

В. И. Перцов, Я. В. Телушко, Г. С. Троян, С. И. Савченко
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ
В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Запорожский государственный медицинский университет

Опыт 152 низкотопочных ингаляционных анестезий подтвердил, что севофлюран — эффективный и безопасный препарат, обеспечивающий стабильность течения наркоза при торакальных операциях.

Применение новых ингаляционных анестетиков обладает рядом преимуществ: быстрая индукция, хорошая управляемость и высокая скорость изменения глубины наркоза, низкая токсичность и короткий период пробуждения после операции. Это обуславливает их предпочтение у больных торакального профиля. Метод низкотопочной анестезии уменьшает расход ингаляционного анестетика, а следовательно, снижает стоимость наркоза.

Цель: изучить эффективность применения низкотопочной анестезии севофлюраном у больных торакального профиля.

Материалы и методы. За период с октября 2012 по декабрь 2013 гг. в клинике торакальной хирургии кафедры проведено 152 ингаляционных анестезий севофлюраном. Средний возраст пациентов — $(46,4 \pm 6,8)$ лет. Мужчин было 99, женщин — 53. Длительность операции составила от 60 до 270 минут. Стратификация анестезиологического риска согласно шкале ASA: 1 класс — 19 % случаев, 2 класс — 52 %, 3 класс — 25 %, 4 класс — 4 %.

В премедикацию включали бензодиазепины *per os* дважды накануне операции, тромбопрофилактику по показаниям. На операционном столе вводили атропин 0,01 мг/кг, фентанил 1–2 мкг/кг, Н1-блокатор. Индукция осуществлялась введением внутривенных анестетиков (пропофол — 2–3 мг/кг, тиопентал натрия 3–5 мг/кг, кетамин 25–50 мг). Денитрогенизацию осуществляли с потоком $\text{FiO}_2 = 1,0$ в течение 10–15 мин. Интубацию трахеи выполняли по стандартной схеме: миоплегия — дитилин 2 мг/кг или атракуриум 0,5–0,6 мг/кг. Для поддержания наркоза газовый поток устанавливали на уровне 0,5–1 л/мин с

применением севофлюрана в дозе 2–3 об% (1–1,3 МАК) с анальгезией фентанилом в дозе 5 мкг/кг. За 5 минут до окончания операции газоток в контуре повышали и прекращали полностью подачу ингаляционного анестетика с окончанием операции. В периоперационное обезболивание включали ингибиторы ЦОГ-1,2 (кеторолак), местные анестетики (бупивакаин 0,25 % — 20–40 мл). Неинвазивный мониторинг осуществляли с помощью интегрированного монитора «Leon» (SpO_2 , АД, ЧСС, капнограмма), при длительности операции свыше 90 минут учитывался почасовой диурез.

Результаты и обсуждения. На этапе индукции у больных отмечали снижение АД ср. на 8,2 % от исходных показателей, а ЧСС увеличивалась на 10 %. С началом основного этапа операции АД ср. снижалось на 5 %, ЧСС — на 2 %. Это свидетельствует о минимальном и благоприятном влиянии севофлюрана на гемодинамику. Стабильность гемодинамики и улучшение сократительной функции миокарда, благодаря кардиопротективному эффекту севофлюрана, обосновывает безопасность его применения у больных с сопутствующей кардиоваскулярной патологией.

Сознание восстанавливалось через 6–7 минут, а экстубация была возможна через 10–15 минут. Это способствовало более раннему восстановлению кашлевого рефлекса, что особенно важно для пациентов с торакальной патологией.

Выводы. Ингаляционная анестезия с применением севофлюрана обеспечивает гемодинамическую стабильность на всех этапах наркоза и операции, кардиопротективный эффект обуславливает безопасность применения при сопутствующей кардиоваскулярной патологии. Ранее восстановление сознания ускоряет экстубацию, обеспечивая восстановление кашлевого рефлекса. Методика низкотопочной ингаляционной анестезии сокращает расход анестетика, уменьшая стоимость наркоза.