

ПОВЕСТКА

616-го заседания

Научно-практического общества анестезиологов и реаниматологов Санкт-Петербурга от 23 января 2019 года.

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

17:00 Лекция

Глущенко В.А. «НМИЦ онкологи им. Н.Н. Петрова»

«Ошибки и опасности в анестезиологической практике» - 45 мин.

Проблемы безопасности в анестезиологической практике актуальны как для западных стран, так и для Российской Федерации. Первая проблема – отсутствие точной статистики. По зарубежным данным смертность от наркоза колеблется в пределах от 1:100.000 до 1:500.000 (Sabring L., Levati A., 2009), при этом, по мнению ряда авторов от 50% до 96% критических инцидентов не регистрируется (Miller RD (ed): Miller's Anesthesia, 7th ed, 2011). Если в западных странах эта проблема хоть как-то решена существованием национальных баз данных, то в нашей стране четких данных нет, о проценте осложнений и летальных исходов можно судить лишь косвенно по материалам судебно-медицинских экспертиз, число которых с каждым годом неуклонно растет.

Основные осложнения нейроаксиальных блокад можно свести к следующим: сердечно-сосудистые осложнения, проблемы определения места пункции и идентификации эпидурального пространства, перфорациям твердой мозговой оболочки (от 0,32 до 6,5% по данным Wheatley R., Schug S. 1998), возникновение эпидуральных гематом (1:4741 эпидуральных анестезий - Popping D.M. et al., 2008; 1:220000 - 320000 спинномозговых анестезий - Truba M. 1993, Neciti J. 2002). Системные токсические реакции местных анестетиков, неправильное расположение и улообразование эпидурального катетера, а так же ошибки при введении лекарственных препаратов.

Осложнения общей анестезии можно свести к: дефектам при обеспечении проходимости дыхательных путей, послеоперационным когнитивным расстройствам, послеоперационному делирию и острому нарушению мозгового кровообращения, анафилактическим реакциям и другим, зачастую недооцениваемым осложнениям.

Следует учесть, что на долю человеческого фактора среди прочих причин осложнений по данным исследований отводится – 60-87%, из них манипуляционные ошибки – 28%, незнание – 23%, пренебрежение безопасностью – 16% (Cooper J.B., et al., 1984)

Увеличить безопасность в анестезиологической практике можно за счет оптимизации лечебного процесса, оснащения оборудованием и повышения квалификации медицинского персонала. Целесообразно разрабатывать и рутинно использовать протоколы оказания помощи. Отдавать должное внимание внедрению эффективных систем регистрации происшествий и их анализу.

Для повышения безопасности при анестезии необходим системный, междисциплинарный подход с вовлечением всех уровней и систем здравоохранения.

Программа основного заседания (18.00 – 20.00)

Доклады:

1. Баутин А.Е. «НМИЦ им. В.А. Алмазова»

«Ключевые положения по обеспечению периоперационной безопасности пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы при некардиохирургических вмешательствах» - 30 мин.

Аннотация

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают лидировать, как причина смерти, во всем мире. Ежегодно около 250 млн. взрослого населения подвергаются хирургическим операциям некардиологического профиля. Из них ¼ - абдоминальные, торакальные, нейрохирургические или ортопедические вмешательства. Летальность от сердечно-сосудистых причин при этом составляет 0,5 – 1,5%. Количество кардиальных осложнений при внесердечных операциях – от 7 до 11%. В Европейском Союзе ежегодно регистрируется 167 тыс. кардиальных осложнений, 19 тыс. – жизнеугрожающих.

Уменьшение кардиологических осложнений в периоперационном периоде может потенциально снизить заболеваемость, смертность и продолжительность госпитализации, а также стоимость лечения. Сокращение периоперационных кардиологических осложнений основано на дооперационной идентификации пациентов высокого риска, рациональной предоперационной медикаментозной терапии, адекватном интраоперационном мониторинге и профилактике декомпенсации патологических состояний со стороны сердца, как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Именно эти ключевые положения будут освещены в представленном докладе.

2. Ковалев М.Г. «ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова»

«Функциональная операбельность в торакальной хирургии с позиции анестезиолога: Как это понимать?» - 30 мин.

