

УДК 616.74-009-089
DOI <https://doi.org/10.32782/2411-9164.20.1-2>

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНА ТАКТИКА В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТКИ З ГЛИБОКИМ ІНФІЛЬТРУЮЧИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ І СИНДРОМОМ ГІЕНА – БАРРЕ

Суслов О.С., Сухонос Р.Є.

Міжнародний гуманітарний університет, Одеса, Україна

УДК 616.74-009-089
DOI <https://doi.org/10.32782/2411-9164.20.1-2>

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНА ТАКТИКА В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТКИ З ГЛИБОКИМ ІНФІЛЬТРУЮЧИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ І СИНДРОМОМ ГІЕНА – БАРРЕ

Суслов О.С., Сухонос Р.Є.

Жінка 34 років із хронічними тазовими болями звернулася до гінеколога; дані анамнезу, перебігу хвороби й інструментальних досліджень дали змогу встановити діагноз ендометріозу. Пацієнтка має репродуктивні плани, згодна на хірургічне лікування патології, однак стан її здоров'я ускладнений супутнім захворюванням – синдромом Гієна – Барре (2019 р.) у стадії ремісії, що обмежує можливості анестезіологічного забезпечення оперативного втручання. Консилиум мультидисциплінарної команди спеціалістів у складі оперуючого акушер-гінеколога, невролога й анестезіолога на підставі фізичальних даних пацієнтки, її побажань, лабораторно-інструментальних досліджень обирає найбільш оптимальну тактику лікування – лапароскопічне втручання з використанням глибокої седації та епідуральної аналгезії.

Ключові слова: ендометріоз, синдром Гієна – Барре, лапароскопія, глибока седація, qCON, комбінована анестезія, періопераційне ведення, епідуральна аналгезія, тромбопрофілактика, клінічний випадок.

UDC 616.74-009-089
DOI <https://doi.org/10.32782/2411-9164.20.1-2>

ANESTHETIC TACTICS IN THE PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF A PATIENT WITH DEEP INFILTRATING ENDOMETRIOSIS AND GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

Suslov O.S., Suhonos R.E.

A 34-year-old woman with chronic pelvic pain consulted a gynecologist; data from the history, course of the disease, and instrumental studies made it possible to establish the diagnosis of endometriosis. The patient has reproductive plans, agrees to surgical treatment of the pathology, but her state of health is complicated by a comorbid pathology - Guillain-Barre syndrome (2019) in the remission stage, which limits the possibilities of anesthesiological support for surgical intervention. The council of a multidisciplinary team of specialists consisting of an operating gynecologist, a neurologist and an anesthesiologist, based on the patient's physical data, her wishes, and laboratory-instrumental studies, chooses the most optimal treatment tactics - laparoscopic intervention with the use of deep sedation and epidural analgesia.

Key words: endometriosis, Guillain-Barré syndrome, laparoscopy, deep sedation, qCON, combined anesthesia, perioperative management, epidural analgesia, thrombophylaxis, clinical case.

Вступ. Ендометріоз є поширеним захворюванням, яке впливає на якість життя жінок у всьому світі. Глибокий інфільтруючий ендометріоз (ГІЕ), за оцінками, вражає до 20% пацієнтів з ендометріозом [1]. ГІЕ визначається як ураження, що проникають щонайменше на 5 мм углиб до поверхні очеревини та можуть мати генітальні або екстрагенітальні прояви, включно із залученням матково-крижових зв'язок, ректосигмовидної кишки, піхви, сечового міхура, тонкої та товстої кишки. У запущених випадках великі ураження на всю товщину потребують резекції з піхви, кишечника, сечового міхура та сечівника; із цієї причини це може мати значущий клінічний вплив, а діагностика та лікування можуть бути ускладнені. Хоча симптоми пацієнта й анатомічні локалізації ГІЕ корелюють, фізикальне обстеження має обмежену цінність для оцінки ступеня захворювання, яке часто потребує візуалізації за допомогою ультразвуку або МРТ, а також багато-профільних консультацій. Складний характер ГІЕ вимагає серйозного ставлення до передопераційної підготовки в разі планування хірургічного втручання та консультування пацієнтів.

