



**ГО «АСОЦІАЦІЯ
АНЕСТЕЗІОЛОГІВ
УКРАЇНИ»**



**АСОЦІАЦІЯ
АНЕСТЕЗІОЛОГІВ
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Тези доповідей і лекцій

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю
«Компас анестезіолога»**

**м. Бердянськ
6-7 вересня 2019 р.**

взаємодії з хворим є створення позитивної атмосфери перебування в стаціонарі, прийняття допомоги від співробітників, навчання поведінці у до та післяопераційному періоді ще з першого візиту до відділення, об'єктивне відображення свого стану під час спілкування з медичним персоналом. Застосування комплексної програми дозволяє мінімізувати ризики розвитку ускладнень, чим підвищує безпеку, планувати комфортну та рівномірну роботу персоналу відділень, створює позитивне сприйняття пацієнтами перебування в клініці, зменшує матеріальні затрати лікування, скорочує строки перебування в стаціонарі. Строк передопераційного періоду складав $1,2 \pm 0,2$ діб, час операції - 44 ± 18 хв, час екстубації - 12 ± 6 хв, потреба в дренажній трубці – $4,0 \pm 2,3$ доби. Місцеві запальні ускладнення виявлені в 1,6 % хворих, інші – в 1 % хворих.

Висновки.

1. Передумовою впровадження протоколу ERAS у хірургічному відділенні є добре налагоджена діагностика захворювання, командна робота хірурга та анестезіолога, досвідчений поінформований середній та молодший медичний персонал, сучасні технічні засоби ведення хворого в періопераційному періоді, знання методів та протоколів профілактики ускладнень.

2. Досягнення гарних результатів лікування в сучасних умовах неможливе без плідної співпраці лікар – медичний персонал – пацієнт.

Література.

1. Kehlet H., Wilmore D.W. Multimodal strategies to improve surgical outcome. Am. J. Surg. 2002; 183(6):630–41.

2. Порханов В.А., Жихарев В.А., Поляков И.С., Шолин И.Ю., Мальшев Ю.П. Стратегия реализации принципов ERAS после хирургических операций в лечении пациентов раком лёгкого. Анестезиология и реаниматология 2017; 62(5):352-357.

3. Makhabah D.N., Martino F., Ambrosino N. Peri-operative physiotherapy. Multidiscip. Respir. Med. 2013; 8(1):4–10.

4. Schwenk W, Günther N, Wendling P, Schmid M, et al. "Fast-track" rehabilitation for elective colonic surgery in Germany-Prospective observational data from a multi-centre quality assurance programme. Int J Colorectal Dis. 2008; 23:93-9.

5. Nanavati A.J., Prabhakar S.A. Comparative study of fast track versus traditional care protocols in gastrointestinal surgery. J Gastrointes Surg. 2014; 18:757–67.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Базові принципи ультразвуку-асистованого вибору стратегії цілеорієнтованої інфузійної терапії Валенко О.О., Матвійчук М.С.	3
Безпека дихальних шляхів у пацієнтів з ожирінням: якщо не впевнений – інтубуй при свідомості, якщо впевнений – збільшуй час безпечного апное. Воротинцев С.І.	4
Шкали оцінки когнітивних функцій у пацієнтів, що перенесли аорто-коронарне шунтування в умовах штучного кровообігу Гордина А.В.	8
Проводниковая анестезия под УЗ-контролем при оперативных вмешательствах на верхней конечности Гриценко С.Н., Гаврилюк В.П., Брик Б.А.	9
Особенности анестезиологического пособия при операциях лапароскопической фундопликации и крурорафии Гриценко С.Н., Гаврилюк В.П., Товкачевская В.В.	10
Роль поддержания нормотермии при операциях правосторонней гемиколэктомии Гриценко С.Н., Гаврилюк В.П., Товкачевская В.В.	13
Сироваткова лактатдегідрогеназа як маркер тяжкості гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у новонароджених Клевакіна О.Ю., Анікін І.О.	15
Анатомія поперекового сплетення: основи для анестезіолога Коломаченко В.І.	17
20-річний досвід використання Габапентина в схемі лікування гострого післяопераційного болю Куліков С.Б., Жилка М.О., Желудович О.Л., Сеннова І.В., Дубовська Л.Л.	19
Нейроаксіальне застосування морфіну та респіраторна депресія: як знайти правильний баланс? Куліков С.Б., Жилка М.О., Желудович О.Л., Сеннова І.В., Дубовська Л.Л.	23
Роль каудально-епидуральних блокад в комплексній інтенсивній терапії некротического энтероколита у новорожденных Курочкин М.Ю., Давыдова А.Г., Лобанов А.Ю., Титова Н.В.	25

ефективним методом доставки препарату до спинномозкових рецепторів мозку.

