ВАРИАНТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГОЛОСОВЫХ СКЛАДКАХ.

Лейзерман М.Г., Котляр В.С., Курсанова, Е.В., Фисенко К.Ю.
(*Leyzerman M.G., Kotlyar V.S., Fisenko K.U.*)

(*The variants of anesthesia for operations on vocal cords*)

(*Московская городская клиническая больница №29 им.Н.Э.Баумана*)

(*Moscow hospital №29 of N.E.Bauman*)

[DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2018.4.57.25-26](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2018.4.57.25-26)

РЕФЕРАТ: Дан исторический анализ методов обезболивания при операциях на голосовых складках. В настоящее время для выполнения микрохирургических вмешательств необходимо полное выключения сознания больного и использование миорелаксантов. Для этого применяется тотальная анестезия с подачей газов через тонкую интубационную трубку, мягкий катетер (после трахеопункции) или встроенный в прямой ларингоскоп жесткий катетер. Последний вариант является максимально удобным.

ESSAY: There is historical analysis of methods of anesthesia for operations on vocal cords. Currently for making microsurgical operations is compulsory turn off the patient's consciousness completely and using the relaxants of muscle. For that way is using total anesthesia whis the supply of gases through a thin intubation tube, soft catheter (after tracheopuncture) or a rigid catheter build into a straight laryngoscope. Last way is the most convenient.

Ключевые слова: микрохирургия гортани, наркоз, голосовые складки

Keywords: microsurgery of the larings, anesthesia, the vocal cords.

Хирургический доступ к среднему и нижнему этажам гортани всегда считался непростым в связи с глубоким расположением органа, а также из-за высоких рефлексов, не позволяющих прицельно и спокойно манипулировать в этой зоне.

Известно, что многие годы выбор для хирурга был не велик: или местная анестезия с различной премедикацией, или наружный подход с ларингофиссурой. В первом случае применялся гортанный выкусыватель типа «Кардес», и нужно отметить, что ряд ларингологов совершенно 2-виртуозно владели этим видом вмешательства. Однако следует заметить, что выполнить операцию при непрямой ларингоскопии удавалось не всегда. Препятствием тому служили высокий рефлекс, непереносимость анестетиков, большой размер образования, которое необходимо удалить. Кроме того, даже небольшая неточность при выполнении вмешательства приводила или к неполному удалению опухоли, или напротив, приводила к выкусыванию участка голосовой складки, что приводило к нарушению голоса, а в случае с певцами, педагогами, актерами и вовсе – инвалидизировала пациента.

При больших размерах новообразования, а также при невозможности исключить его злокачественный характер, ларингологи и онкологи оперировали с подходом через ларингофиссуру. Ларингофиссура позволяла практически всегда достичь цели, однако, нельзя было исключить косметический дефект прямо на шее, а также возможные осложнения в виде кровотечений и хондроперихондрита [3]. Естественно, что послеоперационный период был достаточно длинным, сопровождался болевым синдромом, зачастую обширным рубцеванием и необходимостью реабилитационных мероприятий. Необходимо отметить, что и в настоящее время при наличии обильной васкуляризации опухоли (например – гемангиомах), распространении образования на соседние этажи гортани, ларингофиссура продолжает быть актуальной.

Развитие высокотехнологичных методик в хирургии, появление современной аппаратуры и препаратов в анестезиологии, позволило оптимизировать эндоларингеальные вмешательства. В последние 20 – 25 лет стали активно использовать лазерную, радиоволновую, холодноплазменную аппарату, которая позволяла выполнять высокоточные операции, исключая вышеописанные осложнения. Ларингологи при помощи анестезиологов начали оперировать в условиях тотальной внутривенной анестезии с респираторной поддержкой и ИВЛ. Данный вид наркоза выполнялся достаточно тонкими интубационными трубками, которые оставляли место для выполнения вмешательства. Описаны также непредвиденные осложнения в виде рассечения и возгорания интубационных трубок. Кроме того, трубка не только закрывала часть просвета гортани, но и не позволяла обозреть межчерпаловидную зону и подскладочное пространство. Хирургу приходилось сдвигать интубационную трубку в сторону, что далеко не всегда выполняемо и отрицательно влияет на качество и исход операции [2].

Выход был найден в подаче кислорода и газов через конико-пункцию или трахео-пункцию с последующим введением катетера в трахею для высокочастотной инъекционной вентиляции легких. В этом случае анестезия была комбинированной, а вводный наркоз мощным и хорошо управляемым. Использовались фентанил, пропофол и неполяризующие миорелаксанты (обычно – рокуроний в паре с сугаммадексом). Эти препараты обеспечивали достаточную глубину наркоза, хорошую управляемость нейро-мышечным блоком и безопасность пациента на заключительном этапе операции.

