

Особенности анестезиологического ведения амбулаторных пациентов в эстетической хирургии

Е.Я. Гречанинов, кандидат медицинских наук, анестезиолог

М.Д. Альтшуллер, кандидат медицинских наук, анестезиолог

Л.А. Стефанович, анестезиолог

Клиника пластической хирургии «ГрандМед», клиника пластической хирургии «Композит»
Санкт-Петербург, Россия
e-mail: grech13@mail.ru

1 ВВЕДЕНИЕ

Продолжается стремительное развитие мировой пластической хирургии. Рост доли эстетических операций, проводимых в амбулаторных условиях, достаточно впечатляющий. В 2005 году в США число амбулаторных эстетических вмешательств по сравнению с 1995 годом удвоилось и составило около 10 миллионов [1]. В настоящее время до 80% всех пластических операций в Северной Америке выполняется во врачебных офисах и амбулаторных центрах [2]. В нашей стране тоже постоянно растет востребованность услуг пластических хирургов и количество амбулаторных вмешательств. Пациентов привлекает возможность быстрого возвращения к повседневной жизни, а также меньшая стоимость процедуры.

Для анестезиолога особенно важны следующие моменты:

- максимально высокие требования к безопасности пациента;
- повышенные требования пациентов к комфортным условиям в пред- и послеоперационный периоды;

Е.Я. Гречанинов, М.Д. Альтшуллер, Л.А. Стефанович. Особенности анестезиологического ведения амбулаторных пациентов в эстетической хирургии // Пластическая хирургия и косметология. 2010(3)

Проанализирован 9-летний опыт проведения анестезиологических пособий в амбулаторной эстетической хирургии. Рассмотрены критерии отбора пациентов, вопросы предоперационного обследования и подготовки, методики анестезии, проблемы и осложнения послеоперационного периода.

Ключевые слова:

анестезия, амбулаторная хирургия, эстетическая (пластическая) хирургия.

- значительное преобладание женщин среди пациентов (до 80–85%).

2 ОТБОР НА АМБУЛАТОРНУЮ ОПЕРАЦИЮ

Критерии предоперационного отбора

Выделяют три группы критериев предоперационного отбора для амбулаторных хирургических вмешательств [3].

I. Общемедицинские критерии:

- пациент относится к I или II классу физического состояния по классификации Американского общества анестезиологов (ASA), то есть является здоровым или практически здоровым человеком без серьезной сопутствующей патологии. В принципе допустимо проведение амбулаторной эстетической операции у пациента III класса (имеющего субкомпенсированные системные нарушения, которые ограничивают его активность). Вопрос должен решаться индивидуально в зависимости от вида сопутствующей патологии и степени ее компенсации, а также от соотношения оперативного риска и пользы;

E.Ya. Grechaninov, M.D. Altshuller, L.A. Stefanovich. Peculiarities of anesthetic management of outpatients in the aesthetic surgery // Plastic Surgery and Cosmetology. 2010(3)

The 9-year experience of anesthesia care in the ambulatory aesthetic surgery is analyzed. The criteria of the selection of patients, issues relating the pre-surgical examination and preparation, anesthetic methods and problems and complications in the post-surgery period are considered.

Key words:

anesthesia, ambulatory surgery, aesthetic (plastic) surgery

- минимальный риск обострения сопутствующего заболевания. «Золотое» правило эстетической хирургии гласит: «Пациент после операции не должен превратиться в больного»;

- полная умственная и эмоциональная адекватность пациента. Имеется в виду не просто отсутствие расстройства психики, а умственная и эмоциональная адекватность пациента. Анестезиолог должен быть уверен, что в день амбулаторной операции пациент сможет отказаться от завтрака и поездки на личном автомобиле. Неготовность к выполнению медицинских рекомендаций, забывчивость, подчеркнута несерьезное отношение к предстоящему вмешательству, склонность к конфликтам являются основанием для отказа в проведении операции. Как правило, исключение «проблемных» пациентов происходит еще на консультации у пластического хирурга.

II. Хирургические критерии:

- малая и средняя продолжительность операции (до 3 часов);

- операции, не сопровождающиеся существенными изменениями ОЦК, водно-электролитного баланса, функции внешнего дыхания;

- минимальный риск интра- и послеоперационных осложнений, таких как трудная интубация, анафилаксия, злокачественная гипотермия, судорожный синдром, инфекции;

- незначительный болевой синдром после вмешательства, для купирования которого достаточно приема пероральных анальгетиков в домашних условиях;

- после операции не требуется специализированный уход.

