

Повестка 601-го заседания НПОАР Санкт-Петербурга, «26» апреля 2017
Актовый зал СЗГМУ им. И.И. Мечникова – ул. Кирочная 41

I. Лекция (17.00) Кондратьев А.Н. Мозговой кровоток – физиологические предпосылки для интенсивной терапии (45 минут)

II. Программа основного заседания (18.00):

Председатель: Кондратьев А.Н. Секретарь: Назаров Р.В.

1. Доклад. Румянцева М.В., Назаров Р.В., Айбазова М.И., Семенов Е.Л., Кондратьев А.Н. (РНХИ им. А.Л. Поленова, филиал СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова). Влияние альфа₂-адреноагонистов на основные показатели гемодинамики частоту встречаемости вегетативных реакций в ходе удаления опухолей задней черепной ямки (20 мин).

2. Доклад. Лестева Н.А., Кондратьева Е.А., Кондратьев С.А., Шестов А.В., Голубева Т.Н. (РНХИ им. А.Л. Поленова, филиал СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова). Ингаляционная анестезия как компонент интенсивной терапии устойчивых пароксизмальных состояний у пациентов с последствием тяжелых поражений головного мозга (20 мин)

3. Демонстрация. Васильев Д.А., Толстых А.В., Литвинов А.А., Козляков А.В., Новикова А.И., Никитин А.И. (РНХИ им. А.Л. Поленова, филиал СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова). Опыт применения аденозин-индуцированной транзиторной асистолии при клипировании церебральных аневризм (20 мин)

4. Демонстрация. Терехов И.С., Ценципер Л.М., Малешина Н.И., Дрягина Н.В., Дикарева Е.А., Улитин А.Ю. (РНХИ им. А.Л. Поленова, филиал СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова). Случай фатальной воздушной эмболии во время нейрохирургической операции (20 мин).

Доклад. Румянцева М.В., Назаров Р.В., Айбазова М.И., Семенов Е.Л., Кондратьев А.Н. Влияние альфа2-адреноагонистов на основные показатели гемодинамики частоту встречаемости вегетативных реакций в ходе удаления опухолей задней черепной ямки (20 мин).

Введение. При прямом многофакторном воздействии на головной мозг в ходе удаления опухоли задней черепной ямки (ЗЧЯ) возникают специфические вегетативные реакции (ВР). Быстрота развития вегетативных реакций и потенциальная опасность обуславливают необходимость их своевременного выявления.

С 1989 года в РНХИ им. проф. А.Л.Поленова успешно применяется анестезиологическое пособие, включающее сочетанное воздействие на опиоидную (фентанил) и адренергическую (клонидин) антиноцицептивные системы. Данное анестезиологическое пособие создает оптимальные условия для выполнения оперативных вмешательств на головном мозге (сохранность ауторегуляции мозгового кровообращения, перфузии головного мозга, возможность нейрофизиологического мониторинга и т.д.), в том числе позволяет своевременно выявлять вегетативные реакции.

В связи с появлением более селективного альфа2-адреноагониста (Дексметомидин), данный препарат можно рассматривать как вариант выбора при применении в структуре анестезиологического пособия.

Цель: оценить эффективность применения дексметомидина, как компонента анестезиологического пособия при операциях, сопровождающихся появлением вегетативных реакции.

Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов, перенесших плановое оперативное вмешательство в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова по поводу опухолей в ЗЧЯ. Вводный наркоз: миорелаксанты (пипекуроний 0,1мг/кг или рокуроний 0,6мг/кг), гипнотик (пропофол 1,5-2,35мг/кг), опиоидный анальгетик (фентанил 3,54-5,9мкг/кг) + альфа2-адреноагонист (клонидин или дексметомидин). Все больные были разделены на три группы в зависимости от применяемого альфа2-адреноагониста и его

дозировки: в I группе (количество больных 22) вводили клонидин 1-2,63 мкг/кг, во II группе (38 больных) – дексмедетомидин 1,05-2,33 мкг/кг, в III группе (20 больных) – дексмедетомидин 0,54-0,95 мкг/кг. Поддержание анестезии: гипнотик (пропофол 2-8,4 мг/кг/ч), опиоидный анальгетик (фентанил 0,65 - 2,08 мкг/кг/ч) + альфа2-адреноагонист (в I группе - клонидин 0,22-0,81 мкг/кг/ч, во II группе – дексмедетомидин 0,21-1,04 мкг/кг/ч, в III группе– дексмедетомидин 0,11- 0,42 мкг/кг/ч). Мониторинг основных показателей гемодинамики осуществлялся аппаратами «Nihon Kohden» (артериальное давление систолическое и диастолическое, пульс, частота сердечных сокращений). После вводного наркоза проводился инвазивный мониторинг артериального давления.

Результаты. Во всех трех группах вегетативные реакции 1 типа наблюдались в виде кратковременных эпизодов брадиаритмии и/или артериальной гипертензии, а вегетативные реакции 2 типа (I –II группах) в виде стойкой артериальной гипертензии. В I группе вегетативные реакции 1 типа наблюдались у 14 пациентов (64%), вегетативные реакции 2 типа в 1 случае (0,05%). Во II группе вегетативные реакции 1 типа наблюдались у 24 пациентов (63%), вегетативные реакции 2 типа в 1 случае (0,03%). В III группе вегетативные реакции 1 типа наблюдались у 14 пациентов (70%).

Выводы. Применения дексмедетомидина в структуре анестезиологического пособия позволяет своевременно выявлять возникающие вегетативные реакции и может быть препаратом выбора при операциях по поводу опухолей ЗЧЯ.

