

УДК 614.254

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГА В КЛИНИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

А.И. Шевчук, Д.А. Мактыбаева

Рассматриваются вопросы совместной работы анестезиолога с коллективом оториноларингологов по обезболиванию хирургических вмешательств на ЛОР-органах и тканевых образованиях шеи и челюстно-лицевой области. Методические основы её выполнения, которые отличаются разнообразием, формируются временем, выполнением требований, согласованных и отработанных совместно с хирургами, организацией лекарственного, инструментального и аппаратного обеспечения, необходимых как для надежного выполнения обезбоживания и для проведения премедикации и реанимационных процедур.

*Ключевые слова:* местная анестезия; инфильтрационная анестезия; проводниковая блокада чувствительной иннервации; интубационный наркоз с мышечной релаксацией или без неё; инъекционная вентиляция.

## КУЛАК, МУРУН, ТАМАК ЖАНА БАШ-МОЮН ХИРУРГИЯСЫ КЛИНИКАСЫНДА АНЕСТЕЗИОЛОГДУН ИШИНИН АЙРЫМ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Бул макалада анестезиологдун ЛОР-органдарына жана моюнга эт өскөндө жана жаак сөөккө, бетке хирургиялык операция жасаганда ооруну басаңдатуу боюнча отоларингологдор жамааты менен биргелешкен иши каралат. Анын аткаруунун методикалык негиздери ар түрдүүлүгү менен айырмаланат, ал оорууну ишенимдүү сандатуу үчүн жана реанимациялык процедураларды аткаруу үчүн зарыл болгон убакыт менен, хирургдар менен биргеликте иштелип чыккан жана макулдашылган талаптарды аткаруу менен, дары-дармек, аспаптар жана аппараттык камсыздоону уюштуруу менен түзүлөт.

*Түйүндүү сөздөр:* жергиликтүү анестезия; инфильтрациондук анестезия; сезгич иннервацияга өткөргүч аркылуу блокада коюу; булчуңдарды релаксациялоо менен же ансыз интубациялык наркоз берүү; инъекциондук вентиляция.

## SOME FEATURES OF THE WORK AN ANESTHESIOLOGIST IN THE CLINIC OF OTORHINOLARYNGOLOGY – HEAD AND NECK SURGERY

A.I. Shevchuk, D.A. Maktybaeva

The article reflects the issues of joint work of an anesthesiologist with a team of otolaryngologists for pain relief of surgical interventions on ENT organs and tissue formations of the neck and maxillofacial area. The methodological basis for its implementation, which are diverse, are formed by the time, the fulfillment of the requirements agreed upon and worked out jointly with the surgeons, the organization of the medicinal, instrumental and hardware necessary for reliable implementation of anesthesia and for premedication and resuscitation procedures.

*Keywords:* local anesthesia, infiltration anesthesia, conductive blockade of sensory innervation, intubation anesthesia with or without muscular relaxation, injection ventilation.

Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств на ЛОР-органах, органах и тканевых образованиях шеи и челюстно-лицевой области должно соблюдать отработанные и внедренные в практику методы его выполнения. Однако это не значит, что оно в какой-то степени не должно корректироваться с некоторыми особенностями выполнения хирургических вмешательств, свойственных этой специальности. Их появление связано с их морфологическим строением и функциональным предназначением [1, 2].

- К ним можно причислить следующие:
- локализацию патологических изменений на поверхности кожи и слизистой оболочке, а также в глубине органов и тканевых образований;
  - не всегда нормальное состояние образований верхних отделов респираторного тракта, затрудняющих интубацию для поднаркозной вентиляции легких;
  - выполнение операций как по традиционной, так и по модернизированным методикам, в том числе внедренных в практику, отличающихся

оригинальным характером и более надежной результативностью, в том числе используя технические достижения;

- особенности визуального контроля за ходом выполнения операций, которые могут быть общепринятыми, так и модернизированными, в том числе и в тех случаях, когда необходим контакт с больным;
- тяжесть и время завершения вмешательства;
- необходимость в процессе хирургического вмешательства менять вариант обезболивания;

