



АСОЦІАЦІЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІВ
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Сборник материалов конференций

2016

Ассоциация анестезиологов
Запорожской области

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Сборник материалов конференций
Выпуск 14

2016

Ответственный за выпуск

С.Н.Гриценко, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии Запорожской медицинской академии последипломного образования, вице-президент Ассоциации анестезиологов Украины, президент Ассоциации анестезиологов Запорожской области

Редакционный совет

Б.В.Михайлов, магистр медицины

С.И.Воробейцев, к.мед.н., доцент кафедры хирургии и анестезиологии ФПО Запорожского государственного медицинского университета

Сборник материалов конференций Ассоциации анестезиологов Запорожской области 2016 года. Выпуск 14.- Бердянск, с. 42

Тираж 500 экз.

Материалы представлены авторами и печатаются в соответствии с решением правления Ассоциации анестезиологов Запорожской области (протокол №2 от 07.05.2016)

© Ассоциация анестезиологов Запорожской области

Ответственность за достоверность фактов, цитат, фамилий, имен и других данных несут авторы
Сборник не является рекламным изданием
Распространяется бесплатно

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ NERVUS MANDIBULUS У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Артеменко В.Ю., Буднюк А.А.

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

У больных с флегмоной шеи, планируемых для общей анестезии, интубация может быть невыполнима из-за развития воспалительной контрактуры нижней челюсти и ограничения открывания рта.

Цель. Изучить эффективность проводниковой анестезии двигательных волокон нижнего альвеолярного нерва (n. mandibulus) для обеспечения оптимальных условий интубации трахеи у больных с воспалительной контрактурой нижней челюсти.

Материалы и методы. Обследовано 47 больных, подвергшихся хирургическому лечению по поводу флегмоны шеи. Контрольная группа (n=23) – больные с воспалительной контрактурой нижней челюсти, у которых интубация трахеи была выполнена с помощью обычного ларингоскопа. Основная группа (n=24) больные, которым для увеличения амплитуды открывания рта использовали проводниковую анестезию по Берше, а для интубации трахеи использовали видеоларингоскоп.

Результаты и их обсуждение. У больных контрольной группы, частота трудной ларингоскопии и интубации трахеи составила 91,3% в связи с ограничением открывания рта и отеком слизистой глотки и гортани (табл.1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика различных методов обеспечения проходимости дыхательных путей у больных с воспалительной контрактурой нижней челюсти

| Группы больных | Интубация трахеи, абс (%) | | χ^2 | p |
|--------------------|---------------------------|-----------|----------|---------|
| | Трудная | Легкая | | |
| Контрольная (n=23) | 21 (91,3) | 2 (8,7) | | |
| Основная (n=24) | 2 (8,3) | 22 (91,7) | 32,36 | 0,0000* |

Примечание: * - по сравнению с контрольной группой.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Курочкин М.Ю.¹, Давыдова А.Г.¹, Городкова Ю.В.¹,
Пришуттов Д.В.², Ключкова В.В.²

¹Запорожский государственный медицинский университет, кафедра детских болезней факультета последипломного образования

²Запорожская городская детская многопрофильная больница № 5

Доброкачественные образования гортани являются нередким заболеванием, часто дающим рецидивы [2]. Проведение эндоларингеальных операций у детей традиционно проводится посредством прямой ларингоскопии с обеспечением адекватной оксигенации методом прерывистой вентилиции легких, так как использование эндотрахеальной интубации невозможно из-за отсутствия доступа к операционному полю [1]. В литературе найдены немногочисленные сообщения об использовании ларингеальной маски (ЛМ) при проведении эндоларингеальных операций.

Цель. Оптимизация методики проведения анестезии при эндоскопических операциях на гортани у детей.

Материалы и методы. В отделении анестезиологии и интенсивной терапии многопрофильной детской больницы №5 г. Запорожья в период с 2013 г. по 2016 г. проводилась анестезия 10 детям в возрасте от 3 до 13 лет с окончательным либо предварительным диагнозом папилломатоза гортани, требующим фиброларингоскопии с диагностической целью или для хирургического лечения. Всем детям выполнялись стандартные предоперационные обследования и премедикация. В 1-й группе (n=4) использовали постоянную ИВЛ объемом-циклическим методом через вертикальный коннектор и ЛМ (классическую ЛМ А.Брейна или надгортанный воздуховод I-gel). Во 2-й группе (n=6) ИВЛ проводили методом прерывистой вентилиции через лицевую маску. Фармакообеспечение анестезии в обеих группах было одинаковым (ТВА): сибазон 0,2 мг/кг однократно; пропофол для индукции 2,5-3,5 мг/кг в зависимости от возраста; пропофол для поддержания анестезии по 0,5-1 мг/кг болюсно; дитилин для миоплегии 2 мг/кг, далее по 1 мг/кг болюсно; фентанил для индукции 3,5 мкг/кг, для поддержания - по 1-1,5 мкг/кг болюсно; глюкокортикостероиды с целью уменьшения отека гортани после удаления папиллом. ИВЛ

проводили респиратором «Полиаркон-5», используя постоянную ЧД 25-30/мин в 1-й группе, и прерывистую гипервентиляцию во 2-й группе. Мониторинг осуществляли с помощью аппарата «UM-300»: отслеживали SpO₂, ЧСС, АД.

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе было выявлено постоянное сатурации в течение всей операции (SpO₂=98,0±1,5%), в отличие от 2-й группы, где показатель SpO₂ колебался от 87% до 100%, а среднее значение SpO₂ составило 93,5±2,5%. Достоверных отличий гемодинамических показателей в обеих группах не отмечалось. Диаметр воздуховода ЛМ и I-gel оказался достаточным для проведения адекватной вентилиции и одновременного использования фиброоптического инструментария через просвет воздуховода.

