

Wigle E. D., Keith J. D. Amer. J. Cardiol., 1964, 14, 599—607. 11. Burchell H. B. In: Cardiomyopathies. London, 1964, 29—42. 12. Circulation, 1978, 58, 402—408. 13. Frank S., Braunwald E. Circulation, 1968, 37, 579—788. 14. Goodwin J. E. Amer. J. Med., 1980, 68, 6, 797—800. 15. Harris A., Donnay T., Leatham A. Brit. Heart J., 1969, 31, 501—510. 16. Wigle E. D., Baron R. H. Circulation, 1966, 34, 585—594.

УДК 616.136—007.64—089]—089.5—089.5—036.8

В. И. ИНЮШИН, М. П. СЕЛЕЗНЕВ, Г. И. КАЛИНА

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИИ И РЕАНИМАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ АНЕВРИЗМАХ АБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ

По данным различных авторов, летальность при оперативных вмешательствах по поводу осложненных аневризм абдоминальной аорты до настоящего времени составляет 65—80%, что во многом обусловлено трудностями выбора правильной хирургической тактики, а также проведения анестезии и реанимационных мероприятий в экстренных ситуациях [2—4, 6—10].

ВНЦХ АМН СССР и Всесоюзный центр экстренной хирургии сосудов обладают опытом неотложной хирургии 107 больных с различными осложнениями аневризм брюшной аорты.

Показания к оперативному лечению угрожающего или наступившего разрыва аневризмы брюшного отдела аорты являются абсолютными, так как отказ от операции неминуемо ведет к смерти больного. Для данного контингента больных основными факторами риска, влияющими на исход экстренного оперативного вмешательства, являются: 1. Время от начала заболевания до операции. 2. Величина до- и интраоперационной кровопотери, а также гемотрансфузии. 3. Степень геморрагического шока. 4. Наличие и тяжесть до- и послеоперационной почечной недостаточности. 5. Размеры гематомы. 6. Размеры аневризмы и характер осложнения. 7. Время пережатия аорты и длительность операции. 8. Возраст больного и тяжесть сопутствующих заболеваний. Только лишь комплексный подход к достижению положительных сдвигов по качественным и количественным показателям всех этих факторов может гарантировать успех хирургического лечения.

Во время транспортировки больного не следует стремиться к активному и полному восполнению кровопотери. Это может способствовать резкому подъему артериального давления, что приведет к усилению или возобновлению кровотечения.

В условиях хирургического стационара, как только установлен диагноз разрыва аневризмы или угроза его, больной должен быть срочно взят на операционный стол, причем анестезиолог и бригада хирургов к этому времени должны находиться в состоя-

нии полной готовности. Пока идет подготовка больного к анестезии, при соответствующих показаниях, необходимо произвести дооперационную остановку кровотечения следующим образом. Под местной анестезией через плечевую или бедренную артерию в аорту проводится балонный катетер, на уровне почечных артерий или чуть ниже манжетка катетера раздувается и тем самым перекрывается просвет аорты.

В условиях общей анестезии производится полная срединная лапаротомия от мочевого отростка до лобка. Задняя париетальная брюшина выше аневризмы быстро рассекается и осуществляется контроль над проксимальным отделом аорты путем наложения вертикального зажима.

Во время хирургического вмешательства могут возникнуть трудности, связанные с выделением проксимального отдела аорты. В подобных ситуациях ассистент прижимает рукой или тупфером аорту под диафрагмой, а хирург быстро вскрывает аневризматический мешок, вводит балонный катетер в просвет аорты выше аневризмы и, раздувая манжетку, перекрывает его. Дальнейшее, в более спокойных условиях, выделение аорты и окончательная остановка кровотечения с визуальным наложением зажима становятся менее травматичны.

В случае тяжелого геморрагического шока и неостановленного еще кровотечения анестезиолог, не теряя времени на поиск периферических вен, которые у больных с выраженной гипотонией, как правило, спавшиеся, катетеризирует одну (при необходимости и две) центральную вену (предпочтительно внутреннюю яремную) и начинает инфузионную терапию, позволяющую поддерживать гемодинамику на минимальном физиологическом уровне. Вводный наркоз должен быть гладким без резкого повышения АД, но и не глубоким. Для этого, как правило, достаточно небольших доз кетамина (0,5—1 мг/кг) и фентанила (0,004 мг/кг), а в ряде случаев бывает достаточно только ингаляции закиси азота с кислородом в соотношении 1:1 с дополнением небольших доз анальгетиков. Для поддержания релаксации предпочтителен ардуан (0,1 мг/кг) или павулон. После пережатия аорты и исключения возможности массивного кровотечения необходимо начинать массивную инфузионно-трансфузионную терапию для восстановления объема циркулирующей крови.