Доклад. Лестева Н.А., Кондратьева Е.А. , Кондратьев С.А., Шестов А.В., Голубева Т.Н. Ингаляционная анестезия как компонент интенсивной терапии устойчивых пароксизмальных состояний у пациентов с последствием тяжелых поражений головного мозга (20 мин).

Введение. Пароксизмальный синдром является одним из последствий тяжелого поражения головного мозга и возникает у 38 % пациентов после тяжелой черепно-мозговой травмы и у 25% пациентов после гипоксического

поражения мозга. Лечение пациентов с тяжелым органическим поражением головного мозга, сочетающимся с устойчивыми пароксизмами и генерализованными миоклониями представляет сложную задачу. Предлагаемый метод интенсивной терапии пароксизмального синдрома и генерализованных миоклоний основан на создании временной фармакологической «лечебной доминанты». Достигается это путем введения пациента в «лечебный наркоз» с применением ингаляционного анестетика Севофлюрана и последующего введения Кетамина. Известно, что активация NMDA-рецепторов играет важную роль в гиперактивации и эпилептизации нейронов. Кетамин избирательно угнетает функцию нейронов в участках коры (особенно ассоциативных зон) и таламуса, одновременно стимулируя лимбическую систему, гиппокамп, тем самым создает функциональную дезорганизацию неспецифических путей среднего мозга и таламусов, вызывая так называемую диссоциативную анестезию (создание новых функциональных связей и разрушение старых патологических).

Материалы и методы. В отделении анестезиологии-реанимации РНХИ им. А.Л. Поленова в период с 2007 по 2016 гг по данной методике проведено 8 пациентов с устойчивыми пароксизмами и 4 пациента с генерализованными миоклониями в возрасте от 18 до 45 лет. Распределение больных по этиологии: последствие черепно-мозговой травмы – 3 пациента, последствие внутричерепного кровоизлияния – 3 пациента, постгипоксические поражения головного мозга - 6 пациентов.

Проводился комбинированный эндотрахеальный «лечебный наркоз». Вводный наркоз: пропофол 2-3 мг/кг, рокурония бромид 0,6 мг/кг, фентанил 3-5 мкг/кг и клонидин 0,5-0,7 мкг/кг. Поддержание анестезии проводится по следующей схеме: ингаляционная анестезия Севофлюраном (2,0-3,0 об %, МАК 0,8-0,9). Дополнительно в течение 2-го - 4-го часов лечебного наркоза назначается непрерывная внутривенная инфузия Кетамина в дозе 1-2 мг/кг-час. «Лечебный наркоз» проводится в течение 24 часов.

Результаты. После проведения лечебного наркоза у всех больных отмечен отчетливый положительный клинический эффект: из 8 пациентов с пароксизмами у 4-х был купирован эпилептический статус, у 4-х уменьшилась частота и интенсивность эпилептических клонических припадков, у 2-х пациентов миоклонии полностью купированы, в дальнейшем не наблюдались, у 2 пациентов – отмечено уменьшение выраженности и интенсивности миоклоний на 50%. У всех пациентов удалось уменьшить дозировки препаратов для «базовой» противосудорожной терапии.

Демонстрация. Васильев Д.А., Толстых А.В., Литвинов А.А., Козляков А.В., Новикова А.И., Никитин А.И. Опыт применения аденозин-индуцированной транзиторной асистолии при клипировании церебральных аневризм (20 мин).

В настоящее время хирургическое клипирование остается актуальным методом лечения церебральных аневризм. Проксимальное временное клипирование и аденозин-индуцированная транзиторная асистолия позволяют снизить риски интраоперационных осложнений.

Мы применяли аденозин-индуцированную транзиторную асистию в трех случаях клипирования аневризм. Во всех случаях присутствовали противопоказания к использованию проксимального временного клипирования.

В результате кардиopleгии отмечено спадение мешка аневризмы, выполнено успешное клипирование. Во всех наблюдениях произошло спонтанное восстановление ритма и артериального давления в течение 30-40 секунд после введения препарата, после операции пациентки без осложнений экстубированы в операционной. Дальнейшее течение послеоперационного периода без особенностей.

Наш опыт подтверждает сведения об эффективности и безопасности данного пособия, приведенные в литературе.

Демонстрация. Терехов И.С., Ценципер Л.М., Малешина Н.И., Дрягина Н.В., Дикарева Е.А., Улитин А.Ю. Случай фатальной воздушной эмболии во время нейрохирургической операции (20 мин).

Небольшой градиент высоты между операционным полем и правым предсердием может быть причиной венозной воздушной эмболии (ВВЭ). Частота встречаемости ВВЭ у нейрохирургических больных, оперируемых в положении сидя, составляет около 24 %. С током венозной крови газ попадает в правое предсердие, где собирается в пузыри под створками клапанов. Большие пузыри могут блокировать кровоток через правый желудочек. При наличии дефекта сердечной перегородки крайне высок риск попадания воздуха в артериальное русло, что приводит к развитию органной ишемии. В представленном клиническом случае последствия ВВЭ – обширная ишемия головного мозга невозможно было предвидеть, так как у пациентки отсутствовали анамнестические и клинические данные о врожденном пороке сердца – дефекте межжелудочковой перегородки. Существуют определенные трудности диагностики последствий ВВЭ при бессимптомном течении дефекта межжелудочковой перегородки у взрослого человека. На наш взгляд, с целью выявления бессимптомных врожденных пороков сердца (ВПС) целесообразно всем пациентам, которым планируется оперативное вмешательство в положении «сидя», выполнять ЭХОКГ. При выявлении ВПС целесообразно оперировать пациентов в положении «лежа», чтобы минимизировать риски оперативного вмешательства.