

ПОВЕСТКА

622-го заседания Общества, 27 ноября 2019 г.

Актовый зал СЗГМУ им И.И. Мечникова – ул. Кирочная, 41

17-00. Лекция.

Бояркин А.А. Изменение подходов в анестезии и интенсивной терапии кардиохирургических операций с 1991 по 2019 гг. – 45 мин

В лекции представлен опыт анестезиологического и реанимационного обеспечения кардиохирургических операций, выполненных в период с 1991 до 2019 года. За 28 лет работы проведено 7428 операций на сердце. С 1991-1995 гг. в большинстве случаев активно применялась анестезия с использованием высоких доз наркотических анальгетиков. В период с 1994 г. по 2012 г. в 70% случаев проводилась внутривенная анестезия пропофолом и фентанилом. С 1995 года произошло существенное снижение доз фентанила в связи с включением в общую комбинированную анестезию пропофола и фторсодержащих ингаляционных анестетиков (севофлурана, десфлурана). С 1997 года начали активно использовать грудную эпидуральную анестезию местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин). В настоящее время предпочтение отдают мультимодальной комбинированной анестезии с применением фентанила в суммарной дозе 21-25 мкг/кг, севофлурана или десфлурана с МАК 0,8-1,2 абс. ед., при этом у 35% пациентов проводим эпидуральную анестезию/аналгезию. В представленном сообщении дана подробная характеристика современных методик анестезиологического и реаниматологического обеспечения кардиохирургических операций, особенностей течения послеоперационного периода, отражено развитие методов мониторинга, вспомогательного и искусственного кровообращения.

Программа основного заседания (18.00 – 20.00)

Председатель: **Волчков В.А.** Секретарь: **Баландина Е.В.**

Доклады:

1. **Баландина Е.В.**, Волчков В.А., Бояркин А.А., Ковалёв С.В. Профилактика нейрокогнитивной дисфункции у пациентов после аорто-коронарного шунтирования в условиях многокомпонентной анестезии с использованием центральных α_2 - адренопозитивных средств – 15 мин.

По данным ряда исследователей интраоперационное применение альфа 2 - агонистов может снизить частоту развития данных осложнений.

Цель исследования – оценить эффективность интраоперационного применения дексмедетомидина и клонидина с целью профилактики нейрокогнитивной дисфункции после аортокоронарного шунтирования.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование, включавшее в себя 200 пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование в плановом порядке в условиях общей комбинированной анестезии в СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» в 2018-2019 гг. Пациенты были рандомизированы методом конвертов на 3 группы: в группу контроля вошли 100 пациентов, в группу клонидина 50 и в группу дексмедетомидина 50 пациентов. В исследование включались пациенты с сохранной фракцией выброса, сравнимые по коморбидной патологии, не имеющие в анамнезе деменцию и психические заболевания. В исследуемых группах вводили клонидин или

дексмететомидин со скоростью 0,5 мг\кг\час. Оценивали параметры гемодинамики, частоту развития делирия и баллы по шкале NuDESC, длительность послеоперационной ИВЛ, наличие когнитивного дефицита по шкале SAGE, длительность пребывания в стационаре.

Результаты. В группе контроля делирий развился у 19% пациентов, в группе клонидина в у 6% случаев и группе дексмететомидина - 4% в (p=0,01). Так же достоверно различались баллы по шкале NuDESC (p=0,019). В группе контроля САД и ЧСС на момент экстубации были достоверно выше, чем в группах с использованием клонидина и дексмететомидина. Длительность ИВЛ в группе клонидина была достоверно выше, чем в группе дексмететомидина. Сроки пребывания в стационаре не различалась между всеми исследуемыми группами.

Выводы. Интраоперационное применение клонидина и/или дексмететомидина позволяет уменьшить частоту развития делирия в послеоперационном периоде, уменьшает выраженность гемодинамического ответа на экстубацию, однако в группе клонидина увеличивает длительность послеоперационной ИВЛ.

2. Скореход К.В., Волчков В.А., Ли В.Ф., Ковалёв С.В. Влияние ингаляционных анестетиков на функцию печени больных с токсическим гепатитом при торакальных операциях во фтизиатрии – 15 мин.