III. Социальные критерии:

- точное выполнение пациентом назначений и рекомендаций;

- возможность пациента добраться до дома без чрезмерных затрат времени и сил;

- сопровождение пациента домой взрослым человеком и наблюдение за ним в первые сутки после операции;

- возможность пациента по прибытии домой не заниматься уходом за детьми или выполнять потенциально опасную работу;

- возможность круглосуточной телефонной связи пациента с клиникой или врачом.

Сопутствующие патологии

- **Ишемическая болезнь сердца.** Разумеется, стенокардия покоя и стенокардия, возникающая при незначительном напряжении, а также недавний (перенесенный менее 6 месяцев назад) инфаркт миокарда

являлись абсолютными противопоказаниями к проведению операции. Стабильная, успешно контролируемая медикаментами стенокардия и давний инфаркт теоретически не должны препятствовать проведению хирургического лечения. Но именно лечение! Поскольку речь идет об эстетическом, иными словами необязательном с медицинской точки зрения вмешательстве, стенокардию напряжения следует считать относительным противопоказанием. Такие пациенты допускались к операции лишь в исключительных случаях.

- **Гипертоническая болезнь.** Учитывались давность и частота гипертонических кризов, прием гипотензивных препаратов. Определяющим фактором при осмотре была величина артериального давления (АД). При умеренной гипертензии (до 175/110 мм рт. ст.) допускалось проведение амбулаторного вмешательства с обязательным приемом гипотензивных препаратов в течение предшествующих операции дней. При более высоком АД операция откладывалась до коррекции гипертензии и сохранения стабильных величин АД в течение 3–4 недель.

- **Бронхиальная астма.** Это заболевание не являлось противопоказанием к амбулаторной операции при условии стабильного течения и достаточной толерантности к физической нагрузке. Настороженного отношения требовали: недавнее обострение, госпитализация по поводу данного заболевания, системный прием кортикостероидов. В этих случаях обязательно проводилась спирометрия. Такая же тактика использовалась и при оценке других хронических обструктивных болезней легких. Операция противопоказана при одышке в покое или при минимальной нагрузке. Рекомендуемый в руководствах строгий отказ от курения, во-первых, трудновыполним, а во-вторых – может привести к временному ухудшению функции легких: усилению кашля и гиперсекреции. Поэтому обычно рекомендовалось снизить потребление сигарет до минимально переносимого уровня.

- **Острая респираторная инфекция.** Данная проблема чаще возникала в день операции. При умеренных катаральных явлениях без вовлечения нижних дыхательных путей и при отсутствии гипертермии проведение амбулаторных вмешательств относительно безопасно.

- **Сахарный диабет.** Диабет II типа обычно не представлял существенной проблемы в рамках амбулаторной хирургии. Прием пищи и гипогликемических препаратов прекращался перед операцией и возобновлялся как можно раньше после нее (при этом

особенно важна профилактика послеоперационной тошноты и рвоты). Тот же подход применялся и при инсулинозависимом диабете: отменялся завтрак и введение утренней дозы инсулина. После операции под контролем анализа крови на сахар пациент постепенно переходил к обычному режиму приема пищи и медикаментов.

- **Ожирение.** Морбидное ожирение существенно увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений, таких как трудности обеспечения проходимости дыхательных путей, десатурация, сердечно-сосудистые проблемы, замедленное пробуждение. Это ограничивает проведение амбулаторных операций у таких пациентов. Внутривенная седация без опиоидов в сочетании с местной анестезией была хорошей альтернативой классическим методам.

- **Аллергия.** Анафилактикоидные реакции и отек Квинке с нарушением дыхания в анамнезе требовали особого внимания анестезиолога. Профилактическое введение кортикостероидов и антигистаминных препаратов, использование в ходе операции неаллергичных анестетиков снижало риск нежелательных реакций.

- **Эпилепсия** не являлась противопоказанием при условии стабильного течения и отсутствия в анамнезе приступов, спровоцированных хирургическими вмешательствами.

