



Е. С. Горобец

– Евгений Соломонович, расскажите, пожалуйста, о методике обезболивания, которую Вы применяете в Вашем отделении.

– Идее комбинировать регионарную и общую анестезию уже почти сто лет. Ее впервые сформулировал и опубликовал в 1913 г. в журнале The Lancet выдающийся, но, к сожалению, малоизвестный в нашей стране американский хирург Джордж Крайль. Он понял, что общая анестезия избавляет больного от страданий операции, но недостаточно защищает его от хирургической травмы, которая резко активизирует симпатoadреналовые реакции, протекающие в большой мере подспудно, незаметно глазу. Одна из главных задач предложенного им метода – смягчить патофизиологические реакции в ответ на травму, сохранив при этом целесообразные защитные механизмы.

К концу 80-х гг. уже существовали основы данной методики, и когда я стал этим заниматься, мы применяли эпидуральную анестезию теми лекарствами, которые были доступны, используя примитивные принадлежности. Опыта и методических источников было немного, однако, когда все удавалось, мы получали результат, который изумлял всех. Больной после громадной операции на пищеводе просыпался на операционном столе, свободно дышал и говорил, что его ничего не беспокоит.

В 1993 г. я побывал в США в одной из клиник Гарвардского университета, где нас познакомили

Диалог с профессионалом Dialogue with professional

От редакции журнала «Регионарная анестезия и лечение острой боли»: Мы решили организовать в нашем журнале небольшую страничку, благодаря которой читатели смогут поближе познакомиться с интересными людьми, энтузиастами регионарной анестезии. Первую такую беседу независимый корреспондент Марина Муркова по заданию редакции провела с Евгением Соломоновичем Горобцом, д. м. н., профессором, заведующим отделением анестезиологии и реаниматологии Российского онкологического научного центра РАМН (Москва).

с новыми методиками с использованием местного анестетика бупивакаина, которого в России тогда еще не было. Нам стал понятен главный принцип: если мы создаем глубокую эпидуральную блокаду на грудном уровне, то рискуем утратить компенсаторные симпатoadреналовые реакции. Нужно иметь в виду схему симпатической иннервации: верхний грудной уровень – это уровень сердечных ускоряющих нервов, средний и нижний грудной уровень – это зона спланхической иннервации: поджелудочная железа, кишечник, печень, почки. С одной стороны, это именно те зоны, где мы хотим обеспечить профилактику избыточных симпатoadреналовых реакций, с другой – симпатoadреналовые реакции удерживают сосудистый тонус в емкостных и резистивных сосудах. Получается, что если у больного исходно снижен ОЦК или начинается кровотечение, то возникает риск избыточной вазодилатации.

Мы стали использовать схему из методических рекомендаций отделения анестезиологии бостонской клиники Brigham and Women's Hospital – дозированного, болюсного введения небольших доз местного анестетика и фентанила во время операции и получили возможность избежать нежелательных эффектов анестезии. Дальше появились хорошие наборы для эпидуральной катетеризации, новые малотоксичные местные анестетики длительного действия, а также автоматические дозаторы, которыми

можно равномерно вводить эти анестетики, что особенно важно в послеоперационный период.

Кроме того, мы видели, что после операций у некоторых больных, особенно ослабленных, пожилых, перенесших тяжелые вмешательства с массивной потерей крови, развивалась избыточная сонливость и появлялись нарушения дыхания. Скорее всего, виноват был опиоид фентанил. Это казалось странным: ведь мы вводили фентанил только в эпидуральное пространство, причем в маленьких дозах. Если же снижали дозу фентанила, то оказывалось, что обезболивающий эффект одного местного анестетика недостаточен, а наращивание его дозы или концентрации приводит к артериальной гипотензии.

