

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ З ПРИВОДУ ПЛЕВРИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ КАРДІОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины»

Мета. Проаналізувати дані власного досвіду проведення анестезіологічного забезпечення при відеоторакоскопічних (ВТС) оперативних втручаннях у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією різного ступеня вираженості.

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз різних видів анестезіологічного забезпечення при 128 ВТС з приводу плевритів, 78 (61,4 %) з яких виконані у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією. Всі ВТС проведені в відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» протягом 2013 року. Усім пацієнтам був ретельно зібраний анамнез на предмет наявності супутньої кардіологічної патології, виконана електрокардіографія (ЕКГ), проведені функціональні тести, зроблена ехокардіоскопія (ЕХОКС), визначення газового складу крові. Аналізуючи дані вищевказаних досліджень, встановлювався характер і ступінь вираженості кардіологічної патології та оцінювався кардіальний ризик. Враховуючи ці дані, ми вирішували питання, яке анестезіологічне забезпечення проводити при ВТС оперативних втручаннях в кожному конкретному випадку.

Результати та обговорення. Віковий діапазон пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією склав від 42 до 73 років. Переважали чоловіки 51 (65,4 %) проти 27 (34,6 %) жінок. Нозологія супутніх кардіологічних патологій наступна: гіпертонічна хвороба (ГБ) — 64 (82,0 %) випадки, хронічна коронарна недостатність і постінфарктний кардіосклероз (ХКН) — 41 (52,6 %) випадок, миготлива аритмія і інші порушення внутрішньосерцевої провідності (МА) — 32 (41,0 %) випадка, дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) — 3 (3,8 %) випадки, систолічна дисфункція зі збереженою функцією лівого шлуночка (СД зі збереженою функцією ЛШ) — 19 (24,3 %) випадків, систолічна дисфункція зі зниженою функцією лівого шлуночка (СД зі зниженою функцією ЛШ) — 7 (8,9 %) випадків.

При ВТС оперативних втручаннях у пацієнтів із супутньою кардіологічною патологією ми застосовуємо наступні види анестезіологічного забезпечення:

- тотальна внутрішньовенна анестезія (ТВА) з використанням міорелаксантів та ШВЛ — 56 (71,7 %) випадків;
- ТВА зі збереженням самостійного дихання — 22 (28,3 %) випадки.

Основними критеріями для проведення ВТС оперативного втручання під ТВА зі збереженням самостійного дихання наступні: фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка < 45 %, дилатація всіх порожнин серця (дані ЕХОКС), стійкі порушення ритму і провідності та постінфарктний кардіосклероз (дані ЕКГ), неспроможність піднятися вище 3 — го поверху без вираженої задишки (дані функціональних тестів), вік > 70 — ти років. В усіх інших випадках проводили ВТС оперативне втручання під ТВА з використанням міорелаксантів та ШВЛ.

Інтраопераційних ускладнень з боку серцево-судинної патології не спостерігалось в жодному випадку. В ранньому післяопераційному періоді спостерігались ускладнення у 7 (8,9 %) випадках у вигляді появи порушень ритму та провідності.

Висновок. Найчастіше поява інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень з боку серцево-судинної системи у хворих із супутньою кардіологічною патологією виникає від неадекватного вибору анестезіологічного забезпечення. Це в свою чергу обумовлено в недооцінці кардіального ризику при плануванні та проведенні оперативного втручання. Виконання таких добстежень як ЕКГ, ЕХОКС, функціональних тестів, визначення газового складу крові та ретельному збору анамнезу на предмет наявності супутньої кардіологічної патології сприяє адекватно оцінити кардіальний ризик. Всі ці дії дають змогу правильно визначити вид анестезіологічного забезпечення і попередити появу ускладнень у ранньому післяопераційному періоді у 91,1 % випадків, а в інтраопераційному періоді зовсім їх уникнути.