

ПОВЕСТКА
619-го заседания Общества, 22 мая 2019 года
Актовый зал СЗГМУ им И.И. Мечникова – ул. Кирочная, 41

17-00. Лекция.

Марова Н.Г. Анестезия в офтальмологии – *45 мин.*

Офтальмологические операции являются наиболее распространенным видом хирургических вмешательств у пожилых людей. Как правило, это краткосрочные процедуры, близкие по условиям проведения к амбулаторной практике. Однако, их нельзя отнести к малым оперативным вмешательствам. Практически все виды операций в офтальмологии являются микрохирургическими, т.е. к их проведению и анестезиологическому обеспечению предъявляются особые требования.

В лекции освещаются современные подходы к анестезиологическому пособию в офтальмохирургии, вопросы периоперационного ведения пациентов, специфические техники анестезии, показания и противопоказания к ним, а также возможные осложнения и пути их предотвращения.

Программа основного заседания (18.00 – 20.00)

Председатель: **Карелов А.Е.** Секретарь: **Васильева Г.Н.**

Доклады:

1. **Васильев Я.И., Гриб П.А., Марова Н.Г.** Влияние продленной инфузии лидокаина и магнезии сульфата на раннюю послеоперационную боль – *20 мин.*

Низкий уровень контроля послеоперационной боли остается одним из основных нежелательных эффектов после операции. Вопреки повышенному вниманию к этой проблеме сохраняется высокий процент пациент с умеренным и высоким уровнем послеоперационной боли. Роль адъювантов и их место в обезболивании продолжает активно изучаться, т.к. это может позволить добиться лучшего обезболивания у некоторых групп больных.

В исследование было включено 161 пациент ASA II – III в возрасте 18 – 60 лет, планирующие на проведение холецистэктомии. Пациенты были разделены на три группы: периоперационное введение лидокаина (нагрузочная доза 1,5 мг/кг с последующей инфузией 2 мг/кг/час), периоперационное введение магнезии сульфата нагрузочная доза 30 мг/кг, с последующей инфузией 10 мг/кг/час) и контрольная группа с введением 0,9% NaCl. В послеоперационном периоде обезболивание проводилось кеторолаком. Уровень послеоперационной боли оценивался на 1 и 3 сутки по опроснику BPI (brief pain inventory).

Уровень выраженности болевого синдрома в 1 и 3 сут. статистически значимо не отличается. При исследовании описательной части ВРІ было выявлено, что в группе с использованием лидокаина боль в меньшей степени, чем в остальных группах влияет на отношение к людям, настроение и выполнение домашней работы ($p=0,003$).

2. Марова Н.Г., Васильев Я.И., Гриб П.А., Карелов А.Е. Эффективность продленной субтеноновой блокады при витреоретинальных операциях – 20 мин.

Сочетание общей анестезии и местных офтальмологических блоков представляется оптимальным способом анестезиологического обеспечения витреоретинальных операций. Среди всех традиционных методик местной анестезии субтеноновая блокада признана наиболее безопасной, с наименьшим количеством побочных эффектов. Однако ее использование при микроинвазивных витрэктомиях не имеет широкого распространения, т.к. ее эффективность вызывает сомнения, а классическое инъекционное выполнение осложняет ее повторное интраоперационное использование при необходимости. В этом случае может быть полезна продленная субтеноновая блокада, которая, по всей видимости до сих пор не применялась в витреоретинальной хирургии.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности и безопасности продленной субтеноновой блокады по сравнению с внутривенно введением 100 мг трамадола на фоне общей анестезии при длительных витреоретинальных операциях.

В исследовании приняли участие 98 пациентов, которым были выполнены микроинвазивные витрэктомии. Для продленной субтеноновой блокады использовался 1% раствор лидокаина, который вводился со скоростью 2 мл/час. Оценивались BIS-индекс (в подгруппах), степень блокады окуло-висцеральных рефлексов по данным ЧСС и АДср, потребность в миорелаксантах, время пробуждения и время удаления ларингеальной маски, болевой синдром и наличие тошноты и рвоты после операции.

В группе, где использовалась продленная субтеноновая блокада отмечены более эффективное блокирование окуло-кардиального и окуло-вазомоторного рефлексов, меньшая средняя доза миорелаксантов, меньшее время пробуждения и удаления ларингеальной маски, а также меньшая выраженность болевого синдрома в первые 24 часа после операции. Послеоперационная тошнота в группе с использованием субтеноновой блокады также встречалась значительно реже, чем в группе с использованием трамадола.

Таким образом, основной результат исследования - использование продленной субтеноновой блокады на фоне общей анестезии является эффективной и безопасной методикой.

Клинические демонстрации:

3. Карелов А.Е., Левченко Е.В., Гафтон Г.И., Семилетова Ю.В., Веденин Я.О. Случай проведения общей анестезии у пациентки в состоянии клинической смерти для экстренной тромбэктомии из легочных артерий без использования аппарата искусственного кровообращения – *15 мин.*

Как известно из литературных данных, от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) ежегодно умирает 0,1% населения. В когорте хирургических пациентов летальность от ТЭЛА может достигать нескольких процентов. Обычно проводится консервативная терапия, но алгоритм оказания помощи пациенту с ТЭЛА, осложненным обструктивным шоком, включает экстренную тромбэктомию, которая выполняется в условиях искусственного кровообращения.

Настоящая демонстрация описывает случай выполнения экстренной тромбэктомии из легочных артерий без использования аппарата искусственного кровообращения. Пациентка Б, 45 лет, на 2-е сутки после операции потеряла сознание в палате профильного отделения. Бригада реаниматологов установила состояние клинической смерти в результате тромбоэмболии легочной артерии (по клинической картине), немедленно начала сердечно-легочную реанимацию, которая продолжалась до момента восстановления кровотока по одной из легочных артерий. Пациентка была транспортирована в палату отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, а затем в операционную, где была выполнена тромбэктомия из обеих легочных артерий. Во время демонстрации случая будут подробно описаны течение интраоперационного периода и послеоперационное ведение.

4. Михалева Ю.Б., Петросян Т.Г., Ванюшкин А.Н., Лебединский К.М. Случай кетоацидотической комы на вторые сутки после операции – *15 мин.*

Цель демонстрации: привлечь внимание врачей к особенностям течения сахарного диабета, как сопутствующего заболевания, которое часто недооценивается, но является определяющим для периоперационного ведения пациента.

В демонстрации представлен случай развития клинической смерти вследствие тяжелого кетоацидоза, возникшего на 2-е сутки после гемиколэктомии по поводу новообразования толстой кишки у пациентки 68 лет. Стремительное развитие такого грозного осложнения было обусловлено наличием у пациентки резистентного к терапии тяжелого течения сахарного диабета с наличием множества диабетических осложнений. Провоцирующие факторы, такие как хирургический стресс и метаболический ответ на него, на фоне исходно субкомпенсированного метаболического статуса привели к срыву компенсации и развитию критического состояния. В демонстрации сделаны акценты на ведение ближайшего постреанимационного периода и особенности терапии кетоацидоза.