Выводы. Использование ЛМ или воздуховода I-gel при анестезии по поводу эндоскопических операций на гортани значительно улучшает протекцию дыхательных путей, позволяет сделать хирургическую операцию максимально щадящей для пациента и удобной для оперирующего хирурга.

Литература.

1. Корниенко Р.А. Микрохирургия гортани под общим обезболиванием с использованием ларингеальной маски: дис. канд. мед.наук: 14.00.04 / Р.А. Корниенко Роман Анатольевич. – М., 2009. – 137 с.
2. Kurita T. Laryngeal Papillomatosis: A Statistical Analysis of 60 Cases / Kurita T., Umeno H., Chitose S., Ueda Y., Mihashi R., Nakashima T. // Nihon Jibinkoka Gakkai Kaiho. – 2015. – Vol. 118 (3). – P. 192-200.

СЛУЧАЙНАЯ СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МОНОЛАТЕРАЛЬНОЙ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ В УРОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Михайлов Б.В.

КУ «Запорожская ЦРБ» ЗРС

За свою более чем 110-летнюю историю (с 1905 года), паравертебральная блокада (ПВБ) накопила не только хвалебные отзывы, но и достаточное количество осложнений и казусов. Об

отделении АИТ ООДКБ. В основной группе показаны к коррекции определялись аппаратным комплексом АРП-01 «Меднорд». В контрольной группе коррекция гемостаза проводилась соответственно локальным протоколам, предусмотренным для ведения данной группы пациентов. Для сравнительного анализа использовали t-критерий Стьюдента при параметрическом распределении значений и критерий Манна-Уитни при непараметрическом распределении.

Результаты и их обсуждение. У пациентов основной группы в первый час при поступлении по данным НПТЭГ отмечалось повышение ИКК, КТА, ВСК, ИКД, ИПС, МПС, что говорило о структурной и хронотрической гиперкоагуляции. Сразу начала проводиться гипокоагуляционная цель-ориентированная коррекция гемостаза: гепаринотерапия 10 ± 5 Ед/кг/час и СЗП 15 мл/кг/сут. Дозы гепарина и СЗП подбирались индивидуально, соответственно изменению показателей НПТЭГ. Нормализация показателей гемостаза достигалась в течение $42,2 \pm 2,4$ ч. Путем применения НПТЭГ удалось уменьшить количество вводимых ингибиторов фибринолиза, уменьшить число тромбогеморрагических осложнений.

Выводы. Исследование системы гемостаза с помощью аппаратного комплекса АРП-01 «Меднорд» позволяет корректно и комплексно оценить нарушения во всех звеньях системы гемостаза. Мобильность и возможность проводить исследование непосредственно у постели больного позволяет быстро, своевременно и более качественно влиять на изменения в системе гемостаза, тем самым сводя к минимуму число осложнений.

Литература.

1. Абушкин И.А. Совершенствование диагностики и улучшение результатов лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний и гнойных послеоперационных осложнений у детей: Автореф. дис. докт. мед. наук. — М., 2003. — 26 с.
2. Аकोпян Алита Саргисовна. Диагностика и лечение первичного перитонита у детей: Диссертация канд. мед. наук.; 2014.- 192 с.
3. Алиева, Л.Б. Современные представления о системе гемостаза у новорожденных детей / Л.Б.Алиева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2011. - Т. 56, № 5. - С. 19-24

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| Эффективность проводниковой анестезии <i>pergus mandibulus</i> у больных с воспалительной контрактурой нижней челюсти | 3 |
| Артеменко В.Ю., Буднюк А.А. | |
| Спосіб розрахунку максимальної дози місцевих анестетиків Безніско Я.Я., Холявко О.О., Альбокрінов А.А. | 4 |
| Анестезия и интенсивная терапия при трансплантации почки от родственных доноров. Опыт 150 пересадок Гриценко С.Н., Собокар В.А., Вороной А.А. | 5 |
| З чим корелює центральний венозний тиск? Зубко Ірина | 13 |
| Лечение келтиканом периферической нервной системы у больных сахарным диабетом типа 2 Каджарян В.Г., Соловьюк А.О., Андреев С.И. | 14 |
| Выбор респираторной поддержки у новорождённых с гипоксически-ишемической энцефалопатией Клевакина Е.Ю., Баранецкая О.А., Демьяненко Т.В. | 16 |
| Применение диагностического ультразвука в анестезиологической и ургентной практике Куликова Ф.И., Машин А.М., Куликов С.Б. | 18 |
| Особенности ультразвуковой диагностики при оказании специализированной медицинской помощи Куликова Ф.И., Машин А.М., Куликов С.Б. | 21 |
| Обоснование методики анестезии при эндоларингеальных операциях у детей Курочкин М.Ю., Давыдова А.Г., Городкова Ю.В., Пришутов Д.В., Ключкова В.В. | 24 |
| Случайная спинномозговая анестезия при проведении монолатеральной паравертебральной блокады в урологии (клинический случай) Михайлов Б.В. | 25 |
| Опыт лечения больных с тяжелой пневмонией в условиях ОАИТ Рожко В.И., Слинченков В.В., Чернокижкая Н.В., Постоленко Т.В., Рожко Н.С., Искра Ю.В. | 27 |
| Трахеостомированный больной: уход, ошибки, решения Ромашук Г.М., Пальжок А.Д. | 29 |