

ОСОБЕННОСТИ ПРЕМЕДИКАЦИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В НЕЙРОХИРУРГИИ

Муминов Б. Э.

Старший преподаватель кафедры анестезиологии реаниматологии и
экстренной медицинской помощи, Андижанский государственный
медицинский институт

Введение

Методики эндоваскулярной хирургии находят широкое применение в различных областях медицины, в том числе и в нейрохирургии. Основными рентгенангиохирургическими вмешательствами в нейрохирургии являются церебральная ангиография, койлинг артериальных аневризм, эмболизация артерио-венозных мальформаций, стентирование сосудов. Анестезиологическое обеспечение данных операций имеет определенные особенности. Поскольку операции малотравматичны и не сопровождаются выраженным болевым синдромом, анестезиологическая агрессия должна быть минимальной. Для обеспечения высокой точности работы хирурга необходим глубокий контролируемый нервно-мышечный блок. Применение ларингеальной маски, невысокая степень аналгезии, глубокий сон и достаточная мышечная релаксация под контролем ТОФ-мониторинга вполне удовлетворяют этим требованиям. Данная методика применялась для анестезиологического обеспечения эндоваскулярных вмешательств на базе нейрореанимации в РНЦЭМП АФ.

Цель исследования: оптимизация проведения анестезиологического пособия у пациентов в клинике эндоваскулярной нейрохирургии с помощью мониторинга нейромышечной проводимости и реверсии нейромышечного блока.

Материалы и методы. Пациенты в возрасте 27-60 лет, общее количество 12 случаев. Вечером перед операцией премедикация – Атаракс 50 мг внутрь. Проводился мониторинг НАД, ЧСС, SPO₂, ЭКГ, нейромышечной проводимости (ТОФ) – монитор GE Datex-Ohmeda S/5 Anesthesia monitor, ИВЛ в режиме IPPV с контролем основных параметров респиратором Draeger Primus. После стандартной индукции (фентанил - 2,5-3,0 мкг/кг,

пропофол -3,0 мг/кг, рокуроний (эсмерон) - 0,6 мг/кг), достижения адекватной миоплегии (TOF < 10%) устанавливалась ларингеальная маска. ИВЛ в режиме IPPV с соответственными параметрами вентиляции. Поддержание анестезии: пропофол - 5,0-7,0 мг/кг/час, рокуроний - 0,5 – 0,6 мг/кг/час под контролем NMT (1-2 посттетанических сокращения). На этапе удаления интродьюсера из бедренной артерии введение пропофола и рокурония прекращали. Для реверсии нейро-мышечного блока использовали сугаммадекс (брайдан) – 4 мг/кг внутривенно в течение 10 секунд. Результаты Средняя длительность операции составила 134±27 минут, средняя доза рокурония составила 130±20 мг, что на 50 мг в среднем ниже, чем в контрольной группе пациентов, у которых не использовался мониторинг нейромышечной проводимости. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов наблюдались стабильные показатели гемодинамики. Через 3-4 мин. отмечалось восстановление тонуса мышц, что позволяло удалить ларингеальную маску и оценить неврологическую симптоматику. В течение 2-х часов пациенты наблюдались в палате пробуждения, затем были переведены в отделение. Остаточной кураризации не наблюдалось, повторного введения сугаммадекса не требовалось.

Выводы. 1. Применение ларингеальной маски защищает слизистые трахеи и голосовые связки от повреждения, что достаточно важно при малой травматичности операции. 2. Титрованное введение релаксанта по уровню TOF позволяет уменьшить его суммарную дозировку. 3. Использование для реверсии нейромышечного блока сугаммадекса (брайдан) приводит к быстрому восстановлению тонуса мышц, сокращает время ИВЛ, позволяет быстрее провести оценку неврологического статуса пациента.