

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДИМЕДРОЛУ ПІД ЧАС КЕТАМІНОВОГО НАРКОЗУ ПРИ МАЛИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ

І.О. Оладько, асист.

У наш час досить поширеною є методика внутрішньовенної дисоціативної анестезії, дериватом фенциклідину кетаміном. Цьому препаратові властива добра анестетична та анальгетична дія. Після внутрішньовенного введення кетаміну в середній дозі 2 мг/кг наркоз настає через 30-60 секунд та триває 5-10 хвилин, для продовження наркозу необхідне повторне введення препарату. Кетамін стимулює адренергічні структури, не пригнічує рефлексів з дихальних шляхів і в звичайних дозах не пригнічує дихання, що робить його незамінним при операціях у пацієнтів з порушеними життєво важливими функціями. До побічних ефектів кетаміну, насамперед, необхідно віднести галюцинації, психомоторне збудження, агресивність, тонічні та клонічні судомини [1,2].

Для попередження цих небажаних ефектів звичайно використовують атарактики та нейролептики, найчастіше діазепам і дроперідол [3,4]. Але діазепаму теж притаманні деякі негативні риси, насамперед, він спричиняє диспептичні порушення, знижує тону скелетних м'язів, пригнічує дихання [5]. Тому питання щодо стабілізації кетамінового наркозу є актуальним.

Ми пропонуємо для цих цілей використовувати димедрол, оскільки він має протиблювотні, протипаркінсонічні, антигіпоксичні властивості, посилює дію анальгетиків та допомагає засипанню [6,7].

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИКА

Нами проведено знечулення 38 хворим у віці від 16 до 66 років з операціями на прямій кишці у зв'язку з гемороєм - 3 хворим, тріщин анального каналу - 2 хворим, видалення поліпа прямої кишки - 2 хворим та розкриття гнійників, абсцесів та флегмон різної локалізації у 25 хворих.

Всім хворим за 30 - 45 хвилин до наркозу проводилась внутрішньом'язова премедикація: бупренорфін - 0,3 мг, димедрол - 10 мг, атропін-1 мг. Індукція до наркозу виконувалася внутрішньовенним введенням кетаміну в дозі 1,2 - 1,8 мг/кг, димедролу - 0,20 - 0,35 мг/кг та дроперідолу - 0,05 - 0,09 мг/кг. Особливо треба підкреслити, що зазначені препарати змішувалися в одному шприці та вводилися до вени через інфузійну систему або через пластиковий катетер. Середні дози склали для кетаміну 1,4 мг/кг, димедролу - 0,3 мг/кг, дроперідолу - 0,07 мг/кг.

Після болісного введення зазначених препаратів наркоз наступав через 1 - 1,5 хвилини і в середньому тривав 9,5 хвилин (від 5 до 10 хвилин). При необхідності продовження знечулення повторно вводилося до вени 100 мг кетаміну через кожні 10 -15 хвилин. При тривалості наркозу до 45 хвилин використовувалось до 300 мг кетаміну.

В умовах ургентної хірургії визначення глибини наркозу та корекцію порушень життєво важливих функцій проводили за клінічними ознаками: кольором шкіряних покривів, мочок вух та нігтьових ложів; глибиною та ритмічністю дихання; кольором крові в операційній рані. Найбільш інформативними показниками були: рівень артеріального тиску, частота пульсу, частота та ритмічність дихання і діаметр зіниць та ступінь їх фотореакції.

Клінічна картина наркозу відзначалася стабільністю гемодинамічних показників, зберігалися рогівковий та кон'юнктивальний рефлекс. Зіниці були звичайного розміру або трохи звужені, фотореакція їх зберігалась. Дихання було спокійним, ритмічним, достатньої глибини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Систолічний артеріальний тиск з початком наркозу плавно підвищувався на 10 % від вихідного, з початком операції не змінювався, а по закінченні операції та наркозу знижувався на 5,2%, але залишався підвищеним порівняно з початковим на 4,9%, а на протязі найближчого післяопераційного періоду повертався до початкового ($p < 0,02$). У 6 випадках (15,7%) після початку наркозу систолічний артеріальний тиск знижувався на 11,5% від початкового, з початком операції не змінювався та залишався стабільним на протязі всього наркозу, а після пробудження залишався таким же, як і під час наркозу. Цей феномен, можливо, пояснюється недостатньою психоемоційною або седативною підготовкою до операції. У 5 випадках (13%) з початком наркозу та операції рівень систолічного артеріального тиску не змінювався та залишався таким же і в післяопераційному періоді.

Діастолічний артеріальний тиск після введення в наркоз підвищувався на 11,5% та залишався стабільним на протязі всієї операції ($p < 0,005$). Після закінчення наркозу діастолічний артеріальний тиск знижувався на 2,3%, але залишався підвищеним на 8,9% від початкового, а на протязі найближчого післяопераційного періоду повертався до початкового значення. У 3 випадках (7,9%) після початку наркозу діастолічний артеріальний тиск знижувався на 11,5%, залишався стабільним на протязі всього наркозу, а після пробудження повертався до вихідних значень. У 16 випадках (42%) рівень діастолічного артеріального тиску під час і після наркозу залишався таким же, яким був до операції.