Кроме этого, одной из важнейших задач анестезиолога на протяжении хирургического вмешательства, каким бы оно не было, следить за состоянием оперируемого и поддерживать его статус на необходимом уровне с помощью лекарственных средств и гемотерапии, а также повышать эффективность анестезии, обеспечивать спокойное поведение оперируемого и необходимую глубину наркоза. Это касается всех больных, оперированных как под местной анестезией, так и под интубационным наркозом, в том числе не только в процессе выполнения операции, но и после завершения вмешательства до его пробуждения и стабильного состояния. При этом использование общепринятых видов анестезиологического обеспечения может быть, как характерным и отработанным, так и необычным, отличающимся некоторыми особенностями. Это позволяет сделать вывод, что работа анестезиолога в ЛОР-клинике отличается большим разнообразием. Оно связано с использованием различных его вариантов, подчиненных решению не только задач вмешательства, но и знакомства с этапами его выполнения, которые могут отличаться не только соблюдением основных требований, в том числе возникающих вмешательств в плановом и неотложном вариантах [3–4].

Работа анестезиолога должна быть закреплена за ЛОР-клиникой, поскольку присутствие его при всех хирургических пособиях и вмешательствах необходимо. Ему должно быть выделено рабочее место, набор аппаратуры и инструментария, необходимый для проведения наркоза и реанимации, в том числе дефибриллятор. Этот вывод базируется на опыте работы анестезиолога с коллективом ЛОР-клиники. Он позволил ему осуществлять анестезиологическую службу на высоком уровне, поскольку действия их до, в процессе операции и после её окончания были апробированы и согласованы. Это стало возможным благодаря богатому опыту, сформированному в течение длительного времени [5–7].

Чтобы правильно выбрать метод обезболивания хирургического вмешательства, анестезиолог должен знать основные этапы и некоторые особенности хода вмешательства, а это требует накопле-

ния у него дополнительных данных. Они могут касаться как технических особенностей выполнения операций, так и возможных реакций, которые могут появиться в связи с особой чувствительностью рефлексогенных зон ЛОР-органов и тех манипуляций и лекарственных методов лечения для их ослабления или ликвидации.

Среди методов обезболивания в хирургии ЛОР-органов, тканевых и органных обезболиваний шеи и челюстно-лицевой области используются:

- местная аппликационная и инфильтрационная анестезии;
- проводниковая анестезия в сочетании с инфильтрационной;
- местная новокаиново-лидокаиновая, осуществляемая по особой методике, позволяющей выполнять хирургические вмешательства на ухе, в том числе при слухоулучшающих операциях и стапедопластике;
- наркоз с инжекционной вентиляцией легких, особенно часто используемый у детей с папилломатозом гортани, а также при выполнении прямой ларингоскопии, в том числе диагностической и терапевтической;
- внутривенный наркоз без мышечной релаксации;
- интубационный наркоз;
- наркоз с интубацией через трахеостому;
- комбинированная анестезия, т. е. разная на протяжении выполнения операции.

Их использование при различной локализации заболеваний в ЛОР-органах, тканевых и органных образованиях шеи и челюстно-лицевой области представлены в таблице 1.

Согласно её данным, анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств, отличается разнообразием, что не характерно для оперативных вмешательств, например, при выполнении их в брюшной полости, органах грудной клетки, при заболеваниях почек и мочевыделительных путей, в нейрохирургии [8, 9].