Найчастіше серед хірургічних втручань застосовується лапароскопічний доступ [1], який дає змогу візуально оцінити ступінь ураження, провести радикальне висічення ендометріодних вогнищ і спланувати подальшу тактику ведення пацієнтки. Анестезіологічне забезпечення в цьому випадку складається з варіантів загальної анестезії в можливій комбінації з регіонарними методами.

Особливістю роботи є аналіз випадку, коли класичне проведення загальної анестезії унеможливується через ризики рецидиву супутнього захворювання в пацієнтки.

Опис клінічного випадку. Пацієнтка 34 років, ІМТ 18,3 кг/м², звернулася зі скаргами на хронічні тазові болі, пов'язані з менструальним циклом, інтенсивність яких підвищилася впродовж останнього року; на момент огляду дітей не має та заявляє про репродуктивні плани. Під час збору анамнестичних даних надана інформація, що 4 роки тому (2019 р.) пацієнтка була госпіталізована до відділення інтенсивної терапії з приводу синдрому Гієна – Барре з явищами дихальної недостатності, і на цей час вона перебуває в ремісії з приводу вищезазначеного діагнозу.

На МРТ черевної порожнини та тазу з контрастуванням виявлено вогнища підвищеної щільності розмірами 1 x 1 см у ділянці лівої матково-крижової зв'язки та кісту лівого яєчника 2 x 2 см у нижньому полюсі лівого яєчника. Лікарем-гінекологом ці утворення розцінені як ендометріодні вогнища; з урахуванням подальших репродуктивних планів пацієнтки запропоновано лапароскопічне втручання. Консультація невролога підтверджує стадію ремісії синдрому Гієна – Барре, наявність незначного зниження м'язової сили у верхніх і нижніх кінцівках, зниження толерантності до фізичних навантажень. З метою виявлення можливого субклінічного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у пацієнтки (як одного із частих ускладнень перебігу синдрому Гієна – Барре [2, 3]) проведено УЗ-дослідження, яке не виявило тромботичних мас у просвіті судин.

Під час передопераційної консультації анестезіологом пацієнтка наголошувала на бажанні глибокої седації під час процедури без інтубації через страх перед втручанням, «встановленням трубки глибоко в горло», можливості розвитку кашлю та відчуття задухи. Запропоновано комбіновану методику анестезіологічного забезпечення, яка полягає у встановленні епідурального катетера, глибокій седації та підтримці дихання за допомогою апарата ШВЛ після етапу седації. На міждисциплінарному обговоренні у форматі консиліуму з оперуючого хірурга, анестезіолога та невропатолога затверджено подібний план дій.

У передопераційній палаті з метою профілактики за 40 хвилин до операції пацієнтці встановлено епідуральний катетер на рівні L1-L2, аналгезія, виконана розчином ропівакаїну 0,2% в об'ємі 15 мл, розвинулася через 20 хвилин після введення; підтримка аналгезії проводилася періодичними болюсами ропівакаїну 0,2% 3–4 мл кожні 60 хв. Пацієнтка розміщена на столі з термоковдрою, температуру котрої встановлено на 36,8 °C з метою перешкодження переохолодженню пацієнтки під час процедури; контроль ефективності зігрівання здійснювався за допомогою наскірнього термодатчика згідно з чинними рекомендаціями [4]. З метою моніторингу рівня седації накладені датчики qCON на зону чола пацієнтки. Премедикація розчином атропіну в дозі 0,4 мг виконана з метою зниження сіалореї як відповіді на встановлення ларингеальної маски. Виконана седація розчином пропофолу 1% у дозі 120 мг повільно впродовж під контролем показників qCON (цільове значення 50–55); встановлено надгортанний пристрій Intersurgical iGel № 4, фіксовано; розпочато вентиляцію легень апаратом Chirana Venar у режимі підтримки PS із цільовим показником дихального об'єму (ДО) 420 мл, хвилинного об'єму вентиляції (ХОД) 5,5 л і ПТКВ 3 см вод. ст.; адекватність вентиляції підтверджувалася даними капнографії та показниками апарата. Місця встановлення троакарів інфільтровано розчином бупівакаїну 0,25% хірургічною бригадою; пневмоперитонеум досягнуто на значеннях 11 мм рт. ст., положення Тренделенбурга встановлено на 15° для адекватної візуалізації.

