Неврологический вестник — 2008 — Т. XL, вып. 3 — С. 102—104

УДК: 616.832—004.2—089.5

ВАРИАНТ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОЙ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Клара Закиевна Бахтиярова[1], Рим Валеевич Магжанов[1], Раис Хамзаевич Гизатуллин[2]

[1]Башкирский государственный медицинский университет, кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и мед. генетики, [2] кафедра анестезиологии и реаниматологии 450005, Уфа, ул. Ленина, 3, e-mail: bsmu-neuro@yandex.ru

Реферат. Описано клиническое наблюдение пациентки 38 лет, 20 лет болеющей рассеянным склерозом и принимающей иммуномодулирующую терапию. Больной была успешно проведена плановая гистерэктомия с применением эндотрахеальной анестезии.

Ключевые слова: рассеянный склероз, эндотрахеальная анестезия.

ТАРКАУ СКЛЕРОЗЫ АВЫРУЛАРНЫ ОПЕРАЦИЯ ЮЛЫ БЕЛ•Н Д•ВАЛАГАН ВАКЫТТА АНЕСТЕЗИЯ ВАРИАНТЫ

Клара З•ки кызы Б•хтиярова[1], Рим В•ли улы М•гъ•анов[1], Р•ис Х•мз• улы Гыйзз•туллин[2]

[1]Башкорт д•үл•т медицина университеты, нейрохирургия h•м медицина генетикасы курслары булган неврология кафедрасы, [2]анестезиология h•м реаниматология кафедрасы, 450005, Уфа ш•h•ре, Ленин урамы, 3 нче йорт, e-mail: bsmu-neuro@yandex.ru

20 ел буена таркау склероз бел•н авырган h•м иммуномодулья терапия бел•н д•валануучы 38 яшьлек хатын-кызга булган клиник күз•тү тасвирланган. • леге авыруга эндотрахеаль анестезия катнашындагы планлы гистерэктомия у•ышлы ясалган.

Төп төшенч•л•р: таркау склероз, эндотрахеаль анестезия.

ANESTHESIOLOGY VARIANT AT OPERATIVE TREATMENT OF MULTIPLE SCLEROSIS PATIENT

Klara Zakievna Bakhtiyarova, Rim Valeevich Magzhanov, Rais Khamzaevich Gizatullin

Bashkirsky Medical University, Chair of neurology with courses of neurosurgery and medical genetics: Chair of anastesiology and resuscitation
450005, Ufa, Lenin street, e-mail: bsmu-neuro@yandex.ru

A 38 year old female patient with 20-year history of multiple sclerosis, who has been receiving immunomodulating therapy, was successfully managed for elective hysterectomy using endotracheal anesthesia.

Key words: multiple sclerosis, endotracheal anesthesia.

Инициация иммунопатологических механизмов при рассеянном склерозе (РС) происходит в результате взаимодействия факторов внешней среды и генетически детерминированной предрасположенности. Обострения РС и ухудшение состояния больного могут вызвать инфекции, стрессы, различные травмы, оперативные вмешательства и анестезия [2, 6]. Риск экзацербаций РС увеличивается в первые месяцы после родов, что связывают с повышением эмоциональных и физических нагрузок, а также гормональной нестабильностью [2]. Подъем температуры тела даже на $0{,}3^0$ С может вызвать нарастание неврологической симптоматики [6]. Больным РС в любое время может потребоваться хирургическое вмешательство, в том числе акушерско-гинекологическое, поэтому выбор оптимального метода анестезии является актуальным.

Препараты общей анестезии не влияют отрицательно на течение РС. Теоретически можно рекомендовать избегать применения препаратов с антихолинергическими свойствами для уменьшения вероятности подъема температуры тела [11]. Ранние сообщения о вредных эффектах тиопентала не подтвердились в последующих исследованиях [5, 7, 12]. Пациенты с прогрессирующим течением РС потенциально находятся под угрозой сукцинил-холинвызванной гиперкалиемии [8], в стадии ремиссии сукцинил-холин может быть благополучно применен. Нет сообщений о необычной реакции на недеполяризирующие мышечные релаксанты [6].

Результаты использования региональной анестезии у больных с РС неоднозначны. По мнению большинства авторов спинальная пункция сама по себе не провоцирует обострений. Однако гематоэнцефалический барьер у больных РС более проницаем для местных анестетиков, чем у

здоровых, что ведет к увеличению их токсичности. Предполагается, что эпидуральная анестезия менее рискованна, чем спинальная, из-за меньшей концентрации локального анестетика в белом веществе спинного мозга [3, 4, 8, 9]. Это преимущество может уменьшиться при повторном или продолжительном введении препаратов, например при эпидуральной анестезии родов. В этих случаях рекомендуется использование сниженных концентраций локальных анестетиков у больных РС, потому что многочисленные «схватки» увеличивают их концентрацию в ликворе. Некоторые авторы не отмечают увеличения количества обострений после региональной анестезии [3, 7, 15, 16]. Наркотические препараты для постоперационной анальгезии (опиоиды) обычно не вызывают экзацербаций РС [6]. Важное значение в анестезиологическом пособии больных с РС имеет температурный контроль, в частности предотвращение и лечение даже минимального повышения температуры.

