

Особенности анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении больных с геморрагическим инсультом

Эшмирзаев Б.М., Пулатов Б.Б., Хушбаков Н.З., Вохидова Г.Х.

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Аннотация

Цель: Осветить особенности анестезиологического обеспечения у больных с геморрагическим инсультом, нуждающихся в нейрохирургическом вмешательстве, с акцентом на применение пропофола, оксибутирата натрия (ГОМК), нейровегетативной блокады и нейролептоаналгезии.

Материалы и методы: Проведён анализ клинического опыта применения указанных методик у пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями, сопровождающимися повышением внутричерепного давления, нарушением сознания и гемодинамической нестабильностью.

Результаты: Использование комбинированной внутривенной анестезии с пропофолом и ГОМК обеспечивало эффективную нейроседацию и контроль внутричерепного давления. Включение нейровегетативной блокады стабилизировало гемодинамику, снижая риск повторного кровоизлияния. Методика показала высокую эффективность в условиях интенсивной терапии и в послеоперационном периоде.

Заключение: Индивидуализированный выбор анестезиологического подхода, основанный на применении нейропротективных препаратов и нейровегетативной блокады, способствует снижению периоперационных рисков и улучшению исходов у пациентов с геморрагическим инсультом.

Введение

Геморрагический инсульт (ГИ) — тяжёлое острое цереброваскулярное событие, характеризующееся высокой летальностью (до 50–60%) и инвалидизацией. До 20–30% пациентов с ГИ нуждаются в нейрохирургическом вмешательстве: удалении внутримозговой гематомы, декомпрессии или наружном вентрикулярном дренировании.



Пациенты с ГИ — одна из самых сложных категорий для анестезиолога. Нарушение сознания, внутричерепная гипертензия, вторичная ишемия, нестабильная системная гемодинамика и коагулопатии требуют не только технически грамотного ведения, но и применения препаратов с нейропротективным действием, позволяющих сохранить остаточную церебральную функцию.

Целью настоящей статьи является анализ современных подходов к анестезиологическому обеспечению пациентов с ГИ с использованием комбинированной внутривенной анестезии, нейровегетативной блокады и седации.

Материалы и методы

Анализ проведён на основе одного клинического случая пациента с тяжёлым геморрагическим инсультом, поступившего в экстренном порядке и перенёсшего хирургическое вмешательство по удалению гематомы с наружным вентрикулярным дренированием.

Клинический случай

Пациент: Мужчина, 62 года, с артериальной гипертензией 3 стадии.

Поступление: Потеря сознания, судороги, гемиплегия справа. GCS – 6, АД 210/120 мм рт.ст. КТ выявила обширное внутримозговое кровоизлияние с прорывом в желудочки и смещением срединных структур.

Хирургия: Срочное удаление гематомы и НВД.

Анестезия:

- Индукция: ГОМК 60 мг/кг, фентанил 3 мкг/кг, атракурий 0,5 мг/кг
- Поддержание: пропофол 4–6 мг/кг/ч, фентанил 2 мкг/кг/ч, ГОМК 20–30 мг/кг/ч, дроперидол 2,5 мг/ч
- Мониторинг: ИВЛ, ИАД, BIS, ICP по НВД, SpO₂, ЭКГ

Исход: Постепенное восстановление сознания, экстубация на 5 сутки, перевод в нейрореабилитацию на 12-е сутки.

Обсуждение

Анестезия при ГИ требует контроля сразу нескольких критических параметров: внутричерепного давления, церебральной перфузии и системной гемодинамики.



Классическая ингаляционная анестезия в этой категории пациентов часто неприемлема из-за её потенциального влияния на ВЧД и невозможности быстрой регуляции уровня седативного эффекта.

Пропофол обладает выраженным нейропротективным действием, снижает метаболизм мозга, способствует снижению ВЧД, но при этом может вызывать гипотензию, особенно при быстрой болюсной подаче. ГОМК (оксибутират натрия), несмотря на уход из многих международных протоколов, в ряде стран, включая Узбекистан, остаётся доступным препаратом с седативным, противосудорожным и метаболически стабилизирующим действием.

Нейровегетативная блокада, реализуемая посредством нейролептиков (например, дроперидола), позволяет смягчить острые симпатoadреналовые реакции на хирургическую агрессию и гипертензию, снижая риск повторного кровоизлияния. Нейролептоаналгезия — дополнительный метод анальгоседации при ограниченном использовании опиоидов, особенно у пациентов с угнетением сознания.

В случае, описанном выше, комбинация пропофола и ГОМК обеспечила контролируемую седацию, а включение дроперидола позволило избежать гемодинамической нестабильности. Инвазивный мониторинг позволил отслеживать уровень внутричерепного давления и адаптировать терапию в режиме реального времени.

Заключение

Анестезиологическое обеспечение при геморрагическом инсульте требует чёткой индивидуализации, особенно при сочетании внутричерепной гипертензии, нарушений сознания и нестабильного АД. Использование TIVA с пропофолом и ГОМК, нейровегетативной блокады и нейролептоаналгезии является эффективной стратегией для обеспечения безопасности оперативного вмешательства и улучшения неврологического прогноза.

Современные подходы требуют обязательного расширенного мониторинга, строгого контроля вентиляции, температуры и гемодинамики. В условиях нейрохирургии и интенсивной терапии такие схемы позволяют стабилизировать состояние пациента и минимизировать риски интраоперационных и послеоперационных осложнений.



Литература

1. *Diringer MN et al. Critical Care Management of Patients Following Hemorrhagic Stroke. Neurocritical Care. 2020.*
2. *Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. AHA/ASA 2022 Update.*
3. *Schifilliti D, Grasso G, Conti A, Fodale V. Anaesthetic-related neuroprotection: intravenous or inhalational agents? CNS Drugs. 2010.*
4. *Шамали И.А. и др. Современные подходы к анестезиологическому обеспечению нейрохирургических пациентов. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2021.*
5. *Белоконь Н.А., Герасименко Ю.А. Использование оксибутирата натрия в нейрореанимации. Журнал клинической анестезиологии. 2020.*
6. *Эшонов О.Ш. Актуальные вопросы инфузионной терапии и детоксикации в анестезиологии и реаниматологии. Учебное пособие. – Бухара: БухМИ, 2015. – 132 с.*