Другие клинически значимые вопросы

- **Прием медикаментов** готовящимися к операции пациентами наблюдается довольно часто. Здесь применима обычная анестезиологическая практика: обоснованный прием большинства лекарств не требует их отмены перед операцией. Если пациент может временно обойтись без препаратов нестероидной противовоспалительной группы, их следует отменить минимум за неделю до операции. То же касается диуретиков. Некоторые авторы рекомендуют отказаться от пероральных контрацептивов, мы этих рекомендаций не придерживались.

- **Возраст.** Самой старшей пациентке, которой у нас делали амбулаторно блефаропластику, было 84 года. Очевидно, что пожилым пациентам (особенно старше 70 лет) требуется более длительное время для восстановления психомоторных функций после анестезии. При этом физиологический возраст важнее календарного, поэтому определяющими критериями были: физическое состояние в целом, адаптированность к нагрузкам, выраженность сопутствующих патологий.

3 ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Осмотр

Осмотр пациента анестезиологом осуществлялся за несколько дней до операции. Это позволяло лучше подготовить пациента или провести дополнительную диагностику. Пациент заполнял анкету и давал письменное согласие на выполнение запланированного вида анестезиологического пособия. В приложении к этому документу содержалась информация об анестезии. Мы считаем полезным как можно более подробно знакомить пациента с предстоящей процедурой, что облегчает общение и снимает большинство вопросов.

Лабораторные исследования

Перечень лабораторных исследований, необходимых для амбулаторной операции, включал развернутый клинический анализ крови, анализ крови на глюкозу, определение времени свертываемости крови и времени кровотечения, анализы на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, а также электрокардиограмму. В большинстве случаев этих данных было вполне достаточно, но иногда возникали показания к проведению дополнительных исследований.

Предоперационные рекомендации

Пациентам с язвенной болезнью в анамнезе назначались Н2-блокаторы или ингибиторы протонной помпы. Накануне вечером разрешался непоздний и необильный ужин, при волнении на ночь назначался феназепам. Нестандартный подход использовался лишь в отношении утреннего приема жидкости. При категорическом запрете на прием пищи пациенту рекомендовалось утром выпить немного (3–4 глотка) воды. Во-первых, это снижало дискомфорт, во-вторых, согласно ряду исследований, небольшое количество выпитой утром жидкости способствует эвакуации накопившегося за ночь желудочного сока и снижает риск регургитации [4]. Также пациенту напоминалось о запрете на вождение автомобиля в день операции.

Тромботические факторы риска

Пациентам с тромботическими факторами риска (пожилой возраст, ожирение, тромбозы в анамнезе, варикозная болезнь, заместительная гормональная терапия) перед операцией надевали компрессионные чулки. Профилактическое введение низкомолекулярных гепаринов при амбулаторных вмешательствах применялось редко. Легкоснимае-

мые зубные протезы и коронки перед операцией удалялись, как и глазные линзы. Съемные протезы, достаточно хорошо фиксированные во рту, обычно оставляли.

Пероральная премедикация

Ее использовали нечасто, в основном при сильном волнении пациента в ожидании операции. В таком случае назначали таблетированный транквилизатор, при необходимости – гипотензивный препарат.

Катетеризация периферической вены

Эта процедура выполнялась либо в палате, либо в операционной. Внутривенная премедикация включала мидазолам, атропин и антигистаминное средство. Перед некоторыми видами операций однократно вводили цефтриаксон с целью антибактериальной профилактики.

Интраоперационный мониторинг

Условием успешного проведения амбулаторной операции является интраоперационный мониторинг при постоянном присутствии анестезиолога. В ходе операции использовались пульсоксиметрия и капнометрия, выполнялся мониторинг герметичности дыхательного контура (при ИВЛ), артериального давления и частоты сердечных сокращений, а при необходимости – электрокардиограммы и температуры тела.

Послеоперационный контроль состояния пациента

В ближайшем послеоперационном периоде было достаточно пульсоксиметрии и контроля АД. Проводилась инфузионная и симптоматическая терапия. Профилактика тошноты и рвоты обеспечивалась ондансетроном; обезболивание – в основном кеторолаком, реже применялись лорноксикам и трамадол.

Условия выписки

Выписка из клиники осуществлялась при восстановлении у пациента ясного сознания, а также возможности пить и мочиться, при удовлетворительном самочувствии, отсутствии сонливости, головокружения, тошноты, выраженной боли. Выписка амбулаторных пациентов производилась через 2–6 часов после вмешательства. В исключительных случаях, при замедленном пробуждении либо возникновении непредвиденных проблем (длительная тошнота и рвота, сильная слабость и т.п.), решался вопрос о пребывании пациента в клинике до утра.