Гіпербарична форма морфіну зменшує краніальніше поширення і зводить до мінімуму центральний депресивний ефект препарату. Морфін не метаболізується в ЦНС, і, отже, морфін-6-глюкоронід не може бути виявлений у спинномозковій рідині. Кінцева елімінація морфіну в спинномозковій рідині відбувається через 2-4 години, як і в плазмі. Після епідурального введення піковий рівень морфіну в крові і спинномозковій рідині спостерігається через 10-15 хвилин і 1-4 години відповідно.

Фактори ризику респіраторної депресії:

- Фармакологічні: високі дози опіоїдів, гідрофільні опіоїди (морфін), повторне введення опіоїдів, одночасне введення системних опіоїдів, одночасне введення седативних препаратів;
- Анестезія: загальна, висока епідуральна.
- Пацієнт: похилий вік, жіноча стать, ожиріння, захворювання серцево-легеневої систем, кашель, блювота, апное уві сні, генетичні чинники.

У 2009 році American Society of Anesthesiologists (ASA) опублікувало рекомендації по профілактиці, виявленні та лікуванні респіраторної депресії, пов'язаної з нейроаксіальним введенням опіоїдів. Ці рекомендації передбачають, що збір анамнезу та оцінка фізичного статусу спрямовані на виявлення факторів ризику, зокрема, апное уві сні, повинні бути виконані у всіх пацієнтів перед введенням нейроаксіальних опіоїдів. Важливо відзначити, що опіоїд-індукована депресія дихання може статися у здорового пацієнта, який отримує морфін нейроаксіально без будь-якої соматичної патології.

Головний потенційний недолік епідурального введення морфіну - випадкове інтратекальне введення дози, що може привести до глибокої седації, дихальної депресії, - потенційно вимагає проведення інтенсивної терапії і ШВЛ.

Оптимальна рекомендована доза морфіну: інтратекально - 100-150 мкг, епідурально 2,5-3,75 мг. Встановлено, що побічні ефекти - мають дозозалежну частоту.

Медикаментозна мінімізація опіоїд-індукованої депресії дихання (лікування): безперервна інфузія НАЛОКСОНУ в дозі 3-4 мг/кг×год протягом 10 годин, або в вигляді болюсів, з титруванням дози при повторному введенні 0,8 мг/кг до адекватної респіраторної відповіді.

Не дивлячись на виняткову рідкість депресії дихання, ми повинні бути готові до своєчасної діагностики та лікування цього смертельно небезпечного ускладнення.

РОЛЬ КАУДАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНЫХ БЛОКАД В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Курочкин М.Ю., Давыдова А.Г., Лобанов А.Ю., Титова Н.В.

*Запорожский государственный медицинский университет,
Запорожский областной перинатальный центр*

Еще в 1969 г. американский ученый Ллойд в Детройте высказал предположение, что развитие некротического энтероколита (НЭК) новорожденных связано с неонатальной гипоксией. До сих пор причина и патогенез этого грозного заболевания до конца не изучены, поэтому, по определению Д. Клоэрты (2002), НЭК новорожденных - это острый некротический кишечный синдром неясной этиологии. В его патогенезе в качестве ведущего звена следует рассматривать гипоксию и нарушение мезентериального кровотока, приводящие к нарушению барьерной функции слизистой оболочки кишечника, транслокации микробов в кровеносное русло, воспаление, запускаящее каскад цитокиновых реакций, изъязвление слизистой оболочки, некроз и перфорацию. Процент новорожденных с НЭК за последние годы имеет тенденцию к увеличению, что связано с интенсивным развитием неонатологии и реаниматологии, а диагностика на ранних стадиях заболевания у маловесных детей крайне затруднена.

Рентгеновское исследование служит наиболее достоверным диагностическим методом при появлении клиники НЭК. При развитии хирургической стадии болезни процент летальности среди недоношенных с экстремально низкой массой тела (гестационный возраст менее 30 недель и масса тела менее 1000 г) резко возрастает и составляет 30-60 % и выше. Клинические проявления НЭК встречаются чаще всего в период 7-14 суток после рождения (в сроке, когда происходит колонизация кишечника микроорганизмами). Само грудное молоко, особенно искусственная смесь, имеющая более высокую осмолярность, может стать катализатором развития НЭК, нарушая всасывание и вызывая повреждение кишечной стенки.

