

УДК 618-089.5(571.64)

**СРАВНЕНИЕ
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В
МБУЗ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2
«КМЛДО» С ЕВРОПЕЙСКИМИ
СТАНДАРТАМИ**

Данилюк Павел Иванович – к.м.н.
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

Дынько Ирина Федоровна
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

Венедиктова Ольга Вячеславовна
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

Трембач Никита Владимирович
*МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия*

Проведен анализ 1187 анестезий у больных гинекологического профиля за 2011 год. Анестезиологическое обеспечение гинекологических операций в МБУЗ Городская больница № 2 «КМЛДО» осуществляется в соответствии с Европейскими стандартами, что значительно увеличивает его безопасность и качество.

Ключевые слова: АНЕСТЕЗИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ, СТАНДАРТЫ.

UDC 618-089.5(571.64)

**COMPARISON OF GYNECOLOGIC
SURGERIES ANESTHETIC
MANAGEMENT IN CITY HOSPITAL
NR 2 «KMLDO» WITH THE
EUROPEAN STANDARDS**

Danilyuk Pavel Ivanovich – MD
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Dyin'ko Irina Fedorovna
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Venediktova Ol'ga Vyacheslavovna
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

Trembach Nikita Vladimirovna
*City Hospital Nr 2 «KMLDO», Krasnodar,
Russia*

The analysis of 1187 anesthesia in gynecologic patients during 2011 year was performed. The anesthetic management of gynecologic surgeries in City Hospital Nr 2 «KMLDO» realized according to European standards. This practice increases considerably its safety and quality.

Key words: ANESTHESIA IN GYNECOLOGY, STANDARDS.

Анестезиология является отраслью медицины, связанной с высоким риском для больного. Обеспечение безопасности пациента в течение анестезии – один из наиболее важных компонентов работы анестезиолога. Безопасное проведение анестезии зависит от соответствующей квалификации врачей, их знаний о хирургических процедурах, физиологии пациента во время и после анестезии, характеристик конкретного вида анестезии, а также средств мониторинга и оборудования жизнеобеспечения пациента в течение периоперационного периода [1]. В последние годы были предприняты действия в плане обеспечения безопасности пациентов, при этом наиболее значительные – в анестезиологии [2, 3]. Ощутимый прогресс в этом направлении связан также с разработкой и внедрением в практику протоколов оказания помощи, основанных на доказательной медицине. Главной целью создания и применения рекомендаций и стандартов в анестезиологии и реаниматологии являются совершенствование действий специалиста и безопасность больного в период воздействия хирургической травмы. Алгоритм действий позволяет проводить анестезиологическое пособие более рационально и последовательно, повышая безопасность больного и улучшая результаты работы анестезиолога [4].

Цель исследования: сравнительный анализ проведения анестезиологических пособий у больных гинекологического профиля в МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» и согласно Европейским протоколам.

Материалы и методы исследования: нами проведен анализ анестезиологических пособий у больных гинекологического профиля за период с 13.01. по 23.12. 2011 г.

В ходе исследований оценивались структура анестезиологических пособий, предоперационная подготовка, интраоперационный мониторинг,

премедикация, индукция и поддержание анестезии и структура осложнений.

Результаты

В МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» проведено 1187 оперативных вмешательств: экстирпация матки – 307 (25,8 %), надвлагалищная ампутация матки (НАМ) – 516 (43,4 %), консервативная миомэктомия – 98 (8,2 %), кольпоррафия – 114 (9,6 %), лапароскопия – 37 (3,1 %), аднексэктомия – 46 (3,8 %), цистэктомия – 14 (1,1 %), операции на шейке матки – 15 (1,2 %), удаление кисты влагалища – 21 (1,7 %), влагалищная экстирпация матки – 19 (1,6 %).

В предоперационный период всеми анестезиологами использовался принятый в клинике алгоритм подготовки больного к операции:

- осмотр,
- инструментальное и лабораторное обследования,
- выявление сопутствующей патологии, и ее коррекция.

В течение операции обеспечивался стандартный неинвазивный мониторинг:

- измерение артериального давления (в 100 % случаев),
- капнометрия / капнография (при проведении искусственной вентиляции легких – в 100 % случаев),
- газоанализатор (мониторинг концентрации анестетических газов при проведении ингаляционной анестезии – в 100 % случаев),
- ЭКГ (в 100 % случаев),
- мониторинг нейромышечной проводимости (в 15 % случаев),
- пульсоксиметрия (в 100 % случаев),
- визуальное наблюдение за пациентом (цвет кожи, зрачки, температура, слезотечение, потоотделение, движение) – в 100 % случаев,

- контроль функций вентилятора (в 100 % случаев).

В целом проводимая подготовка к операции и используемый мониторинг полностью соответствуют Европейским рекомендациям. Низкая частота применения мониторинга нейромышечной проводимости обусловлена тем, что необходимое для этого оборудование отделение анестезиологии приобрело в конце года.

