

Киреев Вячеслав Юрьевич

ассистент кафедры

Китиашвили Дмитрий Ираклиевич

студент

Темирбулатов Ильяс Ильдарович

студент

Сало Анастасия Александровна

студентка

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава России
г. Астрахань, Астраханская область

СЕДАЦИЯ ПРИ МАЛОИВАЗИИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Аннотация: в статье рассматривается вопрос улучшения качества проведения эндоскопического исследования у пациентов, находящихся на лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Ключевые слова: эндоскопические исследования, седация, отделение реанимации, дексдор.

Эндоскопическое исследование заключалось в проведении бронхоскопии, гастроскопии, колоноскопии. Выявлена и обоснована необходимость проведения седации при проведении эндоскопических исследований у пациентов в отделении реанимации. Проанализированы характерные особенности применения препаратов для проведения седации при эндоскопических исследованиях. Проведена клиническая оценка их влияния на психоэмоциональный фон пациента. Дано обоснование преимущества дексмететомидина(дексдор) в качестве анальгоседации перед другими препаратами. Управляемая седация с использованием дексдора позволяет купировать болевой синдром с отсутствием депрессии ЦНС, опасности угнетения дыхания и эмоционального восприятия боли. Вегетативные

изменения, возникающие после проведения седации и эндоскопических исследований, не требуют медикаментозного лечения в связи с последующей тенденцией к вегетативному равновесию в после эндоскопическом периоде. На основании полученных данных доказана клиническая эффективность предложенного метода седации при эндоскопических исследованиях, взаимосвязь с улучшением течения исследований, снижением числа и тяжести осложнений.

Актуальность темы. Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства прошли долгий эволюционный путь. Мнение, как пациентов, так и врачей об этой процедуре меняется с каждым днем. Если врачи отдают этим методам обследования все большее предпочтение, то у пациентов до сих пор остается негативное отношение к манипуляциям такого рода. Основными проблемами для пациента становятся в первую очередь дискомфортные, вызывающие болезненные ощущения, а также негативные психологические аспекты при проведении данных манипуляций. Несмотря на это, до сих пор эндоскопические исследования проводятся без устранения вышеописанных проблем [1; 7].

Иногда эндоскопические исследования проводятся под местной анестезией, однако существующие местные анестетики при эндоскопических исследованиях не обеспечивают достаточной комфортности процедуры. В последнее время все большее предпочтение отдается методам общей анестезии, которые обеспечивают полное выключение сознания пациента [3; 4]. С этой целью используются различные компоненты общей анестезии. Все это создает требования для полноценного обеспечения безопасности и комфортности при эндоскопических исследованиях только в условиях операционной, в которой есть все необходимое материально-техническое обеспечение. Таким образом, выполнение эндоскопических исследований под наркозом не является рациональным, так как риск от его проведения превышает риски, связанные с самой процедурой [2; 5; 6].

Наиболее оптимальным и чаще всего используемым в европейских странах видом наркоза при эндоскопических исследованиях является седация. Седация – контролируемый уровень медикаментозной депрессии сознания, при котором

сохранены защитные рефлексы, обеспечивается адекватное дыхание и есть ответы на физические стимулы или вербальные команды [3; 4; 10].

Для проведения седации при эндоскопических исследованиях чаще всего используют мидазолам (дормикум) или пропофол. Применение мидазолама не вызывает у пациента каких-либо воспоминаний о прошедшей процедуре, а его недостатком является более длительный период пробуждения [4; 8]. Пропофол же обеспечивает быстрое пробуждение после седации, ценой некоторого риска сохранения воспоминаний о прошедшем исследовании [5]. Однако основным их недостатком является угнетение самостоятельного дыхания пациента, что требует экстренного вмешательства врача анестезиолога-реаниматолога [6; 7].

В последнее время с целью седации для пациентов в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» г. Астрахань все чаще используется дексдор (дексмедетомидин), который позволяет, легко контролировать уровень седации пациента, избежать резидуального действия препарата после окончания вмешательства, сохранить полноценный контакт пациента с медицинским персоналом, при этом обеспечивает слабое анальгезирующее и анестезирующее действие, в результате чего, уменьшаются неприятные ощущения у пациента во время проведения эндоскопических исследований, сохраняет стабильность основных показателей гомеостаза [8; 9].

Все это улучшает качество проведения эндоскопического исследования у пациентов, находящихся на лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы исследования. В отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» г. Астрахань под наблюдением находились 156 пациентов в возрасте от 38 до 60 лет, после плановых и экстренных эндохирургических оперативных вмешательств, которые за время наблюдения создавали предпосылки для проведения манипуляций в комфортных условиях.

Показания к применению методов седации: минимальное инвазивное исследование; проведение не травматичных, но продолжительных, связанных с длительным позиционированием пациента, исследований, психоэмоциональная лабильность (страх, тревога). Манипуляции, как взятие биопсии или полипэктомия, не требующие дополнительного углубления седации.