В последние десятилетия значительно увеличились возможности патогенетического лечения РС, появились и все шире используются препараты, изменяющие течение болезни. Несмотря на то что создание препаратов имеет хорошую теоретическую основу и доказан позитивный клинический эффект, точные механизмы их действий во многом остаются предметом дискуссий [1]. В доступной нам литературе мы не нашли сведений о взаимодействии препаратов, изменяющих течение РС, и в частности бетаферона с анестетиками, а также о влиянии длительной иммуномодулирующей терапии на состояние больного в периоперационный период.

Представленный клинический случай демонстрирует необходимость системного подхода при хирургических вмешательствах у больных с РС.

Больная Г. 38 лет поступила в гинекологическое отделение Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова с диагнозом: миома матки, рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение, прогрессирующая железодефицитная анемия, средней тяжести на фоне полименорреи. Начало РС связано с ретробульбарным невритом (1987 г.), длительность первой ремиссии — 9 лет. С 1996 г. заболевание приобрело вторично-прогрессирующее течение. Наследственность не отягощена. С 1998 г. больная получает интерферон-бета 1В (бетаферон) по 9,6 МЕ п/к через день. Неврологический статус: нижний центральный парапарез, выраженная статическая, динамическая атаксия, дисфункция тазовых органов (гиперактивный мочевой пузырь). Снижение памяти, концентрации внимания, эйфоричность. Степень тяжести по шкале EDSS — 6, сумма баллов неврологического дефицита — 16. Состояние больной при поступлении с точки зрения хирургов расценивалось как удовлетворительное. На момент операции АД — 110/70 мм Hg, на ЭКГ синусовый ритм, температура тела — 36,6^{0}С. Анализ крови: анемия (эритроциты — $2{,}8\times10^{12}$ г/л, Hb — 85 г/л), тромбоцитопения — 120×10^9 г/л, Fe — 11,3 ммоль/л). Расстройств функции дыхания и глотания не было. Классификация соматического статуса, принятая Американским обществом анестезиологов, соответствовала 3-му классу (1987 г.).

Необходимо было проведение анестезии на фоне применения интерферона — бета-1В (бетаферона). Оперативное вмешательство планировалось в положении больной на спине.

Рассматривались следующие варианты анестезии: 1) спинальная; 2) эпидуральная; 3) ингаляционная анестезия и контролируемая вентиляция; 4) внутривенная анестезия пропофолом и контролируемая вентиляция. Варианты 1 и 2 были исключены, так как результаты регионарной анестезии у больных с демиелинизирующими заболеваниями неоднозначны [10,13]. Имеется опыт использования севофлюрана в Японии у больных РС [14], поскольку данный ингаляционный анестетик быстрее других препаратов элиминирует из организма и может быть использован для быстрого и гладкого наркоза, но отсутствие своего опыта побудило отказаться и от варианта 3. Были выбраны внутривенная анестезия пропофолом и контролируемая вентиляция.

В предоперационной подготовке использовали препараты железа, сбалансированную изокалорическую энтеральную смесь нутрикомп-ликвид (600 мл/сут). Эритроцитную массу не переливали. Лечение бетафероном продолжали в периоперационый период. Была пропущена одна инъекция в день операции. Проведена ампутация матки.

Для премедикации использовали атропин (0,6 мг), дормикум (5 мг), перфолган (1 г), дексаметазон. Для индукции в анестезию — дипривaн (100 мг), фентанил (0,001 мг), для релаксации — тракриум (35 мг). Интубация трахеи

произведена с первой попытки, без особенностей, перевод на ИВЛ газовой смесью из 50% кислорода с закисью азота. Анестезию поддерживали с помощью фентанила (0,001 мг). Течение анестезии было гладким, экстубация трахеи и перевод на спонтанное дыхание производились в операционной. Декураризации не было. Время операции составило 45 минут, время наркоза — 50 минут.

