

Повестка заседания Научно-практического общества анестезиологов и реаниматологов
Санкт-Петербурга на 28 декабря 2016 года

Лекция (17:00). К.М. Лебединский (СЗГМУ им. И.И. Мечникова): «Злокачественная гипертермия: что мы теперь можем делать в России?» (40 мин)

В лекции, обобщающей опыт и итоги работы Комитета по проблеме злокачественной гипертермии (ЗГ) Федерации анестезиологов и реаниматологов России, дается освежающая информация по синдрому злокачественной гипертермии, а также обсуждаются вопросы диагностики и лечения этого грозного осложнения общей анестезии. В последние годы в России появились возможность и опыт использования дантролена - единственного препарата для патогенетического лечения криза ЗГ, однако доступность генетической диагностики и галотан-кофеинового контрактурного теста с биоптатом скелетной мышцы пока ограничена.

Программа заседания:

1. **Доклад. Н.В. Чубченко (СЗГМУ им. И.И. Мечникова): Возможности мониторинга различных видов нейромышечного блока. (15 мин)**

Хотя именно внедрение миорелаксантов преобразило практику анестезии, строго говоря, хирургу и анестезиологу нужен не блок нейромышечного проведения как таковой, а расслабление мышц в зоне операции. Обзорный доклад посвящен возможностям мониторинга миорелаксации, вызванной фармакологическими воздействиями на различные звенья формирования мышечного тонуса и произвольных движений.

2. **Доклад. А.Ю. Куликов, О.В. Кулешов (СПбМПЦ): Легочный газообмен, доставка кислорода и кислотно-основное состояние при анестезии ксеноном. (15 мин)**

В докладе освещается динамика показателей газового состава и кислотно-основного состояния артериальной крови во время общей анестезии ксеноном в сравнении с общей анестезией севофлураном. Обсуждается ретроспективный анализ анестезий с использованием расширенного гемодинамического мониторинга у 50 пациентов, подвергшихся плановым операциям, разделенных на 2 группы в зависимости от основного ингаляционного анестетика. Оценивали газовый состав крови и доставку O₂, сердечный выброс оценивали путем анализа контура пульсовой волны артериального давления. Ксеноновая анестезия не приводила к серьезным нарушениям показателей КОС и доставки O₂, по сравнению с севофлураном отмечалась меньшая частота метаболического ацидоза и необходимость его коррекции. Динамика лактата свидетельствовала о том, что оба ингаляционных анестетика позволяли избежать серьезных нарушений перфузии тканей и газообмена.

3. **Доклад. А.Е. Карелов, А.А. Рязанкина (СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИИО им. Н.Н. Петрова): Болевой синдром у онкологического пациента: как распознать нейропатический компонент? (15 мин)**

В докладе рассматриваются подходы к выявлению одного из важнейших компонентов болевого синдрома у онкологических пациентов, называемого нейропатической болью. Необходимость выявления нейропатического компонента обусловлено появлением в нашем терапевтическом арсенале группы высокоэффективных препаратов, правильное назначение которых способно в этом случае полностью купировать болевые ощущения. В то же время, подходы, используемые в настоящее время для выявления этого механизма, имеют свои недостатки и ограничения. В ходе обсуждения авторы подчеркивают

необходимость продолжения разработки приемов для выявления механизмов развития боли у конкретного пациента.

4. **Демонстрация.** Т.Г. Петросян, А.Н. Ванюшкин, К.М. Лебединский (СЗГМУ им. И.И. Мечникова): **Необычное наблюдение трудной интубации трахеи: что бы это значило?** (10 мин)

Пациентка 52 лет с оценкой по Маллампати 1 балл отмечала, что время от времени у нее «полностью закрывается гортань и она перестает дышать». После индукции общей анестезии пропофолом и фентанилом прямая ларингоскопия потребовала длинного изогнутого клинка для достижения визуализации входа в гортань класса 2 по Кормаку-Лихейну. Однако как только выполнялась ларингоскопия, голосовая щель плотно смыкалась, не позволяя ввести трубку в трахею. Вентиляция через маску оказалась свободной, однако спазм голосовой щели в момент ларингоскопии не разрешился даже после введения 200 мг сукцинилхолина. Интубация выполнена форсированным введением через сомкнутую голосовую щель трубки диаметром 7,5 мм, обильно смазанной лубрикантом; проявлений отека или травмы гортани в послеоперационном периоде не отмечено. Обсуждаются возможные причины такой необычной ситуации.