Необходимо отметить, что данная методика выполняема у пациентов, вес которых не превышает 100 кг. В случае же больных с большой массой тела проводили интубацию трубкой № 6 и осуществляли

ИВЛ объемно циклическим способом. Нельзя не отметить, что конико- и трахео-пункция требует достаточного опыта, технически не всегда выполнима (например, при опухолях и значительном увеличении щитовидной железы, деформациях и атипичном строении трахеи). А даже небольшое пункционное отверстие может приводить к эмфиземе мягких тканей и средостения, а в дальнейшем изредка, но вызывали хондроперихондриты гортани и колец трахеи.

Мы оперировали пациентов с наложением трахео-пункции для высокочастотной инъекции на протяжении 10 лет. При этом отмечено, что около 3% больных перенесли осложнения в виде эмфиземы тканей шеи, лица и средостения, которые были купированы симптоматическими средствами.

Наконец, около года назад мы получили специальные клинки для прямой опорной ларингоскопии с параллельным жестким катетером для проведения инъекции. Данный инструмент позволяет произвести ларингоскопию, обозреть гортань без ограничения операционного поля, не травмировать ткани гортани и трахеи, чем грешили предыдущие варианты наркоза и свободно без ограничений выполнять микрохирургические вмешательства с использованием как механических микроинструментов, так и радиоволновых или лазерных методов [1]. Анализируя отдаленные результаты подобных вмешательств, мы сделали вывод о том, что последний вариант анестезии является оптимальным, легче переносится пациентами, более удобен для хирурга и

анестезиолога и практически не вызывает осложнений.

Имея возможность сравнить все вышеперечисленные методы, которые мы применяли у наших пациентов, можно сделать вывод о том, что каждый из них имеет свои положительные и отрицательные стороны. В идеале в отделении, занимающимся микрохирургией гортани, должны быть все условия и необходимый инструментарий для выполнения различных вариантов наркоза и операций. Следует однако отметить, что ИВЛ с высокочастотной вентилизацией легких через современный клинок с параллельным жестким катетером является наиболее удобным и безопасным методом.

Литература:

1. Крюков А.И., Кирасирова Е.А., Кузина Е.А. \ Ятрогенные осложнения трахеостомии. \ XIV научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». 2016, с.29-30.
2. Свистушкин В.М., Пряников П.Д., Комарова Ж.Е. \ Опыт использования методов электрохирургии при проведении реконструктивно-восстановительных операций на гортани и трахее. \ XII Научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», 2014, с.46-47.
3. Чирешкин Д.Г., Дунаевская Э.М., Тимен Г.Э. \ Лазерная эндоскопическая хирургия верхних дыхательных путей. М., Медицина, 1990 г.

«ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЕ 21 ВЕКА НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

Карина Надежда Сергеевна, Мусихина Анастасия Евгеньевна
(студенты 3 курса лечебного факультета
Кировского Государственного Медицинского Университета),
Мильчаков Дмитрий Евгеньевич
(к.м.н. доцент кафедры патологической анатомии
Кировского Государственного Медицинского Университета).

АННОТАЦИЯ: В данной статье приведено подробное статистическое – аналитическое исследование заболеваний щитовидной железы среди жителей Кировской области. По данным ВОЗ - заболевания щитовидной железы, среди эндокринных нарушений, занимают 2 место после сахарного диабета. Часть районов и территорий являются эндемичными по йоду, что совместно с другими факторами (промышленными, химическими) наносит тяжелый, иногда непоправимый вред населению. Также даны рекомендации по профилактике йододефицита. Данная статья показывает насколько важно проводить профилактические мероприятия по поводу уменьшения йододефицитных состояний среди населения, и может быть полезна как для практикующих врачей, так и для ординаторов, студентов и интересующихся данным вопросом лиц.

ANNOTATION: This article provides a detailed statistical analysis of thyroid disease among residents of the Kirov region. According to the WHO - thyroid disease, among endocrine disorders, occupying 2 place after diabetes. Heavy, sometimes irreparable harm to the population. Recommendations for the prevention of iodine deficiency are also given. This article shows how important it is to carry out preventive measures regarding the reduction of iodine deficiency among the population, and can be useful both for practitioners and residents, students and people interested in this issue.

Ключевые слова: щитовидная железа, йод, йододефицит, эндемический зоб, диагностика и профилактика.

Key words: thyroid gland, iodine, iodine deficiency, endemic goiter, diagnosis and prevention.