В послеоперационном периоде проводилась профилактическая антибактериальная терапия. Для обезболивания в первые сутки после операции использовали трамал и парацетамол. На боли в области послеоперационной раны пациентка не жаловалась. Питание начали через 6 часов после операции сбалансированной энтеральной смесью нутрикомп-ликвид (600 мл/сут) между приемами пищи три раза в день. На этом фоне показатели красной крови улучшились после операции на 7-е сутки (эр. — $3{,}4\times10^{12}$/л, Hb — 91 г/л). Тошноты и рвоты не было. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняли на 7-е сутки, рана зажила первичным натяжением. В течение 12 месяцев после операции до настоящего времени неврологическая симптоматика у пациентки была стабильной. Длительная терапия бетафероном в нашем случае, возможно, способствовала благоприятному исходу оперативного вмешательства.

Таким образом, профилактика гипертермии, адекватное интра- и послеоперационное обезболивание, нутритивная поддержка должны быть обязательными компонентами лечения хирургической патологии у больных РС. При решении вопроса о хирургическом вмешательстве необходимо учитывать вероятное развитие обострения РС и нарастание инвалидизации, а также медикаментозное лечение, которое получает больной. Совместное обсуждение данных вопросов неврологами, анестезиологами и хирургами позволит оптимально провести предоперационную подготовку, анестезиологическое обеспечение и послеоперационный период у больных РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бойко А.Н.* Результаты длительного использования копаксона и бетаферона в Московском городском центре рассеянного склероза: оценка эффективности и приверженности к терапии / А.Н. Бойко, М.В. Давыдовская, Т.Л. Демина и др. // Журн. неврол. и психиатр. 2006. — Спец. выпуск «Рассеянный склероз». — С.101—110.

2. *Шмидт Т.Е.* Рассеянный склероз / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. — М.: Медицина, 2003.— 160с.

3. *Bader A.M.* Anesthesia for the obstetric patient with multiple sclerosis / A.M. Bader, C.O. Hunt, S. Datta et al. // J. Clin Anesth. — 1988. — №1. — P. 21—24.

4. Bamford C. Anesthesia in multiple sclerosis / C. Bamford, W. Sibley, J. Laguna // Can. J. Neurol Sci. —1978. — №5. — P. 41—44.

5. *Baskett P.J.F.* Anesthetic problems in multiple sclerosis. Are certain agents contraindicated? / P.J.F. Baskett, R. Armstrong // Anaesthesia. — 1970 — №25. — P. 397—401.

6. *Benumof J.L.* Anesthesia and Uncommon diseases. Fourth edition. — 1998 — P.22 — 24.

7. *Bouchard P.* Spinal anesthesia and multiple sclerosis / P. Bouchard, J.B. Caillet, F. Monnet, V. Bassillon // Ann Fr Anesth Reanim. — 1984. — Vol.3, № 3. — P. 194—198.

8. *Cooperman L.H.* Succinycholine induced hyperkalemia in neuromuscular disease // J.A.M.A. — 1970 — №213. — P. 1867—1871.

9. *Crawford J.S.* Epidural analgesia for patients with chronic neurologic disease // Anesth Analg .—1983. — № 62. — P. 621—622.

10. *Crawford R.M.* Regional analgesia for patients with chronic neurological disease and similar conditions / R.M. Crawford, F.M. James, H. Nolte et al. // Anasthesia. — 1981. — № 36. — P. 821.

11. *Edward D.B.* Anesthetic implications of neuromuscular disease / D.B. Edward, R.K. Jeffrey // J. Anesth. — 2003. — №17. — P. 177—185.

12. *Frost P.M.* Anesthesia and multiple sclerosis // Anaesthesia. — 1971. — № 26. — P. 104—105.

13. *Jones R.M.* Anesthesia and demyelinating disease / R.M. Jones, T.E.J. Healy // Anesthesia. — 1980. — № 35. — P. 879—884.

14. *Khono K.* Sevoflurane anaesthesia in a patient with multiple sclerosis / K. Khono, H. Uchida, N. Yamamoto, Y. Kosaka // Jap.J.Anesthesio. — 1994. — №43. — P. 1229—1232.

15. *Kytta J.* Anaesthesia for patients with multiple sclerosis / J. Kytta, P.H. Rosenberg // Ann Chir Gynaecol.— 1984. — Vol. 73, №5. — P. 299—303.

16. *Leigh J.* Intrathecal diamorphine during laparotomy in a patient with advanced multiple sclerosis / J. Leigh, S.J. Fearnley, K.G. Luprian // Anaesthesia. — 1990. — Vol. 45, №8. — P. 640—642.

17. *Siemkowicz E.* Multiple sclerosis and surgery // Anaesthesia. — 1976. — № 31. — P.1211—1216.

18. *Warren T.M.* Lumbar epidural anesthesia in a patient with multiple sclerosis / T.M. Warren, S. Datta, G.W. Ostheimer // Anesth Analg. — 1982. — №61. — P. 1022—1023.

Поступила 28.02.07.