Респираторные расстройства и гипоксия нарушают выработку защитной слизи и создают предпосылки для бактериальной транслокации. Поэтому, основное направление интенсивной терапии НЭК следующее: адекватная респираторная поддержка, гемодинамическая поддержка дофамином (особенно при артериальной гипотензии), антибиотики широкого спектра действия, декомпрессия желудка через назогастральный зонд, отмена зондовой энтеральной нагрузки и переход на парентеральное питание. На наш взгляд очень важный пункт интенсивной терапии НЭК у новорожденных – применение каудально-эпидуральных блокад при начальных проявлениях НЭК. В зарубежной литературе найдены единичные публикации российских исследователей, которые использовали продленную каудально-эпидуральную анестезию 0,2 % раствором ропивакаина у новорожденных с хирургической стадией НЭК и получили обнадеживающие результаты. Согласно их данным [1], в основной клинической группе из 47 детей, где применяли продленную каудально-эпидуральную блокаду (ПКЭБ), погибло 10 новорожденных (21 %), а в контрольной группе из 30 пациентов не удалось спасти 15 детей (50 %). Таким образом, летальность при применении ПКЭБ была более чем в 2 раза ниже. В других зарубежных источниках отсутствуют данные о применении КЭБ при НЭК у новорожденных.

Нами в ОАИТ новорожденных обласного перинатального центра г. Запорожья и ОАИТ новорожденных 5-й ГДМБ применялись каудально – эпидуральные блокады р-ром ропивакаина 0,2 % или бупивакаина 0,2 % с 2015 г. по 2019 г. Большинство наблюдавшихся детей (90 %) были с экстремально низкой массой тела. Весь комплекс мероприятий, включая КЭБ, проводили при ранних начальных проявлениях НЭК – вздутии живота, нарушении пассажа по ЖКТ у 19 детей. Местный анестетик вводился одномоментно через сакральный канал у 18 детей на протяжении 3-х дней. Одному новорожденному проведено 6 каудально-эпидуральных блокад. Контрольную группу составили 25 детей, которым проводились все вышеуказанные мероприятия без использования КЭБ (до 2015 г). В основной группе удалось избежать перфорации кишечника и предотвратить переход НЭК в хирургическую стадию. Умер 1 пациент с неонатальным сепсисом и проявлениях СПОН. В контрольной группе летальность составила 42 %.

Таким образом, применение каудально-эпидуральных анестезий в комплексной интенсивной терапии НЭК у новорожденных с экстремально низкой массой тела предотвращает переход с ранней стадии пареза кишечника в более позднюю хирургическую стадию, которая может осложниться перфорацией кишки и сопровождается высокой летальностью. Патофизиологическое обоснование высокой эффективности КЭБ – отличный анальгетический эффект и симпатическая блокада, приводящая к улучшению микроциркуляции, спланхнитического кровотока и, в конечном счете, - устранению ишемии и гипоксии ЖКТ. В перспективе необходимы углубленные научные исследования в данном направлении и более широкое внедрение данного метода в повседневную практику.

Литература.

1. Писклаков А.В., Высоцкий В.В., Дырул А.К., Кологреев В.А. Продленная каудальная эпидуральная блокада при хирургическом лечении некротизирующего энтероколита у новорожденных //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2017. - Т. VII, №3. - С. 40-46.
2. Farrugia M.K., Morgan A.S., McHugh K. et al. Neonatal Gastrointestinal Perforation. Arch Dis Childh Fetal Neonatal Ed 2003; 8:75
3. Kathleen M., Moss L. Necrotizing enterocolitis. Clinics in perinatology 2012; 39(2):387-401.
4. Müller M.J., Paul T., Seeliger S. Necrotizing enterocolitis in premature infants and newborns. J Neonatal Perinatal Med 2016; 9(3):233-42.
5. Gephart S., McGrath J., Effken J., Halpern M. Necrotizing enterocolitis risk: state of the science. Adv Neonatal Care 2012; 12(2):77-87.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (FAST TRACK) В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Лашкул О.С., Гриценко С.Н.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

В последние годы развитие хирургических технологий позволило повысить эффективность оперативного лечения гинекологических