Тривалість втручання становила 146 хвилин; проведене висічення ендометріюїдної кістки та 3 вогнищ ендометріозу на лівій матково-крижовій зв'язці з пластикою зв'язки. Упродовж втручання седація підтримувалася інфузією пропофолу 1% під контролем показників qCON у межах 50–55 під час основного етапу операції та 70–80 на моменті ушивання місць встановлення троакарів. Коливання температури тіла пацієнтки були в межах 36,4–36,7 °C, що не перевищує 1 °C і є допустимим за наявності синдрому Гієна – Барре. На моменті ушивання місць встановлення троакарів пацієнтка переведена на спонтанну вентиляцію з контролем показників дихання; з досягненням показників ДО у 400 мл при спонтанному диханні та підтвердженням наявності ковтального рефлексу пристрій iGel видалено, кашель не спостерігався. Через 10 хвилин після завершення втручання пацієнтка у ясній свідомості та доступна контакту, не надає скарг. Переведена до палати з метою подальшого нагляду; аналгезія продовжується шляхом болюсних введень 3 мл розчину ропівакаїну 0,2% з можливістю пацієнтки додати 3 мл болюсу за наявності больового відчуття. Для профілактики тромбозу глибоких вен проведена активізація через 3 години після втручання (на фоні відсутності моторного блоку за оцінкою за шкалою Бромаж) і профілактичне введення еноксапаріну натрію в дозі 4000 анти-Ха МО підшкірно.

Через один день після втручання пацієнтка оглянута неврологом, рецидив або прогресія неврологічної симптоматики не відмічається; у задовільному стані виписана додому.

Обговорення. Описаний комбінований підхід в анестезіологічному забезпеченні можливий завдяки мультидисциплінарній командній роботі: адаптація хірургічної бригади до мінімальних значень пневмоперитонеуму, нахилу операційного столу, що дає змогу візуалізувати зону операції та не є надмірним; навички анестезіолога з проведення комбінованої анестезії, контролю рівня свідомості та температурного режиму пацієнтки; рекомендацій невролога щодо ведення й оцінки дій.

Важливими компонентами цього прикладу є:

- селективність пацієнтів для вищезазначених методик;
- спільне ведення неврологом, хірургом та анестезіологом;
- вибір місцевого анестетика для введення в епідуральний простір та режиму дозування – ропівакаїн є пріоритетним через свою низьку нейротоксичність, розвиток якої також попереджається періодичним болюсним введенням замість інфузії;
- розширений моніторинг пацієнта – зокрема, термометрія та зігрівання, оцінка показників qCON і ведення пацієнтки в межах цільових значень показників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ulrich, A., Arabkhaezeli, M., Dellacerra, G., Malcher, F., & Lerner, V. (2021) A Multidisciplinary Approach to the Patient with Deep Infiltrating Endometriosis. *Obstetrics and Gynaecology Cases – Reviews*, 8 (2); <https://doi.org/10.23937/2377-9004/1410196>.
2. Gong, Q., Liu, S., Liu, Y., Yao, J., Fu, X., Xiao, Z., & Lu, Z. (2021) Guillain-Barré syndrome triggered by surgery in a Chinese population: A multicenter retrospective study. *BMC Neurology*, 21 (1), 40; <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02067-1>.
3. Hocker, S., Nagarajan, E., Rubin, M., & Wijdicks, E. F. M. (2018) Clinical factors associated with Guillain-Barré syndrome following surgery. *Neurology Clinical Practice*, 8 (3), 201–206; <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000451>.
4. Zhong, Y.-X., Lu, G.-F., Chen, X.-L., & Cao, F. (2019) Postoperative Guillain-Barré Syndrome, a Neurologic Complication that Must Not Be Overlooked: A Literature Review. *World Neurosurgery*, 128, 347–353; <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.04.239>.