4 РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За последние 9 лет (с января 2001 года по январь 2010 года) в клинике пластической хирургии «Гранд-Мед» было проведено 6930 анестезиологических пособий при эстетических вмешательствах. Из них 2488 выполнены в амбулаторных условиях, что составило 35,9% от общего числа. Среди этих пациентов было 2070 женщин (83,2% от всех амбулаторных пациентов) и 418 мужчин (16,8%).

Распределение пациентов по возрастным группам представлено в **таблице 1**. Можно сделать вывод, что востребованность амбулаторных эстетических операций у пациентов молодого и зрелого возраста сохраняется примерно на одном уровне, а у пожилых – начинает уменьшаться.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

Возрастные группы	Число пациентов	%
16–29 лет	731	29,4
30–39 лет	634	25,5
40–49 лет	617	24,8
50–59 лет	420	16,9
60 и старше	86	3,4

Таблица 2. Распределение амбулаторных операций по видам

Виды операций	Количество	%
Блефаропластика	551	22,1
Липосакция (ограниченная)	373	15,0
Иссечение рубцов	335	13,5
Отопластика	326	13,1
Липофиллинг	217	8,7
Сочетанные операции	163	6,6
Удаление новообразований, геля, имплантатов	154	6,2
Ринопластика (ограниченная)	110	4,4
Коррекция формы молочных желез	102	4,1
Височный лифтинг	98	3,9
Другие	59	2,4
Всего	2488	100

По физическому статусу пациенты разделились следующим образом: 2047 пациентов (82,3% от общего числа) были отнесены к I классу по шкале ASA, 426 (17,1%) – ко II классу и 15 (0,6%) – к III классу.

Таблица 2 отражает распределение проведенных хирургических вмешательств по видам. Ряд мало-травматичных операций (таких, как отопластика, блефаропластика, иссечение рубцов) в нашей клинике традиционно выполняется под внутривенной анестезией в сочетании с местным обезболиванием. Мы считаем, что такое анестезиологическое сопровождение гораздо комфортнее для пациента и удобнее для хирурга. В отношении отдельных видов операций срок пребывания пациента в клинике определялся главным образом объемом вмешательства. Например, в амбулаторных условиях проводились только небольшие липосакции (от 1 до 8 зон) и ограниченные ринопластики.

Использованные анестезиологические методы показаны в **таблице 3**. Следует особо отметить, что обязательным компонентом пособия являлась местная анестезия. В качестве действующего агента раствора, которым хирург инфильтрировал мягкие ткани в начале операции, применялся лидокаин в концентрации от 0,25% (объемом до 1000 мл) до 1% (15–20 мл при ринопластиках). Также в раствор добавляли адреналин в объемной концентрации от 1/50000 до 1/200000. Инфильтрационная анестезия обеспечивала, с одной стороны, локальный вазоспазм, а с другой – снижение ноцицептивной импульсации, что позволяло уменьшить дозировку общих анестетиков.

Таблица 3. Распределение анестезиологических пособий

Виды анестезиологических пособий	Количество	%
Внутривенный наркоз на самостоятельном дыхании	2246	90,3
Интубационный наркоз (ингаляционный или ТВА)	135	5,4
Внутривенная седация или седация + анальгезия	60	2,4
Проводниковая анестезия	33	1,3
Эпидуральная анестезия	14	0,6
Всего	2488	100

Подавляющее число вмешательств (90%) выполнялось в условиях внутривенного наркоза с сохранением у пациента самостоятельного дыхания. Наркоз обеспечивался инфузионным введением пропофола и болюсным – мидазолама и фентанила. При необходимости обеспечения проходимости дыхательных путей применялись назо- и орофарингеальные воздуховоды, ларингеальная маска. Обогащение дыхательной смеси кислородом было обязательным.

При интубационной методике в ходе индукции вводился фентанил в дозе 0,1–0,2 мг и тиопентал-натрий либо пропофол. Перед интубацией трахеи и для дальнейшего поддержания миорелаксации использовался атракуриум. Деполяризующие миорелаксанты применялись крайне редко, только при высокой вероятности трудной интубации. Поддержание анестезии осуществлялось пропофолом, мидазоламом и фентанилом. До 2005 года мы пользовались закисью азота в сочетании с субгипнотическими дозами пропофола, но впоследствии отказались от закиси азота и перешли на тотальную внутривенную анестезию. В результате уменьшились случаи послеоперационной тошноты и рвоты у пациентов. Показания к интубационному наркозу ограничивались в основном такими операциями, как ринопластика, эндопротезирование подбородка, височный лифтинг.

