

Д.Д. Сташенко, В.С. Ручкін, М.О. Орлов, Є.В. Горшкова

## ЗНЕБОЛЮВАННЯ В ЕНДОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

Обласний протитуберкульозний диспансер, Херсон, Україна

Стрімкий розвиток ендоскопічної хірургії органів грудної порожнини примушує замислюватись над новими методами анестезіологічного забезпечення цього виду втручання. Якісне знеболювання є невід'ємною часткою успіху відеоторакоскопічних операцій (ВТО), воно має свої особливості, але мало аналізується в літературі. Тому анестезіологу, який стикається з цією проблемою, треба мати неабиякі досвід і навички.

З огляду на наш досвід проведення знеболювань для 616 ВТО можна виділити два способи проведення анестезії: з використанням міорелаксантів і без них, на спонтанному диханні.

Перший спосіб застосовували для діагностично-лікувальних ВТО – за плевритів неясної етіології та дисемінованих процесів легень, у корекції штучного пневмотораксу за його неефективності у випадках застосування колапсотерапії для лікування пацієнтів із деструктивним туберкульозом легень.

Другий, із додаванням місцевої анестезії в місцях встановлення торакопортів – за спонтанного пневмотораксу як спосіб вибору через небезпеку виникнення під час штучної вентиляції легень і швидкого наростання клапанного пневмотораксу з усіма можливими наслідками.

ВТО зобов'язує анестезіолога застосовувати однолегеневу вентиляцію у зв'язку з необхідністю забезпечення колапсу легень на боці втручання та оперативного простору. Для технічного виконання цих вимог використовують двопросвітні або однопросвітні інтубаційні трубки [5], для чого необхідні навички та, іноді, застосування оптичних телескопів (180°-115°), бронхоскопа Фриделя або фібро-бронхоскопа. У своїй практиці ми частіше застосовуємо однопросвітну трубку № 7,5-8, тому що вона є більш керованою, менш об'ємною та створює ліпші умови для вентиляції та санації бронхіального дерева. Штучну вентиляцію легень проводили об'ємним респіратором, а за необхідності виконували високочастотну вентиляцію.

У виборі анестетиків перевагу надають препаратам, які швидко виводяться з організму та забезпечують пробудження хворого, що поліпшує дренажну функцію бронхів і тим самим дозволяє запобігти розвитку легневих ускладнень. По завершенні операції та дренивання плевральної порожнини інтубаційну трубку виводять у трахею. Під час виведення трубки з бронха в трахею необхідно безперервно проводити аспірацію бронхіального секрету, аби уникнути обструкції та ателектазів здорової легені. Після виведення трубки необхідно «роздути» колабовану легень ручним методом, використовуючи відеоконтроль розправлення.

Поопераційне ведення хворих після ВТО складається з нагляду та застосування ненаркотичних знеболювальних препаратів. Ми впровадили в практику метод примусової гіпервентиляції (ПГ) поопераційним хворим, суть якого полягає в примусовому роздуванні легень киснем. Виконується за допомогою мішка Амбу з підключенням постійної подачі кисню 5 л/хв. Хворому пропонують притиснути маску, з'єднану з мішком Амбу так, аби створити герметичний простір. Лікар, який проводить процедуру ПГ, просить пацієнта зробити глибокий вдих, і наприкінці акта вдиху виконується «додування» за допомогою мішка Амбу. Цю маніпуляцію проводять 8-12 разів по 3-4 процедури на день. Завдяки ПГ легень хворого максимально розправляється, займаючи весь геміторакс. Одночасно відбувається насичення крові киснем. Пацієнти відзначають полегшення акта вдиху, знижується ймовірність утворення плевральних кишень, ателектазів, поліпшується дренажна функція бронхів.

Застосування ВТО в торакальній хірургії не лише дає змогу зменшити больовий синдром (на відміну від класичної торакотомії), поліпшити самопочуття пацієнтів і прискорити їх реабілітацію, а й дає суттєвий економічний ефект. Різко зменшується потреба в засобах для знеболювання під час операції та після неї, інфузійна терапія є мінімальною (до 500 мл), а перебування хворого в палаті інтенсивної терапії скорочується до однієї доби.

**ВИСНОВКИ**

1. Застосування ВТО зменшує операційну травму.
2. Проведення ВТО із застосуванням міорелаксантів вимагає обов'язкової однолегеневої вентиляції.
3. Впровадження ВТО замість класичної торако-томії дає економічний ефект.
4. Застосування примусової гіпервентиляції прискорює розправлення оперованої легені.

*Дата надходження до редакції 18.10.2018 р.*