

НАРУШЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ. ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ

Кострова Е.М.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра анестезиологии и реаниматологии, г. Минск*

Анестезиологическое пособие само по себе является стрессовым фактором и может оказывать негативное воздействие на функцию центральной нервной системы. Из компонентов анестезиологического пособия решающее значение имеет специфическое фармакодинамическое (в том числе и психофармакологическое) действие анестетика. Прежде всего, это касается негативного влияния препаратов для общей анестезии на центральную нервную систему с нарушением когнитивных функций и качества жизни. Нарушения высших психических функций после общей анестезии определяется как когнитивное расстройство, развивающееся в раннем и сохраняющееся в позднем послеоперационном периоде. Клинически это проявляется в виде нарушений памяти, внимания и других высших корковых функций (мышления, речи и т.п.), что влечет за собой проблемы обучения, снижение умственной работоспособности и настроения (депрессию), с вытекающими социальными последствиями и снижением качества жизни.

Концепция повышения уровня безопасности анестезиологического обеспечения становится приоритетной задачей в развитии анестезиологии на современном этапе (Марочков А.В., Зорко А.А., 2012). Послеоперационное когнитивное расстройство (ПОКР) приводит к увеличению количества осложнений, удлинению срока госпитализации и увеличению стоимости лечения, ухудшает качество жизни оперированных пациентов (Monk T.G. et al., 2008; Rasmussen L.S., 2008). ПОКР возникает как у пациентов молодого, так и пожилого возраста и встречается у 10–70% пациентов (Салтанов А.И. и соавт., 1999; Шнайдер Н.А. и соавт., 2005). Любые более или менее серьезные интраоперационные отклонения – нарушения гемодинамики, респираторные проблемы, передозировка компонентов анестезии и неадекватное обезболивание – отражаются на психической деятельности. Все вышеизложенное определило цель и задачи исследования.

Цель работы: повышение безопасности анестезиологического пособия у пациентов в послеоперационном периоде путем профилактики и коррекции послеоперационных когнитивных расстройств.

Материал и методы исследования: проведено проспективное, рандомизированное, открытое, контролируемое исследование у 130 пациентов (18 мужчин и 112 женщин), которым в 2008 – 2011 гг. выполнялась ЛХЭ. Средний возраст пациентов составил $51,2 \pm 13,1$ лет.

В зависимости от используемых лекарственных средств для профилактики ПОКР пациенты были разделены на три группы. 1-я группа

(контрольная) (50 пациентов) – лекарственные средства не назначались; 2-я группа (40 пациентов) – назначался цитофлавин; 3-я группа (40 пациентов) – кавинтон.

Пациентам второй группы назначали цитофлавин внутривенно капельно за 22-24 часа до операции по 10 мл (предварительно препарат разводят в 200 мл 5% раствора глюкозы и проводят инфузию со скоростью 60кап/мин), периоперационно и через 22-24 часа после оперативного вмешательства, затем по 0,25 г (2 таблетки) 2 раза в сутки в течение 4-х дней.

Пациентам третьей группы назначали кавинтон для нивелирования отрицательного воздействия общей анестезии на когнитивные функции по следующей схеме: за 22-24 часа внутривенно капельно по 2 мл предварительно препарат развести в 500 мл 0,9% физиологического раствора и проводить инфузию со скоростью 60кап/мин), периоперационно и через 22-24 часа после операции, затем по 10 мг (1 таблетка кавинтон-форте) 3 раза в сутки в течение 4-х дней.

Методы оценки когнитивного статуса: оценка КФ проводилась с помощью шкалы MMSE (Folstein M.F., 1975); батареи лобной дисфункции Frontal Assessment Battery (FAB) (Dubois B., 2000). Исследование проводилось на 3-х этапах: за 22–24 часа до операции (1-й этап), через 22–24 часа после выполнения ЛХЭ (2-й этап), на 7-е сутки после операции (3-й этап).