Если требовалось быстро восстановить психомоторные функции пациента, операции проводились с использованием внутривенной седации небольшими дозами мидазолама, иногда в сочетании с фентанилом.

Как эпидуральная, так и проводниковая анестезия имели ограниченное применение. С целью создания психо-эмоционального комфорта все пациенты, которым проводились эти пособия, дополнительно седатировались мидазоламом.

Описанные методы анестезии использовались без существенных изменений в течение многих лет. За это время они доказали свою эффективность, надежность и управляемость. Очень важно, что они комфортны для пациента и вносят большой вклад в общую удовлетворенность результатами эстетической хирургии.

5 ОСЛОЖНЕНИЯ

В **таблице 4** представлены клинически значимые осложнения, возникшие в ходе проведения амбулаторных эстетических вмешательств и потребовавшие активных действий анестезиолога. Учитывались те случаи депрессии дыхания, при которых пришлось временно использовать принудительную вентиляцию через лицевую или ларингеальную маску.

При стойком ларингоспазме вводились миорелаксанты и осуществлялся переход на аппаратную ИВЛ. Также фиксировались выраженные и стойкие изменения показателей гемодинамики, которые требовали проведения медикаментозной коррекции. Было несколько эпизодов регургитации, возбуждения при выходе из наркоза и случай интраоперационной незлокачественной гипертермии до 37,8°C.

В **таблице 5** представлены проблемы и осложнения, возникшие в раннем послеоперационном периоде. Чаще всего (у 2,3% амбулаторных пациентов) возникали тошнота и/или рвота, которые почти всегда эф-

фективно купировались ондансетроном. Боль и першение в горле (1,1%) как реакция на воздуховод либо интубационную трубку, как правило, проходили в тот же день. Другие проблемы отмечались гораздо реже.

За все время нашей амбулаторной практики не было ни одного случая возникновения осложнений, угрожающих жизни пациента, таких как тромбоэмболия легочной артерии, острая недостаточность кровообращения, анафилактикоидная реакция, тяжелый бронхоспазм и т.п.

Таблица 4. Распределение интраоперационных осложнений

Виды интраоперационных осложнений	Число случаев	%
Артериальная гипертензия	12	0,48
Остановка дыхания (масочная ИВЛ)	8	0,32
Ларингоспазм (интубация и аппаратная ИВЛ)	5	0,20
Аритмия	4	0,16
Регургитация	4	0,16
Артериальная гипотония	2	0,08
Возбуждение при выходе из анестезии	2	0,08
Гипертермия	1	0,04
Всего	38	1,52

Таблица 5. Распределение послеоперационных проблем

Проблемы раннего послеоперационного периода	Число случаев	%
Тошнота и рвота	57	2,3
Боль в горле	28	1,1
Головная боль	18	0,7
Озноб	12	0,5
Ортостатическая реакция	9	0,4
Замедленное пробуждение	5	0,2
Флебит подкожных вен	3	0,1
Всего	132	5,3

6 ВЫВОДЫ

1. Для минимизации рисков предоперационный отбор и подготовка пациента к амбулаторному вмешательству должны проводиться самым тщательным образом.
2. Анестезиологическое обеспечение эстетических операций в амбулаторных условиях должно проводиться квалифицированным врачом-анестезиологом.
3. Сочетание местного обезболивания и внутривенной анестезии, которая базируется на использовании пропофола, мидазолама и фентанила, позволяет провести надежное, управляемое и комфортное для пациента анестезиологическое пособие и свести к минимуму послеоперационные проблемы и осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pacella SJ, Comstock MC, Kuzon WM. Facility cost analysis in outpatient plastic surgery: implications for the academic health center. *Plast Reconstr Surg* 2008;121:1479–1488.
2. Keyes GR, Singer R, Iverson R et al. Analysis of outpatient surgery center safety using an internet-based quality improvement and peer review program. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1760.
3. Смит И. Отбор пациентов для амбулаторных вмешательств. Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. 9-й выпуск. 2004, с. 42–48.
4. Hutchinson A, Maltby JR, Reid CR. Gastric fluid volume and pH in elective inpatients. *Can J Anaesth* 1988;35:12–15.