Дальнейшие литературные поиски привели нас к работам норвежских анестезиологов Брейвика и Ниemi, которые в начале 90-х гг. предложили схему трехкомпонентной эпидуральной анальгезии. Они использовали очень маленькие дозы фентанила, крайне низкие концентрации местного анестетика при обязательном дополнении третьей составляющей – адреналина, причем тоже в очень малой дозе. Исследователи обратили внимание на то, что адреналин – неселективный адреномиметик, воздействует на $\alpha 2$ -адренорецепторы, вызывая тем самым истинную анальгезию. Но поскольку он еще и $\alpha 1$ -адреномиметик, то обеспечивает вазоконстрикцию, которая замедляет резорбцию обезболивающих препаратов из эпидурального пространства. Фентанил в сочетании с адреналином поступает в системный кровоток очень медленно, обнаруживается в венозной крови только в следовых концентрациях, а значит, не может вызывать клинически значимые побочные эффекты в виде избыточной сонливости и нарушений дыхания. Местный анестетик имеет возможность глубже проникать в нервные волокна. Все это способствует значительному усилению обезболивающего эффекта, который становится достижимым при крайне малых дозах вводимых в эпидуральное пространство препаратов, действующих на нескольких рецепторных полях в задних рогах спинного мозга: местный анестетик – через блокаду натриевых каналов, фентанил – через опиоидные рецепторы, а адреналин – путем воздействия на $\alpha 2$ -адренорецепторы.

В совокупности это дает эффект так называемой «мультимодальной» анальгезии. Данный принцип для послеоперационного обезболивания сформулировал в 1993 г. датский хирург Х. Келлет, известный исследователь в области послеоперационного обезболивания и послеоперационной

реабилитации в целом. Он заключается в том, что однонаправленное действие нескольких лекарств с различным механизмом действия, назначаемых в малых дозах, дает выраженный эффект за счет синергизма или суммации действия. В итоге мы получаем эффект больший, чем при моновоздействии, а поскольку дозировки крайне низкие, то и побочные эффекты незначительны.

В то же время вынужденное уменьшение глубины эпидуральной блокады даже при выраженной анальгезии, создаваемой 3-компонентной смесью, не обеспечивает достаточной антиноцицептивной защиты на наиболее травматичных этапах операции. Требуется усиление второго компонента комбинированной анестезии – общей анестезии, наркоза. В альянсе с относительно неглубокой эпидуральной блокадой мы проводим мощный и гибкий наркоз севофлюраном в небольших концентрациях, обычно в пределах 1 МАК. Таким образом, сочетание неглубокой эпидуральной блокады и неглубокого наркоза соответствует принципу мультимодального подхода.

Этот последний вариант комбинированной анестезии мы применяем с 2005 г. Сейчас делаем около 2000 таких анестезий в год и многократно могли убедиться в том, что методика работает надежно. Нашему примеру теперь следуют многие клиники, и активнее всего – в регионах.

– Как широко применяется методика послеоперационного эпидурального обезболивания в нашей стране?

– Если не принимать адекватных мер, то в послеоперационный период мы будем иметь дело с некупированным симпатoadреналовым стрессом – это ишемия органов, системное воспаление, гиперкоагуляция, спланхническая и периферическая гипоперфузия, формирование хронического болевого синдрома.

Ясно, что продленная эпидуральная анальгезия – благо. Где ее реализовывать, причем в массовом порядке? Держать больных в реанимационном отделении только из-за эпидурального катетера невозможно, поэтому мы пришли к тому, что надо переводить их в хирургические отделения и продолжать эпидуральное обезболивание там. В повседневной практике сделать это можно только с помощью одноразовых инфузионных помп. Мы заправляем в такие помпы упомянутую 3-компонентную обезболивающую смесь, обеспечивая продолжительное обезболивание, причем без какого-либо дополнительного вмешательства медицинского персонала. Необходим только самый элементарный контроль в виде оценки

общего состояния пациента и периодического измерения артериального давления. Благодаря использованию одноразовых помп нам теперь удастся обеспечить послеоперационным обезболиванием необходимого качества практически всех нуждающихся в нем больных. Это примерно 2000 человек в год.

Необходимое условие преемственности между анестезиологом-реаниматологом и лечащим врачом-хирургом, которому мы передаем пациента с эпидуральным катетером и помпой – правильное оформление передаточного эпикриза. В нашем Центре уже 2 года вся процедура послеоперационного эпидурального обезбоживания регулируется специальным приказом директора, который содержит подробную инструкцию о применении метода в условиях хирургического отделения. Наш опыт постепенно распространяется по всей России.

– Каким должен быть хороший анестезиолог?

– Современные лекарства прекрасны, методики совершенны, а резервы человеческого организма огромны, поэтому по чисто внешним признакам отличить хорошего анестезиолога от посредственного довольно трудно, особенно если в клинике «выбраковывают» тяжелых больных и операции несложны. Таких лечебных учреждений немало. Просто-напросто в таких искусственно созданных упрощенных условиях хватает невысокой квалификации, особенно когда в отделении анестезиологии достаточно строгая дисциплина, сводящая к минимуму халатность, невнимательность и откровенные «зевки». Правда, всегда есть шанс, что внезапно резко усложнится ход операции или проявится какое-либо скрыто протекавшее заболевание. Вот тут квалификация сыграет роль.

