**Марков Юрій Іванович. Особливості анестезіологічного забезпечення при хірургічному лікуванні ішемій головного мозку, обумовлених патологією екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії: дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Марков Ю.І. Особливості анестезіологічного забезпечення при хірургічному лікуванні ішемій головного мозку, обумовлених патологією екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30. – анестезіологія та інтенсивна терапія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2005.Дисертація присвячена анестезіологічному забезпеченню хірургічного лікування уражень екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії. Для підвищення ефективності таких операцій проведено клінічні, функціональні та біохімічні дослідження. Запропоновано більш глибоке вивчення анестезіологічних чинників ризику, а саме – соматичних захворювань з урахуванням порушень гемореології.Із метою корекції встановлених порушень автором розроблено та впроваджено в практику ефективні інфузійні програми з використанням гідроксиетилкрохмалю (ГЕК 200/0,5 – 6*%*) /рефортан/ та антагоністів кальцію з групи фенілалкіламінів (верапаміл).Впровадження алгоритмів анестезіологічного забезпечення дозволило поліпшити результати хірургічного лікування хворих з ішемічними порушеннями мозкового кровообігу, спричинених стенооклюзійними ураженнями екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Чинниками анестезіологічного ризику у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу за типом ішемії є супутні захворювання: артеріальна гіпертензія – 64,9*%*, ішемічна хвороба серця – 58*%*, ожиріння – 31*%*; та порушення гемореології – 34,5*%*.
2. Проведення інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії за допомогою розчинів на основі гідроксиетилкрохмалю (ГЕК 200/0,5 – 6*%*) призводить до позитивної гемореологічної, гемодинамічної дії а також покращує показники церебральної гемодинаміки з мінімальними побічними ефектами.
3. Порівняльний аналіз периопераційної інфузійної терапії з метою корекції гемореологічних порушень свідчить про перевагу програм з використанням похідних гідроксиетилкрохмалю над рутинним використанням ізотонічного розчину натрію хлориду, що дозволяє обмежити об’єм інфузійного розчину і відповідно зменшити навантаження на скомпроментовану серцево-судинну систему та попередити набряк головного мозку.
4. Використання антагоністів кальцію з групи фенілалкіламінів (верапаміл) є ефективним заходом у комплексі заходів з кардіо- та церебропротекції за рахунок стабілізації показників гемодинаміки, а саме – середнього артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.
5. Розроблені алгоритми анестезіологічного забезпечення при хірургічній корекції уражень екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії дозволяють знизити анестезіологічний ризик шляхом фармакологічної корекції супутніх захворювань до операції, захисту головного мозку та серця як інтраопераційно, так і в ранньому післяопераційному періоді.
6. Урахування особливостей анестезіологічного забезпечення в доопераційному, інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах із застосуванням сучасних методів органопротекції дало змогу поліпшити результати хірургічного лікування хворих з ішеміями головного мозку, обумовлених патологією екстракраніальних відділів внутрішньої сонної артерії: уникнути летальності, як під час операції, так після неї; зменшити кількість тяжких ускладнень (на 6,1*%* менше в основній, ніж у контрольній групі), зменшити показник ліжко/дні на 9,2*%*.

**Практичні рекомендації**1. Анестезіологічне забезпечення хірургічного лікування хворих з ІПМК, обумовлених патологією ЕКВ ВСА слід проводити з урахуванням показників системної та церебральної гемодинаміки, порушень реології крові, стану колатерального кровотоку. При проведенні загальної анестезії (тотальної внутрішньовенної анестезії) анестетиками вибору є фентаніл, тіопентал-натрію, сибазон, натрію оксибутират, дроперідол.
2. У передопераційному періоді у хворих ІПМК з метою корекції гемореологічних порушень необхідно використовувати похідні ГЕК (200/0,5 – 6*%*). Критерієм вибору інфузійно-трансфузійної програми є рівень Ht. За наявності високих значень останнього (0,50–0,55 л/л) гемодилюцію досягають інфузією ізотонічного розчину натрію хлориду та рефортану з етапом проведення еритроцитаферезу. Цільовим Ht є рівень 0,33–0,35 л/л.
3. У хворих з ураженням ЕКВ ВСА з метою здійснення кардіопротекції слід довенно вводити верапаміл у дозі 0,075 мг/кг на ізотонічному розчині хлориду натрію на протязі 5 хв. перед початком оперативного втручання з урахуванням супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, ІХС), з приводу чого цей препарат хворі отримували перорально перед операцією.
4. З метою забезпечення інтраопераціної органопротекції в хірургії сонних артерій слід здійснювати інтраопераційний моніторинг ССС та мозкової гемодинаміки у режимі реального часу. Необхідний мінімальний комплекс моніторів при цьому становлять прилади, які забезпечують вимірювання АТ (САТ), ЦВТ, ЧСС, SрO2;ЕКГ-моніторинг, а також контроль мозкового кровообігу за допомогою ТК УЗДГ. Останній слід також здійснювати як перед операцією, так і в ранньому післяопераційному періоді. Важливе значення належить контролю церебрального перфузійного тиску, проведенню лабораторного моніторингу показників Ht, Hb, тромбоцитів, загального білка, фібриногену, глюкози та осмолярності.
5. Під час проведення загальної анестезії хворим з компенсованим колатеральним кровотоком слід застосовувати вазоактивні препарати з метою керування показниками гемодинаміки на етапах операції задля попередження гіпоперфузії та гіперперфузії головного мозку (залежно від показників АТ (САТ) та стану церебрального кровотоку).
6. Хворим, яким виконували оперативні втручання без порушення цілісності ВСА, стратегія переведення на самостійне дихання та екстубацію трахеї в операційній є важливим заходом стосовно ранньої активізації та профілактики пневмонії у післяопераційному періоді.
7. Хворим з високим ризиком розвитку гіперперфузії головного мозку екстубацію трахеї слід виконувати у відділенні інтенсивної терапії під жорстким нейромоніторингом, кардіомоніторингом, контролем вентиляції, оксигінації, водно-електролітного балансу, киснево-лужного стану тощо.
 |

 |