Рівень середнього артеріального тиску після індукції до наркозу підвищувався на 10,8% від початкового, залишався стабільним під час операції, а після закінчення наркозу знижувався на 3,9%, але залишався

підвищеним на 6,5% у порівнянні з початковим. На протязі найближчого післянаркозного періоду показник середнього артеріального тиску повертався до початкового рівня.

Частота серцевих скорочень після індукції до наркозу збільшувалася на 7,1% та залишалась стабільною під час всього наркозу, а після його закінчення зменшувалася на 3,3%, але залишалась підвищеною на 4,7% від початкового рівня, а на протязі найближчого післяопераційного періоду поверталася до вихідних значень.

За літературними даними, під час кетамінового мононаркозу артеріальний тиск підвищується на 22 - 26%, а частота пульсу - на 30 - 38% [1].

Аналізуючи показники гемодинаміки під час наркозу, можна дійти висновку, що артеріальний тиск підвищувався за рахунок судинного компонента, зумовленого, можливо, адреноміметичною дією кетаміну.

Завдяки сумісному використанню кетаміну з димедролом та дроперідолом, вдалося запобігти значній гіпертензії, тахікардії та руховим реакціям, які характерні для кетамінового мононаркозу.

Частота дихання під час наркозу змінювалася мало, незважаючи на те, що хворі знаходилися на спонтанному диханні атмосферним повітрям, і в середньому була 19 за хвилину.

Ускладнень під час наркозу не спостерігалось. Хворі, як правило, пробуджувалися без збудження та блювання. Після пробудження у хворих деякий час зберігалася залишкова анестезія, що дало змогу зменшити кількість та частоту введення наркотичних препаратів для післяопераційного знеболення.

У 3 випадках (7,9%) після введення кетаміну, димедролу та дроперідолу наркоз не наступив, зберігався словесний контакт з хворими, але анестезія була виражена, гемодинаміка залишалась стабільною, що дало можливість провести операції без додаткового введення анестетиків.

Після премедикації у деяких хворих спостерігалась нудота, спричинена, можливо, бупренорфіном. Спеціальних заходів для її лікування ми не проводили. В післянаркозному періоді у цієї категорії хворих не спостерігалось жодних диспептичних проявів.

Комбінація кетаміну з димедролом та дроперідолом, виходячи з наших спостережень, дозволяє виконувати адекватне знечулення під час малих хірургічних втручань на аноректальній області та розкриття гнійників різної локалізації. Наша методика відзначається простотою й не потребує спеціальної наркозної апаратури. Окрім цього, використання даної комбінації дає значний економічний ефект. За нашими розрахунками, проведення кетамінового наркозу за загальною методикою в комбінації з діазепамом та дроперідолом обходиться в 149800 крб. (в цінах на 1.04.1996 р.), а виконання знечулення з використанням димедролу та дроперідолу обходиться в 96864 крб., що дає змогу економити до 35% коштів на кожному наркозі.

Звичайно, до використання комбінації кетаміну, димедролу та дроперідолу треба підходити диференційовано.

ВИСНОВКИ

- 1 Димедрол знімає побічні ефекти премедикації.
- 2 Димедрол стабілізує кетаміновий наркоз.
- 3 Димедрол посилює анальгетичний ефект кетаміну в післянаркозний період.
- 4 Використання димедролу під час наркозу дозволяє зменшити дозу кетаміну на 31%.
- 5 Широке використання димедролу під час кетамінового наркозу дозволяє зменшити затрати на проведення наркозу на 35%.

SUMMARY

The article deals with the problems of providing anaesthesia in small surgery to ketamin in combination with dimedrol and droperidol. This combination allowed the realization of anaesthesia at 38 patients during surgery intervention to anal region and opening abscesses of the diverse localization. This combination is safe and doesn't require complicated anaesthetic devices.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дарбинян Т.М. Кетаміновий наркоз// Експериментальна хірургія і анестезіологія, 1971.- № 5.- С. 88-94.
2. Дамир Е.А., Шаронова В.С. Действие кетамина на гемодинамику// Експериментальна хірургія і анестезіологія, 1974.- № 1.-С.59-63.
3. Салиев Р.Ш. Опыт применения общей анестезии кеталарседуксеновой смесью в хирургии//Здравоохранение Таджикистана, 1984.-№ 1.-С. 45-47.
4. Дандуа Н.Г., Одиладзе З.Н. и др. Профилактика симпатомиметического действия кетамина дроперидолом// Анестезіологія і реаніматологія, 1982.-№ 3.- С. 17-19.
5. Беляков В.А. Клиническая фармакология седуксена// Анестезіологія і реаніматологія, 1980.-№ 4.-С. 57-61.
6. Теппер П.А. Димедрол как снотворное средство// Советская медицина, 1958.-№ 7.- С.102-103.
7. Лукієнко Т.И. Защитная активность некоторых фармакологических средств при острой кислородной недостаточности// Здравоохранение Белоруссии, 1966.-№ 10.-С. 20-21.