Отмеченное обязывает анестезиолога быть знакомым не только с методикой выполнения каждого из вышеперечисленных методов обезболивания, но и с теми методиками, которые позволяют усилить эффект некоторых видов обезболивания с помощью разумно проводимой премедикации или нейролептанальгезии. Последние должны сочетаться с методиками лекарственной и реанимационной борьбы при появлении осложнений, что связано с высокой рефлексогенной чувствительностью рецепторных образований и мощной рефлекторной способностью слизистой оболочки ЛОР-органов. Кроме этого анестезиолог должен быть подготовлен и присутствовать основное время работы в клинике,

Таблица 1 – Варианты анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств в оториноларингологии – хирургии головы и шеи

Заболевания с локализацией на/в	Виды обезболивания							
	апликационная	местная инфильтративная	проводниковая инфильтрационная	наркоз в/в без релаксации	наркоз с инъекционной вентиляцией легких	интубационный наркоз	интубационный наркоз через трахеостому	комбинированная анестезия
поверхности кожи и слизистой оболочке ЛОР-органов	+	+		±		+		
ухе		+				+		
носу и его придаточных пазухах	+	+				+	+	+
глотке	+	+				+	+	+
гортани	+		+	+		+	+	+
тканевых и органных образованиях шеи		+	+				+	+
челюстно-лицевой области		±		±	+	+	+	+

Примечание. + – Часто; ± – Редко; не используется.

поскольку относительно часто приходится оказывать неотложную помощь больным и использовать с такой целью, причем активно, реанимационные мероприятия. Это связано с тем, что в любое время могут поступить больные со стенозом гортани и деформацией просвета в шейном отделе трахеи, кровотечением и внутричерепными осложнениями, для спасения которых иногда становится востребованным неотложное хирургическое лечение.

Некоторые варианты обезболивания из числа перечисленных отличаются особенностями.

В частности, при хирургических вмешательствах при хроническом гнойном среднем отите для осуществления санирующих операций на ухе, мирингопластики, стапедопластики местная анестезия проводится по особой методике. Для её осуществления должен использоваться шприц с тонкой иглой. Последняя вкалывается в наружный слуховой проход, не доходя на 1,5 мм до границы между перепончато-хрящевым и костным отделами. Нагнетание новокаина (лидокаина) осуществляется под давлением, что способствует проникновению анестетика поднадкостнично по направлению к барабанной перепонке и подслизисто до медиальной стенки среднего уха. В результате новокаин инфильтрирует слизистую оболочку барабанной полости и медиальной стенки.

Тщательное выполнение методики обезболивания, дополненной премедикацией и НЛА, тем более осуществляемые анестезиологом, позволяет получить надежный результат.

Нельзя обойти вниманием и методические основы выполнения обезболивания. Иногда при операциях на верхней челюсти, при помехах, препятствующих введению интубационной трубки, проведенной через ротоглотку, гортань и трахею, приходится использовать наркоз с интубацией через трахеостому. Поэтому в этих наблюдениях оперативное вмешательство начинается с трахеотомии формированием бесканюльной трахеостомы. Последующий этап операции осуществляется с помощью наркоза с вентиляцией через интубационную трубку, введенную через трахеостому.

Оригинальной методикой обезболивания при некоторых заболеваниях гортани являются вмешательства как диагностического, так и терапевтического плана, такие как поднаркозная прямая ларингоскопия с инъекционной вентиляцией легких при использовании традиционно детского папилломатоза, при удалении доброкачественных и злокачественных новообразований с ограниченной локализацией на голосовой складке.

Таким же в какой-то степени оригинальным способом анестезии, позволяющим добиться полного

паралича чувствительности гортани и шейного отдела трахеи, является сочетание проводниковой блокады нервных ветвей (верхней гортанной) и чувствительной ветви возвратного гортанного нерва. Эта методика, отработанная и широко используемая при органосохраняющей хирургии рака гортани и операциях в области шейного отдела трахеи. Сочетание ее с обычной инфильтрационной анестезией сделало возможным проводить необходимые внутриоперационные хирургические вмешательства внутри гортани на фоне полной их безболезненности и при спокойном состоянии больного и на фоне редко встречающихся пароксизмов кашля, отличающихся его частотой и упорством и редко – при полном сознании больного.

