**Букало Олександр Федорович. Анестезіологічне забезпечення хірургії морбідного ожиріння. : Дис... канд. наук: 14.01.30 – 2006**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Бубало О. Ф. Анестезіологічне забезпечення хірургії морбідного ожиріння.– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України. – Київ, 2006.  В роботі узагальнені результати анестезіологічного забезпечення баріатричних операцій у 122 хворих з морбідним ожирінням. Використовуючи дані клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, встановлено, що у хворих з надмірною масою тіла визначають порушення серцево–судинної, дихальної систем і метаболізму. Вивчений вплив різних методів анестезіологічного забезпечення на показники гемодинаміки, функцію зовнішнього дихання і метаболізм, та післяопераційні ускладнення. Обґрунтовано доцільність використання передопераційних показників сатурації кисню до різного положення тіла хворого для визначення очима, визначення оптимального положення тіла пацієнта в післяопераційному періоді з метою профілактики легеневих ускладнень. Обґрунтовані переваги використання регіонарних методів анестезії і черезшкірної електростимуляції нервів у хворих в періопераційному періоді, щодо запобігання депресії дихання і проведенню подовженої штучної вентиляції легень в ранньому післяопераційному періоді.  Використання запропонованої тактики анестезіологічного забезпечення дозволило запобігти виникненню гемодинамічних, дихальних, тромбоемболічних ускладнень, летальності, скоротити тривалість лікування хворих. | |
| |  | | --- | | Дисертаційна робота містить новий підхід до розв’язання наукової проблеми, що передбачає поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з ожирінням. Вивчені супутні захворювання, зумовлені ожирінням та їх вплив на тактику передопераційної підготовки. На підставі аналізу результатів анестезіологічного забезпечення баріатричних операцій отримані нові дані про вплив різних методів знеболення на показники гемодинаміки, функцію зовнішнього дихання, газообмін, кислотно–основний стан і кінцевий результат операції. На основі аналізу різних методів знеболення розроблена відповідна анестезіологічна тактика.  1. Найбільш часто (у 71% хворих з надмірною масою тіла) спостерігають метаболічний синдром, який прискорює формування атеросклерозу і сприяє виникненню артеріальної гіпертензії (у 78% пацієнтів), ішемічної хвороби серця (у 54%), жирової інфільтрації печінки (у 52%). У міру збільшення маси тіла пацієнтів частота виникнення серцево–судинних захворювань збільшується в 1,8 разу, бронхо–легеневих – в 1,6 разу, жирової інфільтрації печінки – у 2,5 разу, синдрому сонного апное – в 1,2 разу порівняно з такою у хворих за індексом маси тіла 40–50 кг/м.  2. Бронхо–легеневі захворювання, які виявляють у 42% пацієнтів з морбідним ожирінням, зумовлені анатомічними особливостями, порушенням механіки дихання, що спричиняє альвеолярну гіповентиляцію і виникнення гіперкапнії, гіпоксемії, які поряд з синдромом сонного апное збільшують тяжкість артеріальної гіпертензії. Виходячи з цього, доцільно до передопераційної підготовки хворих з морбідним ожирінням включати курс лікувальної фізкультури з дихальною гімнастикою. Дані сатурації кисню за різного положення тіла пацієнта є визначальними для вибору оптимального його розміщення під час інтубації трахеї, на операційному столі і в ранньому післяопераційному періоді. Якщо показники сатурації кисню нижче 80%, необхідно відкласти виконання операції, продовжити лікувальну фізкультуру з дихальною гімнастикою, призначити дієту з низькою енергетичною цінністю.  3. Багатокомпонентна збалансована анестезія з нейролептаналгезією є ефективним методом знеболення, проте, у хворих з морбідним ожирінням в ранньому післяопераційному періоді сприяє появі вираженої сонливості і депресії дихання, змін гемодинаміки за гіпердинамічним типом, що потребує застосування подовженої штучної вентиляції легень у 66% з них з усіма негативними наслідками. Дози препаратів для знеболення слід розраховувати на «ідеальну масу тіла» з огляду на клінічні ознаки адекватності анестезіологічного забезпечення. Міорелаксацію необхідно здійснювати, беручи до уваги показники нервово–м’язового моніторингу і пікового тиску в дихальних шляхах. Використання наркотичних аналгетиків в ранньому післяопераційному періоді потрібно обмежити через посилення депресії дихання, що в 11,5% хворих вимагає проведення термінової штучної вентиляції легень.  4. Застосування багатокомпонентної збалансованої анестезії з регіонарними методами анестезії і черезшкірної електростимуляції нервів забезпечує адекватне знеболення під час операції, дозволяє зменшити потребу в фентанілі на 25%, міорелаксантів на 23%, що сприяє ранньому відновленню повноцінного самостійного дихання і екстубації зразу після операції.  5. Використання візуальної аналогової шкали дозволяє визначити справжню інтенсивність болю, адекватно оцінити ефективність лікування больового синдрому. Проведення подовженої епідуральної анестезії або черезшкірної електростимуляції нервів, введення нестероїдних протизапальних препаратів, розчинів лідокаїну в дренажі черевної порожнини і підшкірного прошарку забезпечує ефективне знеболення в ранньому післяопераційному періоді без застосування наркотичних аналгетиків. Застосування такої тактики дозволило скоротити до мінімуму потребу в наркотичних аналгетиках, сприяло ранній фізичній активності хворих, відновленню функції шлунка і кишечника, профілактиці післяопераційних легеневих і тромбоемболічних ускладнень.  6. Використання багатокомпонентної збалансованої анестезії з регіонарними методами знеболення і черезшкірної електростимуляції нервів у хворих з морбідним ожирінням сприяло зменшенню у ранньому післяопераційному періоді сонливості, м’язової слабкості, депресії дихання, що дозволило виконати сучасні бариатричні операції, більш як у 400 хворих з морбідним ожирінням з однією летальністю. | |