Согласно данным ВОЗ, туберкулёзом ежегодно заболевает 8 миллионов человек во всем мире, преимущественно поражая молодое, трудоспособное население. Лечение туберкулеза осуществляется по стандартным режимам химиотерапии - назначением 4 противотуберкулезных препаратов при лекарственно-чувствительном туберкулезе, 6-8 при лекарственно-устойчивом (ЛУ) туберкулезе. Такой режим дозирования приводит к развитию побочных реакций у 29% пациентов, в структуре которых ведущее место занимают токсические гепатиты. На фоне проводимого лечения у трети пациентов формируются полости деструкции, требующие хирургического лечения. В связи с риском прогрессирования, диссеминации, а также развития вторичной ЛУ- оперативное лечение должно проводится условиях продолжающейся полихимиотерапии (ПХТ). Однако в отечественной и зарубежной литературе недостаточно данных о влиянии ингаляционных анестетиков на функциональное состояние печени у фтизиатрических больных с токсическим гепатитом.

Цель исследования. Оценить влияние ингаляционных анестетиков (севофлурана и десфлурана), на функциональное состояние печени у пациентов с токсическим гепатитом и продолжающейся ПХТ при хирургическом лечении туберкулеза легких.

Материал и методы. В исследование были включены 45 пациентов с токсическим гепатитом, II-III группы риска по ASA, которым выполнялось хирургическое лечение туберкулеза легких. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида анестетика: группа десфлурана (группа 1) и группа севофлурана (группа 2). Пациенты в обеих группах были сопоставимы по полу, возрасту, продолжительности анестезии, количеству баллов по шкале CIOMS/RUCAM. Всем пациентам оценивались следующие маркеры повреждения печени: АЛТ, АСТ, общий билирубин, ЛДГ, ЩФ, ГГТП и альфа-глутатион-s-трансфераза до операции, через 1-6-24 часа после, на 7 и 14 сутки. До индукции, в течение основных этапов и в конце операции проводился инвазивный мониторинг гемодинамики по методике PICCO.

Результаты. Уровни АЛТ, АСТ, общего билирубина, ЛДГ, ЩФ, ГГТП и альфа-глутатион-s-трансферазы достоверно не различались на всех временных интервалах исследования.

Выводы. Ингаляционная анестезия севофлураном и десфлураном не ухудшают исследуемых показателей функционального состояния печени у больных с токсическим гепатитом, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периодах.

3. **Василицына А.В.**, Афончиков В.С., Волчков В.А. Оценка риска кровотечения методом тромбоэластографии при проведении инвазивных процедур у пациентов с тромбоцитопенией – *15 мин.*

В патогенезе сепсиса важную роль играют нарушения системы гемостаза, не всегда проявляющиеся отчетливой клинической симптоматикой. При этом у данной категории пациентов имеется высокий риск геморрагических осложнений. Тромбоцитопения различной степени встречается у 20-30% пациентов. Часто таким пациентам необходимы лечебные процедуры, требующие проведения инвазивных манипуляций и хирургических вмешательств. Безопасность проведения процедуры можно оценить модифицированным методом тромбоэластографии. При тромбоцитопении модифицированная методика тромбоэластографии позволяет отдельно оценить плазменное и клеточное звено системы гемостаза и выявить нарушения в каждом из них.

Материал и методы. Обследовано 24 пациента с сепсисом и наличием тромбоцитопении, которым по жизненным показаниям необходимо выполнить инвазивные процедуры. Для комплексной оценки системы гемостаза выполнялись классические коагуляционные тесты, проводилась тромбоэластограмма.

Результаты. Несмотря на наличие тромбоцитопении тяжелой степени, параметры тромбоэластограммы свидетельствовали о наличии гиперкоагуляционного состояния системы гемостаза у 4 пациентов, нормокоагуляционного состояния - у 18 пациентов, и только у 2 пациентов выявлены признаки гипокоагуляции. Проведение инвазивных вмешательств не привело к развитию геморрагических осложнений.

Выводы. Тромбоцитопения при септическом состоянии не всегда сопровождается высоким риском кровотечения. Модифицированная методика тромбоэластографии позволяет получить новые данные о состоянии системы гемостаза, выявить признаки активации тромбоцитов и оценить риск кровотечения.

Клиническая демонстрация:

4. Афончиков В.С., **Василицына А.В.**, Г.А. Пичугина Редкий клинический случай развития гиперкапнии с нарушениями кислотно-щелочного равновесия без явлений бронхиальной обструкции – *10 мин.*

Доклад посвящен редкому случаю развития грубых нарушений кислотно-щелочного равновесия у пациента с тяжелым течением панкреатита, осложненным двусторонним экссудативным плевритом. Наличие большого количества жидкости в плевральной полости привело к развитию гиперкапнии без признаков бронхообструкции и компенсаторному метаболическому алкалозу. Рассмотрены основные причины развития данного состояния, алгоритм диагностики и методы коррекции.