

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.М. Вальковский, Ю.Н. Рыбин, В.А. Руднов

Поликлиника ГУ БР, г. Екатеринбург

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Начиная с 1992 года, стали появляться первые сообщения о выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в амбулаторных условиях. К 1997 году были описаны результаты проведенных ЛХЭ у 605 пациентов допущенных к оперативному вмешательству в амбулаторных условиях, 92 % которых было выписано домой в пределах 24 часов после операции.

Стремительному распространению ЛХЭ по всему миру способствовали: несомненные преимущества новой технологии для больного, желание самих пациентов, а также активность фирм-производителей медицинского оборудования, приступивших к изготовлению инструментов и организовавших курсы переподготовки хирургов.

Главными преимуществами ЛХЭ и по сравнению с открытым операционным доступом являются: снижение частоты и тяжести осложнений, сокращение длительности пребывания в стационаре и срока нетрудоспособности, уменьшение стоимости лечения и косметический эффект.

В большинстве публикаций отмечается, что при тщательном отборе пациентов ЛХЭ в амбулаторных условиях служит альтернативой выполнению операций в круглосуточных стационарах. Однако отбор пациентов для оперативного лечения в амбулаторных условиях включает ряд дополнительных критериев.

Критериями отбора для операции являются возраст пациентов, хорошее состояние здоровья, наличие родственников для наблюдения дома, отсутствие симптомов холедохолитиаза (наличие в анамнезе эпизодов механической желтухи, расширенные холедоха), отсутствие операций на верхнем этаже брюшной полости[2].

Полагают, что подходящим для проведения операции в амбулаторных условиях является от 40 до 70 % больных, страдающих желчно-каменной болезнью[2-4].

Цель работы: анализ персонального опыта выполнения ЛХЭ в амбулаторных условиях под общим обезболиванием.

В период с 1999 г. по настоящее время в поликлинике ГУ БР по Свердловской области выполнено 59 операций. Средний возраст больных составил $43,4 \pm 4,0$ года.

Обследование и отбор пациентов на операцию проводился на поликлиническом этапе согласно правилам отбора пациентов для проведения оперативных вмешательств в амбулаторных условиях [2]. Дополнительными требованиями отбора были:

Возраст больных не более 60 лет.

– Отсутствие оперативных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости.

– Отсутствие признаков холедохолитиаза (эпизодов механической желтухи в анамнезе, расширение холедоха, наличие камней в холедохе).

В день оперативного вмешательства выполняли УЗИ желчных путей, до операции для исключения признаков холедохолитиаза и в послеоперационном периоде на наличие симптомов внутрибрюшного кровотечения.

Всем больным проводилась тотальная внутривенная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ аппаратом АВТ («Контрон»).

Подбор компонентов для анестезиологического пособия проводился с учетом того, что пациент должен быть транспортирован домой в день операции.

Премедикация. Большинству больных премедикация на кануне операции не назначалась, только отдельным из них, проявлявшим выраженное эмоциональное напряжение и тревогу, предписывали прием 0,5 мг фенотезапа.

На операционном столе внутривенно вводили: мидазолам 2,5-5 мг, фентанил 0,1 мг, атропин 0,5 мг, дроперидол 1,25-2,5 мг, кетонал 30 мг или кеторадол 100 мг. Антигистаминные препараты не применялись.

Периоперационная антибиотикопрофилактика: цефтриаксон 1,0.

Индукция. Введение в наркоз проводили пропофолом в дозе 2,0 – 2,5 мг/кг.

Поддержание анестезии осуществлялось посредством капельной инфузии пропофола в суммарной средней дозе 855 ± 145 мг и болюсного введения фентанила – $0,38 \pm 0,07$ мг. Для миоплегии применяли атракуриум – 70 ± 30 мг.

Средняя длительность анестезии составила 108 ± 17 минут.

Всем больным в интра- и послеоперационном периоде проводилась инфузионная поддержка кристаллоидами в объеме суточной потребности организма – 30 – 40 мл/кг массы тела. Течение анестезии было стабильным у всех больных. Каких-либо осложнений, связанных с анестезией, не зарегистрировано.

В двух случаях из-за технических сложностей возникла необходимость перехода на минилапаротомный доступ.

Постнаркозный период

Несмотря на включение в премедикацию дроперидола, главной проблемой послеоперационного периода было наличие тошноты и рвоты (ПОТР). ПОТР испытывали 17 пациентов (28,8 %). При этом у 9 (15,2 %) из них наблюдалась лёгкая тошнота; умеренная тошнота или однократная рвота – у 6 (10,2 %), а в двух случаях – сильная тошнота и многократная рвота. При наличии тошноты рвоты в послеоперационном периоде вводился эметрон (ондасетрон) 2 - 4 мг.

Оценка послеоперационного болевого синдрома проводилась по 4 бальной шкале самооценки боли (0 – боли нет, 1 – слабая боль, 2 – умеренная боль, 3 – сильная боль, 4 – очень сильная боль). Выраженность болевого синдрома представлена в табл. 1.

Профилактика болевого синдрома (*pre-emptive analgesia*) началась с введения в премедикацию кетонала 30 мг или кеторадола 100 мг. В послеоперационном периоде продолжали парентеральное введение кеторадола 100 мг через 4 часа. При наличии выраженного болевого синдрома дополнительно вводился трамадол 100 мг, при необходимости он выдавался в капсулах для дальнейшего обезболивания в домашних условиях. В целом, использование трамадола оказалось необходимым у 20 (33,9 %) больных.

Оценка выраженности послеоперационной боли

Балл	Количество больных	Процент
0	3	5,1
1	10	17
2	32	54,2
3	13	22
4	1	1,7

Выписка из стационара домой производилась при соответствии всем критериям выписки после амбулаторного хирургического вмешательства, после осмотра и разрешения на транспортировку домой оперирующего хирурга и анестезиолога [2, 3]. Среднее время нахождения в стационаре, до момента транспортировки домой, составило 10,2 часа.

В день операции транспортировано домой 93,2 % больных. В стационаре оставлено на ночь 4 (6,8 %) пациента: 1 – из-за конверсии в открытую операцию, 2 – из-за некупируемой ПОТР, 1 – из-за болевого синдрома. Одна больная на 3-и сутки после операции переведена в круглосуточный стационар в связи с желчеистечением из ложа желчного пузыря.

Заключение. Проведение лапароскопической холецистэктомии в амбулаторных условиях требует тщательного отбора пациентов для проведения операции, обязательной профилактики и лечения синдрома ПОТР и болевого синдрома. Анестезиологическое пособие на основе пропофола и фентанила обеспечивает адекватную защиту от операционной травмы и позволяет достичь быстрого восстановления ясного сознания и мышечного тонуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2001.
2. Кортилла К. (Хельсинки, Финляндия)/Пер. О. Евгенова [Анестезия для амбулаторной хирургической практики]. Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. 1995; стр. 175.

3. *Уайт П.* (Даллас, США)/Пер. А. Елисеев [Современное состояние амбулаторной анестезии.] Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. (5-й выпуск), 1998; стр. 84.

4. *Paech M.J., Pavy T.J., Evans S.F.* (Single-dose prophylaxis for postoperative nausea and vomiting after major abdominal surgery: ondansetron versus droperidol.) *Anaesth Intensive Care*, 1995 Oct, 23(5):548-54.