

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ЖЕНЩИН С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИЯХ

Матлубов М.М.,

*Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика
Узбекистан, г. Самарканд*

Хамдамова Э.Г.,

*Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика
Узбекистан, г. Самарканд*

Юсупов Ж.Т.

*Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика
Узбекистан, г. Самарканд*

Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, эпидуральная анестезия, адьюванта.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, гистерэктомия, артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги, эпидурал анестезия, адьюванта

Key words: uterine fibroids, hysterectomy, arterial hypertension, coronary heart disease, epidural anesthesia, adjuvant

Актуальность. На сегодняшний день весьма актуальной проблемой в современной гинекологии является наиболее распространенная опухоль малого таза миома матки. Это заболевание обнаруживается у 25-30% женщин репродуктивного и пострепродуктивного периода [23].

Несмотря на достигнутый в последние десятилетия значительный прогресс в изучении патогенеза, этиологии и консервативного лечения миомы матки, хирургическое лечение занимает главное место.

Но среди этих сопутствующих патологий у больных с миомой матки значимую роль занимают сердечно-сосудистые заболевания, особенно артериальная гипертензия, ИБС и пороки сердца – это наиболее распространенные в анестезиологической практике сопутствующие патологические состояния, а также главная причина периоперационных осложнений [21,22].

Анестезиологическое обеспечение при гистерэктомии является одной из наиболее серьезных проблем современной анестезиологии, поскольку данное оперативное вмешательство обладает выраженным стрессорным эффектом, сопровождается выраженным болевым синдромом и может осложняться развитием интраоперационного развития сердечно-сосудистых осложнений, которое является жизнеугрожающим состоянием и требует проведения незамедлительных мероприятий, направленных на стабилизацию гемодинамики.

В последнее время появилось много работ, указывающих на предпочтительное использование регионарной анестезии (спинальной и эпидуральной анестезии) в гинекологической практике и у больных с артериальной гипертензией, что позволяет не только снизить количество послеоперационных осложнений, но и улучшить исход хирургического лечения в целом. [16]

Цель исследования: Сравнительная оценка гемодинамического статуса и эффективности анестезии у женщин с сопутствующей гипертонической болезнью при гистерэктомиях

Материалы и методы

В основу исследования положены результаты клинических наблюдений и комплекса клинико-функциональных и биохимических исследований при миоме матки у 65 женщин в возрасте от 42 до 56 лет с сопутствующей артериальной гипертензией. Обследованы больные с миомой матки и сопутствующей гипертонической болезнью, находящиеся на лечении в отделении гинекологии 1-клиники СамМИ. Больные разделены на три группы: 1 группа из 18 больных, которым проведены гистерэктомии под ТВВА с ИВЛ (контрольная А подгруппа); 2 группа – 20 больным гистерэктомия проводилась под спинальной анестезией (СА) (контрольная Б подгруппа). 3 группа – 27 больных которым проведены гистерэктомии под ЭА с использованием адъювантов (фентанил, морфин) (основная).

Для объективной оценки адекватности предоперационной подготовки и к анестезии исследовались параметры гемодинамики (артериальное давление систолическое (АДс), диастолическое (АДд), среднее (АДср которое рассчитывают по формуле $(\text{Систолическое АД} + 2 * \text{Диастолическое АД}) / 3$), ЧСС), насыщение крови кислородом SpO_2 . Измеряли непрерывно в течение всей операции и послеоперационном периоде с помощью монитора МПР6-03-Тритон (Россия).

Больным с артериальной гипертензией были назначены кардиоселективный β -адреноблокатор конкор (бисопролол) по 2,5 мг 1 раз в день, премедикацию дополняли атарактиком сибазоном 2,0 в/м за день и утром до операции для обеспечения выраженного психоседативного эффекта. Перед проведением у 1-й группы больных, за 40 мин до транспортировки в операционную, было введено 5 мг дроперидола и 0,2 мг/кг димедрола, атропина (0,01 мг/кг) внутримышечно. Наркоз было проведено на фоне достаточной кураризации (дитилин) с последующей интубацией трахеи и переводом на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), для индукции использовали пропофол (2-2,5 мг/кг) и фентанилом (2 – 2,5 мг/кг). Анестезию поддерживали препаратами нейролептанальгезии (НЛА), ИВЛ продолжали с использованием недеполяризирующих релаксантов с учетом дозировки и продолжительности операции.