Для поддержания анестезии оптимальным считается ингаляция закиси азота с кислородом 2:1 в сочетании с 0,25—0,05% фторотана и дробным введением анальгетиков (фентанил). Фторотан в лучшей мере, чем другие анестетики, позволяет подавить выброс катехоламинов и ренина, снижает потребление кислорода миокардом, что очень важно у данного контингента больных [1, 5].

Следует учитывать, что у большинства больных после экстренной операции в послеоперационный период наблюдаются различные осложнения.

Профилактика сердечно-легочной недостаточности заключается в поддержании стабильной гемодинамики, адекватного внешнего дыхания и постоянном контроле и коррекции водно-электролитного баланса. По показаниям проводится кардиальная и коронаролитическая терапия.

При легких формах почечной недостаточности показана патогенетическая терапия с использованием мочегонных для стимуляции диуреза на фоне мероприятий, направленных на стабилизацию гомеостаза. В тяжелых случаях (олигурия, анурия) с выраженной интоксикацией необходимо проводить гемодиализ в течение нескольких дней или недель в зависимости от степени некротических изменений в почечных канальцах.

В заключение следует отметить, что за последние годы значительно, по нашим данным, снизилась послеоперационная летальность как в группе больных с разрывом аневризмы брюшной аорты—в 1,7 раза

(47,2%), так и у пациентов с угрозой разрыва—в 2,8 раза (16%). Эти показатели свидетельствуют не только об улучшении диагностики данной патологии, совершенствовании методов оперативного лечения, но и подтверждают правомочность разработанных нами концепций по вопросам хирургической тактики, а также анестезиологических и реанимационных мероприятий.

ВНЦХ АМН СССР

Поступила 1/IV 1985 г.

Վ. Ի. ԻՆՅՈՒՇԻՆ, Մ. Պ. ՍԵԼԵԶՆՅՈՎ, Գ. Ի. ԿԱԼԻՆԱ

ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ԱՈՐՏԱՅԻ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԱՆԵՎՐԻԶՄԱՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ, ԱՆԶԳԱՅԱՑՄԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶՐՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Խորհուրդ են տրվում արյունահոսության դեմ պայքարի մեթոդներ մինչև հոսպիտալացման էտապում՝ ընդհանուր վիրաբուժական ստացիոնարի պայմաններում և ներվիրալատական էտապում, ինչպես նաև վիրաբուժական տակտիկայի, անզգայացման և վերականգնացման սկզբունքները՝ ելնելով դիսկի հիմնական ֆակտորներից:

V. I. Inyushin, M. N. Seleznyov, G. I. Kalina

Surgical Tactics and Basic Principles of Anesthesia and Resuscitation in Complicated Aneurisms of the Abdominal Aorta

S u m m a r y

The methods of control of hemorrhages at the prehospital stage, in conditions of surgical clinics and during the operation are recommended, as well as the principles of the surgical tactics, anesthesia and resuscitation are given, taking into account all main risk factors.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бунятян А. А., Селезнев М. Н., Флеров Е. В. и др. Вестн. АМН СССР, 1981, 8, 33—39.
2. Вахидов В. В., Гамбарин Б. Л., Каримов Э. А. В кн.: «Экстренная хирургия сосудов», Ташкент, «Медицина», УзССР, 1983, 119—120.
3. Королев Б. А., Аверьянов Ю. А., Макаров Н. А. В кн.: «Экстренная хирургия сосудов», Ташкент, «Медицина», УзССР, 1983, 126—128.
4. Покровский А. В., Заболевание аорты и ее ветвей. М., «Медицина», 1979, 324.
5. Селезнев М. Н. В кн.: «Хирургия сосудов», Майкоп, 1983, 42—46.
6. Abbott, Abel R. M., Beck C. H., Fischer J. E. Arch. Surg., 1975, 110, 9, 1110—1112.
7. Batt M., Lambert H., Benzaquen A., Kuzzenne G. Ann. Chir., 1982, 36, 8, 637—641.
8. Guernelli W., Faenza A., Spangaro M., Ericcoli A. Minerva chir., 1982, 37, 18, 1413—1415.
9. Sensenig D. M., Arch. Surg., 1981, 116, 8, 1034—1036.
10. Seragin R., Mueller C., Balzer K., et al., Thorac. Cardiovasc. Surg., 1981, 29, 1, 34—35.