

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

4. Settimo, Federico Da; Marini, Ann Maria; Pardi, Gianluca; Primofiore, Giampaolo; Salerno, Silvia; Simorini, Francesca; JHRCAD //J. Heterocycl. Chem. – 2001. – Vol. 38, № 3. – P. 607-612.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2 т. – 14-е изд., перераб., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство Новая Волна»: Издатель С.Б. Дивов, 2002. – Т. 1. – 540 с.; Т. 2. – 608 с.
6. Donald L. Pavia, Gary M. Lampman, George S. Kriz, James R. Vyvyan Introduction to Spectroscopy, Fourth Edition //Brooks/Cole, Cengage Learning. – 2009, 2001. – 545 p.
7. Robert M. Silverstein, Francis X. Webster, David J. Kiemle Spectrometric identification of organic compounds //John Wiley & Sons Ltd, USA. – 7 ed., 2005. – 267 p.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕГИОНАРНЫХ АНЕСТЕЗИЙ ЗА ТРИ ДЕСЯТИЛЕТИЯ В КЛИНИКЕ 9-Й ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г.ЗАПОРОЖЬЯ

Курочкин Ю.Ф., Алексеенко Ю.П., Клименко С.А., Сериков К.В.
Запорожская медицинская академия последипломного образования
Отделение анестезиологии с койками интенсивной терапии
Запорожская городская клиническая больница № 9

С момента первого использования в нашей клинике в 1980 году, регионарная анестезия получила широкую популярность, являясь надежным и безопасным методом обезболивания в умелых руках. Количество регионарных анестезий прогрессивно растет из года в год, о чем свидетельствует следующая статистика (по данным отчетов прошлых лет):

1980-1989 годы – около 6500

1990-1999 годы – около 15000

2000-2010 годы – около 42000

Оперативные вмешательства требуют использования методик антиноцицептивного опережающего обезболивания, одним из наиболее эффективных методов которого является длительная проводниковая анестезия нервных сплетений с упреждающей аналгоседацией. Региональная анестезия блокирует ноцицептивную афферентацию, не нарушая функции центральных регуляторных механизмов, что позволяет снизить кровопотерю, частоту тромбоэмболических осложнений, улучшить микроциркуляцию в поврежденной конечности, улучшить кислотно-основное состояние (КОС) [1]. Региональная анестезия, в отличие от наркотических анальгетиков, не оказывает

депрессивного влияния на дыхание и газообмен.

В основе концепции упреждающей анестезии (УА) лежит афферентная блокада до появления ноцицептивных стимулов с целью обеспечения непрерывности и повышения надежности антиноцицептивной защиты на всех уровнях – от периферических рецепторов до центральных структур восприятия, трансформации и анализа болевых стимулов как во время, так и после хирургического вмешательства [2].

Региональные методы анестезии при оперативных вмешательствах широко применяются в нашей клинике и их частота с каждым годом возрастает.

Результаты и их обсуждение. Все осложнения, возникающие в ходе применения регионарных анестезий делятся на две группы:

1. Связанные с токсическим действием локальных анестетиков и адьювантов.

2. Связанные с техническими ошибками.

В первой группе осложнений наиболее часто встречалась резорптивная реакция при инъекции местного анестетика в обильно васкуляризованных областях, где скорость всасывания препарата велика, обычные расчетные дозы местного анестетика вызывали проявления интоксикации даже при правильном выборе доступа, и при использовании с целью исключения ошибочного введения больших доз анестетиков двукратной аспирационной пробы.

С целью профилактики возникновения токсического действия в премедикацию включались бензодиазепины (как неспецифические антидоты локальных анестетиков), упреждающая аналгоседация, обязательные тест-аспирации, и дробное введение, использование адреналина в разведении 1:200000. Немедленное прекращение введения анестетика при возникновении токсических реакций.

За анализируемый период было отмечено 1050 случаев токсического действия местных анестетиков (большая часть из которых отмечалась при использовании новокаина и тримекаина), что составило 0,9% от общего количества выполненных регионарных анестезий.

Для лечения токсических осложнений использовали коррекцию гемодинамических нарушений, волемическая нагрузка (полиглюкин, гелофузин, рефортан, волювен, гекодез), вазопрессоры (эфедрин, мезатон), коррекция брадикардии (атропин), коррекция ацидоза (гидрокарбонат натрия).

Судорожный синдром купировался введением бензодиазепинов и тиопентала натрия.

Внутрисосудистое введение местного анестетика отмечалось у 702 больных. Проявления интравазального введения местных анестетиков

такие же как и при передозировке, только эффект развивался практически мгновенно. При анализе процент данного осложнения 0,6%.

Аллергические реакции наблюдались у 0,1% пациентов и проявлялись в виде кожных реакций (гиперемия, высыпания, зуд); гемодинамических нарушений не представляющих угрозу жизни (гипотония, тахикардия), тошнота, рвота, возбуждение, беспокойство; бронхоспазмом.