Результаты и обсуждение: Оценка предоперационного состояния и риска анестезии выявила отсутствие высокого риска анестезии среди пациентов исследуемых групп. Ухудшение КФ у пациентов первой группы наблюдалось у 39(78%), без изменений оставалось 11(22%) пациентов. На седьмые сутки после операции ухудшение выявлено у 34(68%), без изменения оставалось 16(32%) пациентов. Легкие нарушения КФ наблюдались у трех (7,5%) пациентом 2-й и четырех – 3-й группы перед ЛХЭ ($p>0,05$). При оценке концептуализации внимания и динамического праксиса на первом этапе исследования статистически значимых отличий получено не было ($p>0,05$).

Проведение профилактических мероприятий цитофлавином и кавинтоном для нивелирования когнитивных расстройств в послеоперационном периоде. На втором этапе исследования ухудшение КФ наблюдалось у 15(38,46%) пациентов 2-й и 24(42%) в 3-й группе, что имело достоверную разницу с 1-й группой при оценке статистических данных ($\chi^2=14,35$, $p<0,001$).

После ЛХЭ динамический праксис и концептуализация ухудшились в 50% и 44% пациентов первой группы и 44%-32,5% - второй группы ($\chi^2=1,24$; $p=0,26$) и в 42,5%- 37,5% третьей группы соответственно, хотя это не имело статистически достоверной разницы между группами. На третьем этапе исследования нарушения динамического праксиса зарегистрировано у 36% пациентов первой, 15% – второй группы и 20% пациентов третьей группы, что имело статистическую значимость между ними ($\chi^2=5,01$; $p=0,02$).

У двух пациентов в первой, двух – во второй группе и трех – третьей группы выявлены изменения динамического праксиса и реакции выбора перед ЛХЭ ($p > 0,05$). Концептуализация внимания нарушена у двух пациентов 1-й и двух - 3-й группы и одного - 2-й группы ($p > 0,05$).

Профилактика цитофлавином по предложенной схеме позволила снизить выраженность психоповреждающих последствий анестезии (восприятие, памяти, выполнение. 3-х этапной команды) по методике MMSE с 78% до 37%. По тесту FAB высокие когнитивные способности сохранялись (17-18 баллов) у 42% пациентов второй группы, чего не наблюдалось у пациентов первой группы. После ЛХЭ динамический праксис и концептуализация ухудшились у 50% первой и 44% пациентов - второй группы и 42,5% - третьей группы ($\chi^2 = 1,24$; $p = 0,26$). К 7-м суткам послеоперационного периода зарегистрированные нарушения динамического праксиса имели достоверное снижение частоты с 44% до 15% – во второй группе ($p < 0,05$) и с 42,5% до 20% пациентов третьей группы ($\chi^2 = 5,01$; $p = 0,02$), чего не наблюдалось в первой группе. Изменения концептуализации к 7-м суткам после операции выше у пациентов первой группы по сравнению со второй на 16% ($p < 0,05$) и – на 23,5% с третьей группой ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Проведенная оценка когнитивного статуса выявила наличие изменений КФ по методике MMSE, FAB. У 2 пациентов в первой группе, 2 – во второй 3 – в третьей группе выявлены изменения динамического праксиса перед ЛХЭ ($p > 0,05$). Концептуализация внимания нарушена у 2 пациентов первой, 2–третьей и 1– второй группы ($p > 0,05$).

2. После ЛХЭ динамический праксис и концептуализация ухудшились у 50% первой и 44% пациентов второй групп ($\chi^2 = 1,24$; $p = 0,26$). К 7-м суткам послеоперационного периода зарегистрированные нарушения динамического праксиса имели достоверное снижение частоты с 44% до 15% во 2-й группе ($p < 0,05$), чего не наблюдалось в первой группе. Изменения концептуализации к 7-м суткам после операции выше у пациентов 1-й группы на 16% ($p < 0,05$). К 7-м суткам значимо снизилась частота нарушений динамического праксиса с 42,5% до 20% пациентов 3-й группы ($\chi^2 = 5,01$; $p = 0,02$). Изменения концептуализации к 7-м суткам после операции выше у пациентов первой группы на 23,5% ($p < 0,05$).

3. Назначение цитофлавина и кавинтона перед выполнением ЛХЭ показало его эффективность в профилактике когнитивных расстройств у пациентов перед выполнением лапароскопической холецистэктомии.