Отзыв на статью Е.Я. Гречанинова, М.Д. Альтшуллера,
Л.А. Стефановича

«Особенности анестезиологического ведения амбулаторных пациентов в эстетической хирургии»

В.А. Попов,

заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинский наук, заведующий отделением анестезиологии и интенсивной терапии Центра косметологии и пластической хирургии

Екатеринбург, Россия

e-mail: svn@plastic-surgery.ru

С большим интересом прочитал статью коллег из Санкт-Петербурга. Во всех странах растет количество амбулаторных операций и не только в эстетической хирургии. В США до 80–85% всех оперативных вмешательств выполняется в амбулаторных условиях. Позиция Американского общества анестезиологов (ASA) заключается в следующем: качество оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях не должно быть ниже, чем в стационарах. Я могу подписаться под всеми положениями данной работы. Она будет интересна всем: и тем, кто занимается амбулаторной анестезией давно, и тем, кто только начинает ее осваивать. А нужда в ней огромная: в общей хирургии, малой урологии, малой гинекологии и других клинических направлениях, а не только в эстетической хирургии.

Данные литературы показывают, что амбулаторная хирургия безопасна и экономически целесообразна. Снижается риск инфекционных осложнений (внутрибольничной инфекции), тромбоза глубоких вен. Период потери трудоспособности пациентов укорачивается.

Осложнения и летальные исходы при амбулаторной анестезии могут иметь самые разнообразные причины. Авторы приводят данные об интра- и ранних послеоперационных осложнениях, свидетельствующие о незначительной частоте их встречаемости.

Некоторые замечания

Не у всех, кто проводит амбулаторную анестезию, будут такие условия, как у авторов статьи. Поэтому нужно с осторожностью относиться к рекомендациям о продолжительности операций до 3 часов и больше.

На наш взгляд, следует придерживаться рекомендаций ASA по классификации амбулаторной хирургии (группы А.В.С.) в зависимости от оснащенности рабочих мест и квалификации врачей. Имеет также большое значение местонахождение амбулаторной операционной: в составе хирургического стационара или вдали от него. Рекомендуем на этапе освоения ограничивать время операций.

При оформлении документов очень важным является договоренность о том, чтобы пациент уходил из клиники обязательно (а не рекомендательно) в сопровождении взрослого человека и наблюдался им в течение суток.

Обсуждая пациентов с сахарным диабетом, следует учесть, что у них очень высока вероятность возникновения послеоперационной тошноты и рвоты.

Морбидное ожирение существенно повышает риск осложнений при анестезии. Тошнота, рвота, кашель на операционном столе даже при оптимальной легкой седации в сочетании с местной анестезией могут осложнить проведение амбулаторной операции. Поэтому мы обязательно за 1,0–1,5 часа до операции назначаем парентерально прокинетики и H₂-блокаторы.

В отношении перечня лабораторных обследований следует отметить, что нередко приходится иметь дело с хронической обструктивной болезнью легких. Ценную информацию могут дать динамические и объемные показатели спирометрии. Нельзя забывать и о рентгенографии легких.

О премедикации

Она не должна быть рутинной. Следует избегать внутривенной премедикации даже небольших доз седативных средств, особенно в амбулаторных условиях. Введенное в вену седативное средство – это уже вводная анестезия. Пациент при этом должен находиться под постоянным наблюдением анестезиолога или медицинской сестры-анестезиста.

Мы наблюдали развитие генерализованной миастении, потребовавшей интубации трахеи и искусственной вентиляции легких, при введении внутривенно в палате незначительной дозы мидазолама

у пациентки с недиагностированным стабильным миастеническим состоянием.

Введение атропина должно диктоваться строгими показаниями. Дестабилизация сердечно-сосудистой системы, оптический и соматический дискомфорт пациента иногда преобладают над ожидаемым полезным эффектом. Коллеги из Санкт-Петербурга – сторонники общей внутривенной анестезии, но справедливости ради следует сказать об ингаляционной анестезии современными анестетиками, такими как севоран. Фармакодинамические свойства делают его подходящим для амбулаторной анестезии. Сочетание с анальгетиками, необязательно наркотического ряда, и седативными средствами корректируют его недостатки. Анестезия эффективна, легко управляема, быстро заканчивается. Использование BIS-мониторинга делает эту методику еще более эффективной и комфортной.