Высококвалифицированный анестезиолог не только успешнее справится с осложнением. Однозначно можно сказать, что у специалиста внезапные осложнения и «нештатные» ситуации будут возникать значительно реже. Он с большей вероятностью сможет их предвидеть, а значит, предотвратить. Разумеется, при широком кругозоре и мастерстве, в любой неожиданной ситуации шансов на ее успешное разрешение больше.

– Сколько выпускников медицинских вузов выбирают специальность анестезиолога?

– Очень немногие. Да и среди тех, кто выбрал анестезиологию сразу после окончания медицинского вуза, часть потом отсеивается. Человек

будет держаться за свою работу, если он имеет либо ясные моральные стимулы, либо материальные. Есть еще третий вариант – если работа очень необременительная, с малой занятостью, но такая устроит далеко не каждого, к тому же в анестезиологии это большая редкость. Очевидно, что в нашей отечественной медицине с моральными и материальными стимулами для анестезиологов не густо. Удивляться только приходится, что все же немало есть анестезиологов, увлеченных своей профессией, причем спустя годы работы, всегда находящихся на втором плане, «за сценой», в тени хирургов, при маленькой зарплате и большой нагрузке. А ведь для поддержания хорошей «формы» нужно еще постоянно совершенствоваться.

– Какие же возможности есть у анестезиологов для профессионального становления и усовершенствования?

– Сейчас много литературы на русском языке, много прекрасных переводных книг. Можно читать англоязычный Интернет, если иностранный язык доступен.

Многое зависит от руководства учреждения – можно что-то новое сделать или нет. Невозможно переоценить роль уровня хирургии в лечебном учреждении. Если он высокий и есть сильные хирурги, они не будут, просто не смогут долго мириться с низким уровнем анестезиологии и реаниматологии. Сильная анестезиология и реаниматология в такой клинике будет подталкивать активных хирургов к все более сложным и рискованным операциям. Если же хирургия слабая, то боюсь, что уровень анестезиологии достойным быть не сможет. Такова обратная связь.

В последнее время растет поток врачей, которые приезжают к нам за опытом. Когда я читаю лекции, то всегда говорю: приезжайте к нам, смотрите, мы – открытое учреждение! В любой день, с понедельника по пятницу, вы можете увидеть своими глазами то, о чем я рассказываю.

– Что Вы скажете о том, что в ряде отечественных больниц и клиник столь высоко ценяемая Вами эпидуральная анестезия и анальгезия почти или совсем не используется?

– К сожалению, тон игнорировать целый важнейший раздел клинической анестезиологии порой задают руководители отделений, еще хуже – лечебных учреждений, а то и кафедр анестезиологии-реаниматологии. Всегда это люди, которые сами методом не владеют, но что-то о нем слышали. Непонятное, чуждое пугает, да

еще ходят слухи о каких-то страшных осложнениях. Лучше воздержаться, как бы чего не вышло.

Обращаясь к коллегам, интересующимся эпидуральными блокадами, хочу сказать: методика простая, надежная и безопасная. Надо только научиться правильно ею пользоваться.

– **А как Вы стали анестезиологом?**

– Я окончил институт врачом скорой помощи. Поначалу занимался неотложной кардиологией. Посчастливилось пройти длительный курс

обучения в Институте кардиологии им. Мясникова под руководством Михаила Яковлевича Руды, даже поработать там в блоке интенсивной терапии дежурантом. Затем стал ощущать нехватку анестезиологических навыков. Пошел поучиться основам анестезиологии в городской больнице, в которой работал по совместительству. Затем работал в объединенном отделении анестезиологии и реанимации другой городской больницы. И так далее...



Катерина Сакич
Нейроаксиальный блок при сопутствующей патологии (CD-ROM)

Этой интерактивной публикацией компания «ИнтелТек Мультимедиа» продолжает освежающий цикл лекций на CD, ориентированный на практикующих врачей, ищущих оптимальные подходы к обезболиванию. В основу цикла положен ряд лекций, прочитанных ведущими мировыми специалистами в рамках первой конференции Общероссийской общественной организации регионарной анестезии и лечения острой боли.

2008 г. Цена: 200 руб.

<http://www.critical.ru/shop>