

Рахмонкулов Б. У,
Мирахмедов А.А.,
Абдухакимов Т.Х.,
Остонов Б.Б.,
Абдурахманова К.Н.,
Узаков Д.К.

АНЕСТЕЗИЯ ПРОПОФОЛОМ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Ташкентская медицинская академия

Пропофол, как гипнотик короткого действия с широкой терапевтической активностью и как агент, понижающий внутриглазное давление представляется идеальным средством для контролируемой седации в сочетании с ретробульбарной блокадой, при анестезиологическом обеспечении офтальмологических вмешательств по поводу оперативного лечения катаракт и глауком.

Ключевые слова: катаракта, глаукома, внутриглазное давление, пропофол.

Propofol is a sedative with large therapeutic activity and IOP depressed effect. Propofol in combination with retrobulbar anesthetization is a perfect method for short-term sedation management in cataract surgery, which satisfies patient and surgeons.

Анестезия в офтальмологии должна обеспечивать неподвижность глаза при сохранении низкого внутриглазного давления, а также предупреждать мышечное напряжение глазных мышц, кашель, тошноту и рвоту.

При интраокулярных операциях особое внимание уделяется стабилизации внутриглазного давления (ВГД). Исход операции при экстракции катаракты и при глаукоме в значительной степени зависит от качества анестезиологического обеспечения (выключение сознания на этапе подготовки к операции, хорошая акинезия и анестезия глазного яблока). Ранее методом выбора для этой категории больных являлся эндотрахеальный наркоз (с его негативными факторами, повышающими ВГД), риск которого во много раз превышал риск самой операции.

К современным анестетикам и анальгетикам предъявляются такие требования как наличие неактивных и нетоксических метаболитов, минимальное кардиодепрессивное действие, способность вызвать эффективную управляемую анестезию и не влиять на уровень катехоламинов.

Наше внимание привлек препарат пропофол. Пропофол внутривенный гипнотик ультракороткого действия. Благодаря высокой управляемости анестезии пропофол отвечает требованием офтальмоанестезии. В отличие от кетамина он не повышает ВГД, не вызывает нистагм, не обладает галлюциногенным действием, не вызывает гиперсаливацию, не повышает гортанно-глоточные рефлексы.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности методики анестезии с применением пропофола в качестве базисного гипнотика.

Материал и методы. Применяли пропофола (форма выпуска 1% - 20 мл) у 34 больных в возрасте

от 30-х до 70-ти лет, находившихся на стационарном лечении. Из них 9 больных от 30-х до 55-ти лет оперированы по поводу катаракты и глаукомы.

Из взрослых были оперированы больные с набухающей катарактой, осложненной вторичной глаукомой.

Нами проведены три модификации тотальной внутривенной анестезии (ТВА) на основе пропофола с сохранением спонтанного дыхания.

1. Методика ТВА пропофол + кетамин + промедол у больных от 30-х до 55-ти лет.

2. Методика ТВА пропофол + фентанил + диазепам

3. Обеспечение седативного эффекта при проведении хирургических манипуляций у больных с набухающей катарактой и глаукомой у взрослых.

После начала наркоза выполнялась парабульбарная инъекция местного анестетика (2% раствор новокаина) в общем объеме не более 3 мл. Премедикацию назначали и проводили стандартным методом, а именно в/м введением холинолитика (атропин 0.05 мг/кг), анальгетика и антигистаминного препарата (димедрол 0.5 мг/кг). Дополнительно применяли транквилизаторы за 30 минут до операции (диазепам 0.2-0.5 мг/кг). У больных с единственным глазом при набухающей катаракте и глаукоме включали наркотические анальгетики (промедол 2%-0.2-0.3 мг/кг) за 30 минут внутримышечно.

Результаты и обсуждение. 1. Методика ТВА пропофол + кетамин + промедол проводилась только у детей (9 больных). Анестезия данной комбинацией препаратов в силу своей кратковременности исключала развитие побочных эффектов, присущих кетамину в обычных традиционных дозах.

Индукцию начинали с внутривенного введения кетамина 1% - 1.0 - 2.0 мг/кг. Индукция

онную дозу пропофола вводили медленно, разведенную в 5% растворе глюкозы в соотношении 1:3. Метод проводился в режиме 1/4- 1/3 дозы анестетика каждые 10-12 секунд. Средняя индукционная доза составляла 1.5-2.0 мг/кг. Анестезия проводилась болюсным введением пропофола. Введение препарата завершалось за 5 минут до окончания операции. При осложненной катаракте назначали до- польнительно промедол 1% в дозе 0.1 мг/кг. После вводного наркоза артериальное давление у детей снижалось на 10-15 мм.рт.ст.

2. ТВА пропофол + фентанил + диазепам. В эту группу вошли 12 больных. Им дополнительно назначали диазепам в дозе 0.4-0.5 мг/кг. Индукцию начинали с медленного внутривенного титрования пропофола в дозе 2.0-2.5 мг/кг. в разведении физиологическим раствором хлорида натрия 1:2. Вводили 1/4 дозы одномоментно, до наступления медикаментозного сна. Болюсное введение фентанила проводилось в дозе 0.7-1.0 мкг/кг. Анестезия поддерживалась введением препаратов каждые 15 минут. При данном сочетании период засыпания был быстрым, без возбуждения. Утрата сознания наступала через 20-30 секунд после введения индукционной дозы. Гемодинамика была стабильной. Течение наркоза было гладким. У больных с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца дополнительно применяли дроперидол.

3. Метод обеспечения седативного эффекта при операциях по поводу набухающей катаракты + глаукомы. Метод был применен у 13 больных. В премедикацию включали наркотические анальгетики (промедол 2 % в/м). Непосредственно перед

обработкой операционного поля применяли седатацию с внутривенным введением 0.5% диазепама в дозе 0.05 мг/кг + дроперидол 0.25% - 0.01-0.04 мг/кг. Затем вводили 1% пропофола из расчета 0.5 мг/кг максимально до 40 мг одномоментно в течение 1-2 минут.

Адекватность анестезии оценивалось как субъективно (опрос пациентов), так и объективно - оценкой клинических признаков течения анестезии (ЧСС, АД, пульсоксиметрия). После индукции пропофола наблюдалось снижение артериального давления на $18 \pm 1.5\%$ и снижения частоты сердечных сокращений на $10 \pm 1.5\%$, что являлось следствием депрессивного влияния фентанила и пропофола на гемодинамику. Уровень насыщения артериальной крови кислородом оставался стабильным ($SP0_2=98-100\%$).

Во всех случаях сохранялась спонтанная вентиляция легких. Эпизодов апноэ во время проведения наркоза не отмечалось. Выход из наркоза и восстановление сознания происходили в течение 2-5 минут. В постнаркозном периоде не наблюдалось тошноты, рвоты, не было случаев ларингоспазма.

Выводы

1. Пропофол гарантирует надежное гипнотическое действие, поддержание гипотонии глаза, релаксацию пациента и профилактику спонтанных двигательных реакций.

2. Быстрый выход из анестезии, легкая управляемость.

3. Седация пропофолом в сочетании с ретробульбарной блокадой является экономичным решением в офтальмохирургии, удовлетворяет интересы анестезиолога, хирурга и пациента.

Литература

1. Морган Дж.Эдвард. Клиническая анестезиология. -М.,2001.-с 103-1120.
2. Гологорский В.А Клиническая анестезиология.-М.,2001.-с 387-398.
3. Бунятан А.А Руководство по анестезиологии. -М., 1997.
4. Тахчиди Х.И. Избранные разделы микрохирургии глаза. М., 2002.