Некоторые варианты представленных методов обезболивания используются в повседневной практике, другие реже, некоторые намного реже. Кроме этого нужно иметь в виду, что хирургическая помощь больным с заболеваниями ЛОР-органов, патологией отделов респираторных пищеводных путей, а также челюстно-лицевой области могут быть выполнены только на высоком профессиональном уровне и при совместном решении хирургов и анестезиологов. Последний не только должен владеть перечисленными методиками при выполнении обезболивания, даже в тех случаях, когда основное ее обеспечение осуществляется хирургом. Это связано с тем, что ЛОР-органы имеют выраженную рефлексогенную активность, угрожающую развитием осложнений. Поэтому анестезиологу, работающему в клинике, важны опыт и знания, необходимые для их предупреждения и ликвидации. К этому следует добавить и то, что помощь пациентам, а так бывает довольно часто, требуется как в неотложном, так и в экстренном порядке. В данном случае оказывается востребованным использование лекарственных средств для поддержания жизненно важных функций организма, а иногда и для проведения реанимационных мероприятий. Так бывает при заболеваниях гортани и обструкции просвета трахеи, обуславливающих появление стеноза, а также при отогенных и риносинусогенных внутричерепных осложнениях, угрожающих жизни.

К этому следует добавить, что приведенные методы обезболивания будут эффективны, если они будут отвечать требованиям выполнения хирургического вмешательства. Они зависят от особенностей и времени проводимого вмешательства, а также мастерства хирурга. Разумеется, соблюдение этих особенностей может сформироваться со временем и, конечно, при наличии знаний, отражающих особенности хирургических вмешательств.

Приведенные в статье положения и методические основы анестезиологического обеспече-

ния в течение прошедших 40 лет были внедрены и апробированы более чем на 15 тыс. больных. Полученные результаты работы анестезиолога совместно с коллективом оториноларингологической клиники базируются на данных соответствующего отделения РКБ и НГ при Минздраве Кыргызской Республики. Они позволили прийти к выводу о достаточной эффективности анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств.

Отмеченное может сформироваться только при продолжительной совместной и согласованной работе анестезиолога и коллектива хирургов-оториноларингологов по оказанию хирургической помощи, осуществляемой не только в плановом, но и в неотложном порядке. Последнее в ЛОР-практике встречается нередко и помощь, в которой они нуждаются, зачастую сводится к обезболиванию, но нередко и к необходимости осуществлять реанимационные процедуры.

#### Литература

1. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии / А.А. Бунятян. 2-е изд., стереотипное М.: Медицина, 1997. 656 с.
2. Долина О.А. Анестезиология и реаниматология: учебник / О.А. Долина. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 576 с.
3. Недашковский Э.В. Особенности современной организации анестезиологической помощи и проведения анестезиологических пособий в условиях дневного хирургического стационара / Э.В. Недашковский, Э.А. Левичев // Экология человека. 2005. № 8. С. 49–54.
4. Сумин С.А. Анестезиология и реаниматология: учебное пособие / С.А. Сумин, М.В. Руденко, И.М. Бородин: в 2 т. Т. I. М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2010. 928 с.
5. Колотилов Л.В. Местная и общая анестезия в оториноларингологии / Л.В. Колотилов, С.В. Филимонов, В.Е. Павлов и др. СПб.: Диалог, 2017. 192 с.
6. Фейгин Г.А. Тактические ошибки при органосохраняющих операциях у больных раком гортани / Г.А. Фейгин // Е.С. Огольцова, Е.Г. Мяткин. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани. М., 1989. С. 130–157
7. Организация отделения анестезиологии-реаниматологии / под ред. проф. Ф.В. Черняховского. М.: Медицина, 1992. 192 с.
8. Aubert M., Echter M., Jan D., Trotoux J. Anesthesia and emergencies in otorhinolaryngology // Ann Anesthesiol Fr. 1976; 17 (6):755–64.
9. Weiller-Racamier J., Juniot A., Morizot B., Romanet P. Emergencies in ORL: management by the anesthesiologist // Agressologie. 1991; 32 (1):65–76.