Хотелось бы также в данной работе видеть не упоминание об инфузионной терапии, а изложение более полных сведений по этому поводу. Инфузионная терапия – это эффективное средство профилактики тошноты, рвоты, головной боли, остаточной седации и, конечно, стабилизации основных функциональных систем организма.

О выписке пациентов

Интересно было бы знать, кто принимает решение о выписке пациента: хирург или анестезиолог? Мы согласны со всеми критериями выписки, но в них отсутствует главный – стабильное состояние витальных функций, в том числе показатели артериального давления, пульса и оксиметрии. Когда удаляется венозный катетер? Как пациентам даются рекомендации: устно или письменно? Снабжаются ли пациенты какими-либо медикаментами и расходными материалами? Как решается проблема обезболивания в домашних условиях?

Обсуждая условия проведения амбулаторной операции, авторы не сообщают об оснащении рабочего места врача-анестезиолога, за исключением мониторинга. Это и понятно. В клиниках «Гранд-Мед» и «Композит» операции, вероятно, проходят в условиях хорошо оснащенного стационара. Еще раз следует подчеркнуть, что оснащение рабочего места анестезиолога – это основа амбулаторной деятельности. Необходимо иметь бесперебойное кислородное снабжение, многоточечное электропитание, наркозно-дыхательные машины, мониторы, электроотсосы, наборы для интубации (в том числе сложной), воздуховоды, ларингеальные маски, столики с медикаментами и расходными материалами. Всегда должна быть обеспечена надежная связь со стационаром, администрацией, другими профильными

отделениями. Врачу-анестезиологу должна помогать медицинская сестра-анестезист.

Требуется лицензирование амбулаторной хирургии, особенно при работе вне стационара.

И последнее: мне кажется, что выводы не отражают в полной мере очень серьезные вопросы, поднятые в статье, не отвечают ее заглавию. Сводить проблемы амбулаторной эстетической анестезиологии только к каким-либо видам анестезии неправильно и несвоевременно. Проблема значительно масштабнее и глубже.

Мои замечания или пожелания ни в коей мере не снижают всех остальных достоинств статьи.

Отзыв на статью Е.Я. Гречанинова, М.Д. Альтшуллера,
Л.А. Стефановича

«Особенности анестезиологического ведения амбулаторных пациентов в эстетической хирургии»

Ж.Н. Грошева,

врач-анестезиолог ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии»

Москва, Россия
e-mail: iphk@iphk.ru

тенциальную опасность несоблюдения назначений и рекомендаций, как и врач не всегда может дать правильную оценку умственной и эмоциональной адекватности пациента. После любой операции пациент превращается в больного на неопределенный срок. И в таких случаях как нельзя кстати придерживаться известной пословицы «Береженого Бог бережет».

АВТОРАМИ представлены типовые схемы анестезиологического пособия. Мы также пользуемся аналогичными методиками, различными комбинациями перечисленных препаратов, отдаем предпочтение внутривенному наркозу с сохранением спонтанного дыхания в сочетании с местной анестезией и считаем их на сегодняшний день наиболее рациональными для проведения адекватной анестезии, профилактики осложнений и быстрой реабилитации пациентов.

Мы согласны, что перечисленные авторами статьи осложнения, как и наличие у пациентов любой субкомпенсированной сопутствующей патологии, свидетельствуют о недопустимости проведения в амбулаторных условиях эндотрахеального наркоза и эпидуральной анестезии.

Наблюдение за пациентом в течение первых суток после операции родственником, проконсультированным врачом, но не медиком, опасно тем, что начальные признаки осложнений скорее всего будут им не замечены. Кроме того, по непредвиденным обстоятельствам, хотя и редко, в процессе операции приходится менять анестезиологическую тактику, могут возникнуть ситуации, требующие от анестезиолога принятия срочных мер.

В раннем послеоперационном периоде у ряда пациентов с отсутствием какой-либо сопутствующей патологии нами отмечались коллаптоидные состояния, кратковременная гипотония, требующие медикаментозной коррекции. Мы считаем, что кратковременное пребывание в стационаре не является для пациента обременительным, тем более что на следующий день, как правило, необходимо приходиться на перевязку. Это гарант профилактики всех неожиданностей, тем более что пациент или его сопровождающие не всегда могут объективно оценить по-