Суть метода заключается в введении десметомедина с начальной скоростью 0,2–1,4 мг/кг/ч. Скорость начальной инфузии после нагрузочной дозы изменяется на 0,4 мкг/кг/ч, которую в дальнейшем корректируется.

Для оценки седативного эффекта и анальгезии при эндоскопических исследованиях использовались шкала Ramsay и визуально-аналоговая шкала (ВАШ). В комплексе стандартных методов мониторинга использовались показатели периферической гемодинамики, параметры внешнего дыхания, кислотно-основного баланса, газов крови, глюкоза и кортизол сыворотки крови. При использовании различных схем седации обеспечивались безопасные и комфортные условия с сохранением самостоятельного дыхания пациента, адекватным восстановлением психомоторных функции организма, позволяющие купировать болевой синдром с отсутствием депрессии ЦНС, опасности угнетения дыхания и эмоциональное восприятие боли.

Результат. У пациентов, получавших в качестве анальгоседации дексметомедин, глубина седации поддерживалась в пределах 0–3 баллов по Ramsay, соответствующая умеренному седативному эффекту с частичной амнезией. Интенсивность болевого синдрома в среднем соответствовала $2,1 \pm 0,2$ балла по ВАШ. Показанием к назначению анальгетика считали превышение уровня боли свыше 3–4 баллов.

Изучение основных показателей гемодинамики у больных исследуемой группы показало, что функциональное состояние сердечно-сосудистой системы на исследуемых этапах оставалось стабильным и не имело отклонений от физиологической нормы. Можно отметить, что у некоторых больных исследуемой группы изменения гемодинамических показателей носили мягкий и более управляемый характер, на фоне хорошей анестезиологической защиты пациентов.

У больных, исследуемых вовремя седации, отмечалась небольшая тенденция к увеличению уровня глюкозы сыворотки крови. Гипергликемия носила кратковременный характер, и к концу операции уровень глюкозы возвратился к исходным значениям. У исследуемых пациентов содержание кортизола в сыворотке крови на высоте травматичного этапа седации увеличилось на 71%, а к концу операции на 90% от исходного ($p < 0,05$), что говорит о статистически достоверном повышении концентрации кортизола по сравнению с исходными величинами. Но уровень гормона во всех случаях не достигал верхней границы нормы, отражая естественную реакцию коры надпочечников в условиях нагрузки на организм.

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что седация дексметомидином при эндоскопических исследованиях не уступает седации с применением стандартных седативных препаратов, значительно улучшает способности пациентов взаимодействовать и общаться с персоналом отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии по сравнению с пациентами, получающими традиционно принятые седативные препараты, при отсутствии депрессии дыхания и развития делирия.

Список литературы

1. Казанцев Д.А. Объективизация болевого синдрома с целью создания индивидуального протокола послеоперационного обезболивания в анестезиологии и реаниматологии / Д.А. Казанцев, А.С. Попов, А.В. Экстрем // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №4 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.science-education.ru/127-20898

2. Казанцев Д.А. Внедрение протоколов лечения послеоперационной боли в Волгоградской области / Д.А. Казанцев, А.В. Экстрем, А.С. Попов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2010. – №1. – С. 67–69.

3. Китиашвили И.З. Периоперационные изменения показателей гомеостаза под влиянием операций и анестезии с применением ксенона: Дис. ... д-ра мед.

наук; ГУ «Научно-исследовательский институт общей реаниматологии РАМН». – М., 2006.

4. Китиашвили И.З. Влияние различных методов анестезии на эндокринно-метаболическое звено хирургического стресс-ответа при гистерэктомии / И.З. Китиашвили [и др.] // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2010. – Т. 4. – №3. – С. 18–26.

5. Китиашвили И.З. Пути повышения эффективности тотальной внутривенной анестезии / И.З. Китиашвили, Н.А. Осипова, М.С. Ветшева // Вестник интенсивной терапии. – 2000. – №4. – С. 64.

6. Попов А.С. Послеоперационная анальгезия в комплексе анестезиологического пособия на основе объективизации периоперационной оценки боли / А.С. Попов, А.В. Экстрем, Д.А. Казанцев // Фундаментальные исследования. – 2015. – №1–9. – С. 1907–1910.

7. Экстрем А.В. Профилактика боли в ближайшем послеоперационном периоде с использованием нестероидного противовоспалительного препарата «Ксефокам» / А.В. Экстрем, А.С. Попов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2004. – №12. – С. 46–50.

8. Jakob S.M., Ruokonen E., Grounds R.M. et al. Dexmedetomidine vs midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation: two randomized controlled trials // JAMA. – 2012. – V. 307. – P. 1151–1160.

9. Ruokonen E., Parviainen I., Jakob S.M. et al. Dexmedetomidine versus propofol/midazolam for long-term sedation during mechanical ventilation // Intensive Care Med. – 2009. – V. 35. – P. 282–290.

10. Venn R.M., Karol M.D., Grounds R.M. Pharmacokinetics of dexmedetomidine infusions for sedation of postoperative patients requiring intensive care // Br.J. Anaesth. – 2002. – V. 88. – P. 669–675.