5$ часов. Гемодинамических расстройств и нарушений функции внешнего дыхания не выявлено. Бактериологическое исследование экссудата из подпеченочного пространства у 18 больных в течение первых суток показало отсутствие роста микрофлоры. Наркотические анальгетики в этой группе больных не применялись, ненаркотические анальгетики использовали только по требованию на 2 сутки 1-2 раза в день в течение 1-2 суток у 18 пациентов пожилого и старческого возраста с деструктивными формами острого

калькулезного холецистита. В этой группе больных гнойно-септических осложнений и летальных исходов не было. Осложнений, связанных с применением метода, не выявлено.

В группе из 32 больных ЖКБ после ЛХЭ для региональной анальгезии использовали 0,25% раствор новокаина в объеме 80-100 мл. Однако продолжительность периода послеоперационной анальгезии составляла всего от 4 до 8 часов, в среднем $6 \pm 0,5$ часов, что не позволяет избежать применения для обезболивания наркотических анальгетиков.

В контрольной группе из 30 пациентов ЖКБ, сопоставимой по возрасту, полу и нозологической форме, оперированных лапароскопическим методом без региональной анальгезии анилокаином, в связи с болевым синдромом в течение первых суток назначались наркотические анальгетики до 1-2 раз в сутки и ненаркотические анальгетики до 4 раз в течение дня на 2-4 суток. Гнойно-септических ос-

ложнений и летальных исходов в этой группе также не наблюдалось.

Таким образом, мы считаем региональную лимфонаправленную анальгезию анилокаином патогенетически обоснованным методом обезболивания в раннем послеоперационном периоде после малоинвазивных операций на желчевыводящих путях. Микроциркуляторные изменения, возникающие в тканях гепатопанкреатодуоденальной зоны после лапароскопической холецистэктомии, в значительной степени могут быть компенсированы усилением дренажной и детоксикационной функциями лимфатической системы за счет региональной лимфостимуляции анилокаином.

Анальгезия анилокаином длительностью до 12 часов позволяет полностью отказаться от наркотических анальгетиков и в 2-3 раза уменьшить количество ненаркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

Литература

1. Гаряева Н.А. Лимфотропная терапия как технология лимфатического доступа //Фундаментальная и клиническая лимфология -практическому здравоохранению. Мат. научно-практ. конф.-Пермь, ПГМА, 2001.-С 40-44.
2. Буланов Г.А., Овсянников В.Я. Клинические аспекты топографической анатомии органов брюшной полости.-Н.Новгород: ИНМИ, 1992.- 206 с.
3. Сотников А.А. Морфология сфинктера Одди // Сфинктеры пищеварительного тракта. Сибирский мед. ун-т. - Томск,1994.- С 132-151.
4. Государственный реестр лекарственных средств (официальное издание) М., 2001, том 1, С.56.
5. Инструкция по применению 1% и 2% растворов анилокаина для инъекций //Фармацевтический вестник № 23, 1-15.1997 г.
6. Самарцев В.А., Дьяченко М.И., Аристов И.Г., Панцуркин В.И. Способ послеоперационной анальгезии анилокаином при лапароскопических операциях на желчевыводящих путях. Рац предложение ГОУ ВПО "ПГМА МЗ РФ " № 2242 от 15.02.02 г.