**Кокалко Микола Миколайович. "Анестезіологічне забезпечення тарснуретральних резекцій передміхурової залози." : Дис... канд. наук: 14.01.30 - 2002.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Кокалко М.М. Анестезіологічне забезпечення трансуретральних резекцій передміхурової залози. - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія. Киівська медична академія післядипломної освіти МОЗ України.- Киів, 2002 р.  В основу роботи покладено результати анестезіологічного забезпечення хірургічного лікування (ТУРПЗ) 964 хворих (чоловіки у віці 52-87 років) із діагнозом гіперплазія передміхурової залози ІІ-ІІІ ст. Аналіз результатів проведених знеболювань у перших 95 пацієнтів (1997 р.) показав, що ТУР-синдром розвинувся у 8,7% хворих без супутньої патології і у 10,4% хворих із супутньою патологією. Досліджено вплив ТУРПЗ на центральну та периферичну гемодинаміку, функціональний стан нирок та систему гемостазу. Запропонована і впроваджена у 869 хворих (1998-2000рр.) програма анестезіологічного забезпечення трансуретральних операцій, яка дозволила знизити розвиток ТУР-синдрому до 0,7%.  Встановлено, що трансуретральна резекція передміхурової залози впливає на показники гемодинаміки (підвищує діастолічний та середньодинамічний артеріальний тиск, збільшує ударний та хвилинний об’єм крові, ударну та хвилинну роботу лівого шлуночка), функціональний стан нирок (пригнічує волюмо- та осморегулюючі функції нирок) та систему гемокоагуляції (активує механізми первинного і вторинного гемостазу за зменшення протизгортаючої активності плазми крові при адекватній вторинній активації плазмового фібринолізу). Доведено, що інтраопераційна інфузія гіпертонічного розчину натрію хлориду знижує небезпеку виникнення ТУР-синдрому. Дослідження в доопераційному періоді функціонального стану нирок (за кліренсом натрію) дозволяє виявити пацієнтів із зниженими резервними можливостями волюморегулюючої системи і визначити групу ризику за можливим розвитком ТУР-синдрому. | |
| |  | | --- | | 1. Трансуретральна резекція передміхурової залози у пацієнтів із зниженними адаптаційними можливостями серцево-судинної та волюморегулюючої системи ускладнюється розвитком синдрому трансуретральної резекції, що вимагає диференційованого підходу на етапах підготовки хворих до операції та інтраопераційного ведення. 2. Порушення гемодинаміки під час трансуретральної резекції передміхурової залози залежать від положення пацієнта на операційному столі: застосування покращенного літотомічного положення хворим без супутньої патології дозволяє зменшити частоту гемодинамічних розладів у 2,4 рази (р<0,05), у хворих із супутньою патологією у 1,5 рази (р<0,05). 3. Розлади серцево-судинної системи та порушення функціонального стану нирок залежать від тривалості оперативного втручання та об’єму безелектролітної рідини, що потрапила до судинного русла впродовж операції. Інтраоперційна інфузія гіпертонічного розчину натрію хлориду в дозі 0,015-0,03 ммоль/кг/хв запобігає розвитку гіпонатріемії та гіпотонічної гіпергідратації і відповідно знижує ризик виникнення ТУР-синдрому в 12,4 рази (р<0,001). 4. Для визначення групу ризику за можливим розвитком ТУР-синдрому доцільно в доопераційному періоді проведення дослідження функціонального стану нирок за кліренсом натрію, що дозволяє виявити пацієнтів із зниженими резервними можливостями волюморегулюючої системи і рекомендувати оперативне втручання без водного навантаження – відкрита аденомектомія. 5. Імплементація інтраопераційного моніторингу за показником хвилинної роботи лівого шлуночка в систему анестезіологічного забезпечення трансуретральних резекцій передміхурової залози дозволяє оперативно оцінювати стан системи кровообігу в цілому та передбачити загрозу розвитку ТУР-синдрому. 6. Трансуретральна резекція передміхурової залози активує механізми первинного і вторинного гемостазу за зменшення протизгортаючої активності плазми крові при адекватній вторинній активації плазмового фібринолізу та може призводити до локальної внутрішньосудинної гемокоагуляції на рівні гломерулярних судин нирок. 7. Застосування програми анестезіологічного забезпечення трансуретральних резекцій передміхурової залози, зокрема, покращене літотомічне положення, програмована інфузія гіпертонічного розчину натрію хлориду дозволяють знизити частоту розвитку ТУР-синдрому до 0,7%.   **Рекомендації щодо наукового і практичного використання здобутих результатів.**Отримані результати використані при розробці заходів анестезіологічного забезпечення трансуретральних резекцій передміхурової залози.  Програма анестезіологічного забезпечення ТУРПЗ   1. Для виявлення групи ризику (розвиток ТУР-синдрому) в передопераційному періоді доцільно проводити “об’ємне навантаження” з метою виявлення пацієнтів із зниженими резервними можливостями волюморегулюючої функції нирок, шляхом інфузії ізотонічного розчину натрію хлориду (10 мл/кг впродовж 30 хв) із наступним визначенням екскреції натрію (за 4 год) та розрахунку його кліренса. 2. При виборі методу знеболювання трансуретральних операцій перевагу слід надавати корегованій епідуральній анестезії з комбінованим введенням у епідуральний простір анестетика і вазопресора для попередження зниження загального периферичного опору судин. 3. З метою профілактики розвитку ТУР-синдрому трансуретральну резекцію передміхурової залози необхідно проводити в положенні хворого із зігнутими в кульшових суглобах кінцівками та припіднятим під кутом 30 головним кінцем (покращене положення для літотомії). 4. З метою профілактики гіпонатріемії та гіпотонічної гіпергідратації під час проведення трансуретральної резекції передміхурової залози доцільна внутрішньовенна інфузія гіпертонічного розчину натрію хлориду в дозі 0,015-0,03 ммоль/кг/хв. 5. Для попередження розвитку ТУР-синдрому доцільно використовувати інтраопераційний моніторинг за хвилинною роботою лівого шлуночка, який дає змогу оперативно оцінити стан системи кровообігу в цілому та передбачити загрозу виникнення ускладнення. 6. Для оцінки стану хворого під час виконання ТУРПЗ за умов корекції гіпотонічної гіпергідратації пропонується використовувати класифікацію тяжкості перебігу ТУР-синдрому. 7. Тривалість операції трансуретральної резекції передміхурової залози за умов запропонованих заходів анестезіологічного забезпечення може бути подовжена до 50-80 хв, оскільки вірогідність розвитку ТУР-синдрому зменшується. 8. З метою профілактики тромбогеморагічних ускладнень після трансуретральної резекції передміхурової залози за умов задовільного гемостазу доцільне застосування нефракційонованого гепарину, нікотинової кислоти і тренталу. 9. Результати дослідження за функціональним станом нирок, системами кровообігу та гемокоагуляції у хворих із віковими змінами є базовими для оптимізації анестезіологічного забезпечення трансуретральних резекцій передміхурової залози у пацієнтів із супутніми захворюваннями. | |