В премедикации используется феназепам (1 мг на ночь и утром), в операционной – мидазолам (1–2 мг в/в), что соответствует общемировой практике.

Согласно Европейским рекомендациям, анестезиологическое обеспечение таких операций может включать общую, эпидуральную, спинномозговую или комбинированную анестезию. В нашей клинике выполнено следующее количество анестезиологических пособий: тотальная внутривенная анестезия с сохранением спонтанного дыхания – 18 (1,5 %), спинномозговая анестезия (СМА) – 559 (48,3 %), эпидуральная анестезия (ЭА) – 349 (30,2 %), комбинированная анестезия – 130 (11,2 %), ТВА + ИВЛ – 83 (7,2 %), комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) – 16 (1,4 %).

Методики индукции и поддержания в основном соответствуют Европейским рекомендациям: ТВА – фентанил-болюс на индукцию – 0,002–0,004 мг/кг, поддержание – 0,003–0,004 мг/кг/ч. Прекращение инфузии – за 10 мин до конца операции. Пропофол-болюс на индукцию – 1–2 мг/кг, поддержание – 5–6 мг/кг/ч. Прекращение инфузии – за 10 мин до конца операции. Кетамин-болюс на индукцию – 0,5–0,8 мг/кг, поддержание – 1,0–1,2 мг/кг/ч. В отличие от европейских стран, отсутствие возможности применять этоmidат пациентам с высоким риском развития сосудистых осложнений обусловило применение при индукции и поддержании анестезии кетамина в указанных дозировках. Используемый при данных операциях за рубежом ремифентанил, особенно в случае

кратковременного хирургического воздействия, в России не зарегистрирован, поэтому во всех случаях для системной анальгезии применялся фентанил. В остальном техника ТВА аналогична таковой в европейских странах.

Поддержание ингаляционной анестезии обеспечивалось севофлюраном по низкопоточной методике. Европейские протоколы предусматривают применение десфлюрана для кратковременных вмешательств, однако данный препарат также не зарегистрирован в России.

Использование нейромышечного мониторинга способствовало более обоснованному подходу к применению декураризации, в связи с этим применение атропина и прозерина достоверно снизилось. Разумное сочетание мониторинга и декураризации позволило исключить случаи остаточной кураризации. Европейские протоколы предусматривают практически рутинное применение неостигмина (0,07 мг/кг) с гликопирролатом (0,01 мг/кг).

Эпидуральная анестезия выполняется на уровне L1-L2 с введением тест-дозы 2 %-го лидокаина – 1 % 80 мг и 100 мг или 0,75 % 150 мг ропивакаина (наропин). При спинномозговой анестезии вводится изобарический 0,5 % бупивакаин – 15–20 мг + 0,005 % фентанил – 20 мкг.

Проведение регионарной анестезии в Европе отличается более частым использованием адъювантов – адреналина, морфина, что в целом незначительно влияет на качество послеоперационного обезболивания.

Ожидаемое время операции составляло 2–4 часа, ожидаемая кровопотеря – 100–750 мл, что соответствует зарубежным данным. Антибиотикопрофилактика осуществлялась цефалоспоринами 2-го поколения. Для поддержания нормоволемии проводили инфузионную терапию (4–6 мл/кг/ч), переливание донорских эритроцитов – при гематокрите < 25 %, коррекцию анемии до операции – при гематокрите

ниже 25 %. Данные принципы инфузионно-трансфузионной терапии соответствовали Европейским стандартам и позволили, с одной стороны, снизить количество необоснованных гемотрансфузий, а с другой – обеспечить безопасную анестезию пациентам высокого риска.

Среди послеоперационных осложнений кровопотеря, требующая гемотрансфузии, составила 0,2 %, повреждение кишки – 0,1 %, летальность – 0 %, тромбоэмболии – 0 %.

Выводы

В МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» выполнение анестезиологического пособия практически полностью соответствует Европейским стандартам и рекомендациям.

Проведение анестезии на основании общемировых протоколов повышает ее безопасность и позволяет предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений, связанных с анестезией.

Список литературы

1. *Rall M., Gaba D.M.* Human Performance and Patient Safety // *Miller's anesthesia /* edited by Ronald D. Miller. – 7th ed. –New York: Elsevier, 2004 – P. 343–352.
2. *Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S.* To Err is Human – Building a Safer Health System. – Washington: National Academy Press, 1999.
3. *Lagasse R.S.* Anesthesia safety: Model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data // *Anesthesiology*. – 2002. – № 97. – P. 1609–1617.
4. *Marcos M., Balsem M., ten Teije A. et al.* Experiences in the formalisation and verification of medical protocols // E. Keravnou, M. Dojat and P. Barahona (eds.) *Proc. of the 9th European Conference on Artificial Intelligence in Medicine (AIME-2003)*. New York: Springer-Verlag, 2003. P. 132–141.