Аннотация

Клиницист (хирург и анестезиолог) имеет три цели в предоперационной оценке: определить предоперационный риск осложнений, снизить риск периоперационных осложнений и минимизировать воздействие дополнительных факторов риска у пациентов в послеоперационном периоде. Точная предоперационная функциональная оценка может позволить оперировать пациента с минимальным риском (Özkan et al., 2015).

Цель доклада: Обсудить вопросы функциональной операбельности (ФО), принятые в торакальной хирургии с позиции анестезиолога.

Материал и методы. Анализ литературы. Демонстрация случая проведения общей анестезии при резекции легкого у больной крайне высокого функционального риска.

Результаты. В докладе обсуждаются ключевые кардиопульмональные тесты (КПТ), используемые для предоперационной оценки ФО в торакальной хирургии [Patino D.A., Ferguson M.K., 2019]. Представлена эволюция формирования предоперационных алгоритмов по решению ФО, в большей части применительно к онкологическим пациентам, нуждающихся в резекциях легких и резекции пищевода [Brunelli A., Kim A.W.,

Berger K.I. et al., 2013, Ferguson M.K. et al., 2011]. С позиции торакального хирурга оценка ФО необходима для *своевременного выявления рисков* неблагоприятного исхода при планировании торакального вмешательства у конкретного пациента, и в конечном счете направлена на *долгосрочный прогноз* хирургического лечения заболевания. Врач анестезиолог-реаниматолог действует в рамках окончательного решения о необходимости и допустимости выполнения операции, уточняя индивидуальный функциональный профиль пациента и оценивая дополнительные риски воздействия независимых и зависимых факторов от анестезии. ХОБЛ может значительно ограничивать ФО пациента. Пул таких больных в онкохирургии легких увеличивается, и рак легкого является признаком коморбидности ХОБЛ, являющейся сегодня одной из лидирующих патологий, в т.ч. в России (GOLD, PPO, 2018). Демонстрируется случай успешного проведения общей анестезии при “терапевтической” резекции легочной ткани у больной с тяжелой эмфиземой легких и с критериями, выходящими за рамки принятой допустимой ФО.

Выводы. Непосредственные результаты операций в торакальной хирургии, подготовка пациента, включая проведение КРТ, хирургическая технология и уровень развития анестезиологии и интенсивной терапии связанные переменные. Оценка критериев ФО врачом анестезиологом-реаниматологом нацелено на уточнение индивидуального функционального профиля пациента и принятия оптимальных решений по его периоперационному ведению, исключая развитие осложнений.

3. Любимов С.В. «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»

«Современное представление о сосудистом доступе. Профилактика возможных осложнений» - 15 мин

Аннотация

Как и прежде обеспечение сосудистого доступа у пациентов занимает одно из принципиальных мест в практике врача анестезиолога-реаниматолога. В настоящем докладе будут затронуты аспекты истории развития этого направления, а также основополагающие принципы выбора видов сосудистого доступа, их отличия, преимущества и недостатки, методики, актуальные рекомендации. Будут рассмотрены современные устройства для обеспечения сосудистого доступа, показания к их применению, протоколы использования и ухода. Акцент будет сделан на опасностях и осложнениях, связанных как с самой манипуляцией, так и отсроченных и поздних осложнениях, таких как КАИК (CRBSI), возникновение которых зачастую зависит от эксплуатации устройств медицинским персоналом, и мерах по предотвращению или снижению риска развития этих осложнений в соответствии с национальными и международными рекомендациями.

Клинические демонстрации:

1. Ишкараев В.Э., Голубева К.А., Розенгард С.А., Горохов Л.В., Глущенко В. А.

Демонстрация клинического случая однологочной вентиляции у пациентки с деформацией лицевой части черепа - 15 мин.

Аннотация

Данная клиническая демонстрация посвящена одной из наиболее актуальных проблем современной анестезиологии – проблеме «Трудных дыхательных путей».

Будет рассмотрен клинический случай односторонней вентиляции лёгких у пациентки, ранее перенесшей многочисленные оперативные вмешательства по поводу рецидивов основного заболевания – мезенхимальной хондросаркомы альвеолярного отростка верхней челюсти.

Будет продемонстрирована важность знания врачами-анестезиологами современных протоколов «Трудных дыхательных путей», необходимость разработки локальных протоколов, исходя из оснащения ЛПУ, составления индивидуального плана обеспечения проходимости дыхательных путей на основании локальных и федеральных алгоритмов.