У 2-й группы больных премедикация проводилась за 30 мин до транспортировки в операционную атропином (0,01 мг/кг) и димедролом (0,2

мг/кг) внутримышечно. Спинальная пункция проводилась на уровне L₂ – L₃ в положении сидя с опущенной головой или лежа на боку. После чего интратекально вводился 0,5-0,75 % раствор бупивакаина 0,25-0,3 мг/кг. Сразу после пункции больных поворачивали на спину и придавали операционному столу положение Фовлера.

Все больные которые планируется эпидуральная анестезия с адьювантами были подготовлены как для общей. На ночь им назначали снотворные в стандартных дозировках. В день операции для премедикации использовали димедрол (0,2 мг/кг), седуксен (0,15 мг/кг), атропин (0,01мг/кг) 15-20 мин до операции. Пункция эпидурального пространства осуществлялась в области проекции L1-L2 по общепринятой методике с помощью набора Portex 16-18 G с применением техники «утери сопротивления» с последующей катетеризацией и фиксацией катетера. Вводили тест - дозу, при отсутствии признаков спинального блока (через 7-10 минут после введения тест - дозы) медленно вводили основную дозу местного анестетика. Для этого вида анестезии использовали 22-24 мл 2 % лидокаина (440-480 мг), сначала в эпидуральное пространство было введено тест-доза анестетика (3-4 мл), а затем основная доза фракционно через катетер. Для пролонгирования анальгетической активности и обеспечения послеоперационной обезболивания в эпидуральное пространство было введено 1,4 мкг/кг фентанила (до 6 ч). Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick». Эффективность обезболивания оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). После окончания операции все пациенты были переведены в профильное отделение.

Исследование включало 5 этапа:

I-этап - исходное состояние;

II-этап - период базисного обезболивания (после выполнения , начало операции);

III - этап - наиболее травматичный этап оперативного вмешательства;

IV-этап - конец операции.

V-После операции через 3 часа

Все числовые величины, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента. При этом полученные результаты обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0 и SPSS 9,0 for Windows (Stat Soft Inc., США)

Результаты и их обсуждения. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы и оптимизации анестезиологического обеспечения у женщин, страдающих миомой матки и нуждающихся в оперативном лечении, было выполнено исследование основных показателей системной гемодинамики

Характеристика основных показателей системной гемодинамики на фоне анестезии

Таблица 1

Показа	Группы		Этапы				
			I	II	III	IV	V
ЧСС. уд. в мин	Контр ольная		94,62	106,	98.26	92.24±	88,2
			94,62	107,3	99.26	93.24±	81,2
	Основная		90,16	88,29	86,34	88,52±	82,1
АДс мм рт.ст	Контр ольная		142,3	144,3	133,3	139±,1,	140,
			142,3	124,3	120,34	123,34	135,
	Основная		142,3	114,3	116,34	120,34	120,
АДд мм рт.ст	Контр ольная		82,6±	98,12	94,31	92,18±1	82,6±
			82,6±	80,12	80,12±	83,18±1	82,6±
	Основная		82,6±	80,12	80,12±	78,18±1	77,6±
АДср мм рт.ст	Контр ольная		103±	114±	108,31	108,18±	102,1
			103±	96,1	81,32±	74,37±2	101,1
	Основная		103±	92,1	93,32±	93,37±2	92,18
SpO ₂ %	Контр ольная		97±1	94,18	93,02	94±1,2	95,1
			97±1	96,18	95,02	96±1,2	97,1
	Основная		98±1	96,18	95,02	96±1,2	97,1

При сравнительном анализе гемодинамических показателей между основными и контрольными группами наблюдались достоверные различия в уровнях АД, ЧСС практически на всех этапах исследований. У больных контрольной группы А на IV, V этапах величины АД почти не снижалось, а группы Б на II, III, IV этапе наблюдалось снижение, а у больных в основной группе показатели АД держались в пределах нормы даже послеоперационном периоде.

Сравнивая эффективность обезболивания больных в исследуемых группах по шкале вербальных оценок в послеоперационном периоде, можно отметить, что в контрольной группе после проведения ТВВА с последующей анальгезией наркотическими препаратами «по требованию» в первые сутки послеоперационного периода ни одна из 18 женщин не оценивала свои болевые ощущения, как полное отсутствие боли. Больным после СА послеоперационная анальгезия проводилось препаратом из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) – кетоналом через час после операции. Эффективность обезболивания пациентов основной группы, характеризовалась тем, что в первые сутки послеоперационного периода 22(81,5%) из 27 пациенток либо не испытывали боли вообще, либо отмечали наличие слабой боли при движении, 5 (18,5%) больных оценивали болевые

ощущения, как слабые в покое и умеренные при движении. В первые сутки после операции у 20 (74,1%) основной группы расценивали ноцицептивные ощущения, как умеренную боль в покое и сильную при движении.

Таким образом, проведенные исследования показали, что реакция сердечно-сосудистой системы у больных с миомой матки является результатом воздействия гуморальных нарушений, которые носят динамический и фазовый характер, зависящий от степени клинко-морфологических изменений, развивающихся в организме женщины в зависимости от инволюционного периода, что необходимо учитывать при выборе вида обезболивания.

Выводы:

1. Для пациентов с миомой матки пре- и постменопаузального возрастов характерны нарушения гемодинамики по гипердинамическому типу что свидетельствует о высоком риске развития недостаточности кровообращения в интра- и послеоперационном периодах.

2. Тотальная внутривенная анестезия при гистерэктомии, устраняя перцепцию боли, не обеспечивает адекватного устранения ноцицептивной чувствительности и не может быть использована в качестве основного метода обезболивания у пациентов указанной группы.

3. Спинномозговая анестезия при выполнении гистерэктомии являются один из оптимальных методов анальгезии, поскольку устраняет перцепции боли и блокируют ноцицептивную чувствительность но этот метод не дает пролонгированную послеоперационную анальгезию.

4. Оптимальным вариантом анестезиологического обеспечения у пациентов с миомой матки, нуждающихся в оперативном лечении, следует признать применение эпидуральной анестезии с использованием адьювантов который в послеоперационном периоде обеспечивает достаточный уровень анальгезии без назначения дополнительных анальгетиков.

Список использованных литератур

1. Матлубов М. М., Нематуллоев Т. К., Хамдамова Э. Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОГО РАСТВОРА БУПИВАКАИНА БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ //Высшая школа: научные исследования. – 2020. – С. 100-107.
2. Матлубов М. М., Рахимов А. У., Семенихин А. А. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при абдоминальном родоразрешении //Анестезиология и реаниматология. – 2010. – №. 6. – С. 71-73.
3. Насриев Сухроб Ашурович, Хамдамова Элеонора Гаффаровна, Маллаев Сурад Саъдуллаевич, Акрамов Баходир Рахмонович, Пардаев Шукур Куйлиевич Гемодинамический эффект селективной спинальной анестезии при проктологических операциях // Достижения науки и образования. 2018. №7 (29). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gemodinamicheskiy-effekt-selektivnoy->

- spinalnoy-anestezii-pri-proktologicheskikh-operatsiyah (дата обращения: 03.05.2022).
4. Насриев Сухроб Ашурович, Хамдамова Элеонора Гаффаровна, Маллаев Сурат Саъдуллаевич, Акрамов Баходир Рахмонович, Пардаев Шукур Куйлиевич Гемодинамический эффект селективной спинальной анестезии при проктологических операциях // Достижения науки и образования. 2018. №7 (29). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gemodinamicheskiy-effekt-selektivnoy-spinalnoy-anestezii-pri-proktologicheskikh-operatsiyah> (дата обращения: 03.05.2022).
 5. Рахимов, А., Негмаджанов, Б., Юсупов, Ж., Ганиев, Ф., & Акрамов, Б. (2018). Симультанные операции у женщин. *Журнал вестник врача*, 1(4), 116-123.
 6. Рахимов, А., Негматджанов, Б., Юсупов, Ж., Ганиев, Ф., & Мамасолиева, Ш. (2018). Определение клинико-экономической эффективности симультанных операций у женщин. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (4 (104)), 209-212.
 7. Семенихин А.А., Матлубов Мансур Муратович, Ким О.В. Оценка эффективности центральных (нейроаксиальных) блокад у пациенток с ожирением и сниженными коронарными резервами при абдоминальном родоразрешении // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2016. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-effektivnosti-tsentralnyh-neuroaksialnyh-blokad-u-patsientok-s-ozhireniem-i-snizhennymi-koronarnymi-rezervami-pri-abdominalnom> (дата обращения: 03.05.2022).