Для лечения аллергических реакций применялись антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, супрастин), кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон, гидрокортизон), при бронхоспазме эуфиллин, ингаляция кислорода (при гипотонии – адреналин 1 мг в/в капельно). При гиповолемии в/в инфузия плазмозаменителей.

Осложнения, связанные с техническими ошибками:

1. Механические повреждения сосудов с образованием гематом 0,06%. Прижатие сосуда и компрессия предотвращала продолжение кровотечения.

2. Повреждения нервов в виде постпункционных невритов наблюдалось у 0,01% пациентов. Терапия в виде приема НПВС (кетолонг, кетанов, династат), препараты альфа липоевой кислоты (диалипон), L лизина эсцинат, витамины группы В (витаксон, нейробион), физиотерапия.

3. Пневмоторакс как осложнение наблюдался у 0,1% больных. Клинические проявления манифестировали в послеоперационном периоде и были отсроченными. Лечение в большинстве случаев консервативно симптоматическая терапия (ингаляция кислорода, анальгезия), в более тяжелых случаях (23% от всех пневмотораксов) – дренирование плевральной полости по Бюлау.

4. Блокада диафрагмального нерва при выполнении блокады плечевого сплетения из межлестничного доступа встречалось у 3% больных.

5. Синдром Горнера - непреднамеренная блокада звездчатого узла встечался у 1,5% больных при блокаде из межлестничного доступа.

6. При выполнении сакрально-эпидуральных анестезий отмечались следующие осложнения: наличие кратковременных болевых ощущений в момент введения местного анестетика в сакральный канал (без упреждающей анальгоседации)-1,7%, ощущение наступления “глухоты”, вследствие сдавления инфильтратом местного анестетика дистального отдела дурального мешка -2,5%, появление болевых ощущений в нижних конечностях после введения 10- 15 мл анестетика, вследствие воздействия на корешки седалищного нерва S I – III – 1,9%,

развитие резорбтивной реакции при введении первых малых доз анестетика при отсутствии повреждений сосудистой стенки -1,4%.

7. Осложнения ретробульбарных блокад: ретробульбарная гематома, перфорация глазного яблока (в нашей практике не встречалась), субарахноидальное введение анестетика (не встречалось), травма и атрофия зрительного нерва (не встречалось), внутрисосудистое введение анестетика, ГСР (рефлекс Даньини-Ашнера) составляет 0,2%.

8. Постпункционная головная боль является одним из самых частых побочных эффектов при проведении СМА. ПГБ – результат комбинации внутричерепной гипотензии, которая позволяет мозгу провисать, а кровеносным сосудам и прочим структурам, фиксирующим мозг в черепной коробке и обладающими болевой чувствительностью натягиваться. Эти же сосуды рефлекторно дилатируют, что запускает мигренеподобный сосудистый компонент развития ПГБ. ПГБ – полностью последствие утечки цереброспинальной жидкости, которая вызывает цереброваскулярную дилатацию и мощную болевую стимуляцию. Возникает через 24-48 часов, является результатом вытекания цереброспинальной жидкости через пункционное отверстие твердой мозговой оболочки в эпидуральное пространство. Проявляется двусторонней пульсирующей болью, фронтальной, окципитальной или захватывающей обе эти зоны. Сопутствующие симптомы: тошнота, боль в шее, шум в ушах, временное снижение слуха.

Чаще всего ПГБ развивается у молодых людей до 30 лет. Факторы риска повторные и многократные пункции твердой мозговой оболочки, диаметр иглы, конфигурация кончика иглы.

За период выполнения СМА данное осложнение встречалось у 2,5% больных.

С целью профилактики: воздержаться от СМА у пациентов моложе 25-30 лет, применять иглы диаметром 25-27 G, преимущество иглам с карандашной заточкой кончика, эпидуральные иглы, а также иглы со срезанным концом вводить так, чтобы плоскость среза была параллельна длинной оси спинного мозга.

Лечение: Назначение пероральных анальгетиков, умеренная гипергидратация изотоническими растворами, кофеинотерапия (70-90% успеха) перорально однократно 300 мг или в/в в виде кофеина бензоата натрия по 500 мг каждые 4 часа

Эпидуральная пломбировка аутокровью остается методом выбора.

В большинстве случаев ПГБ в течении 48 часов проходит спонтанно, особенно после пункции иглой небольшого диаметра.

Выводы

1. Выполнен анализ и систематизация встречавшихся осложнений

при проведенні регіонарних анестезій в клініці ЗГКБ №9 за 30 лет (1980-2010 роки)

2. Наша клініка є піонером і лідером по впровадженню і використанню регіонарних методик проводникової анестезії

3. Удельний вага регіонарних анестезій становить більше 75% від загального числа наркозів, проводимих в нашій клініці

4. Переваги регіонарних методів анестезії перед загальним наркозом очевидні

5. С появою нового покоління локальних анестетиків і сучасного обладнання, зростом професіоналізму і досвіду анестезіологів суттєво знизилась кількість ускладнень при виконанні регіонарних анестезій.

Література

1. Морган мл. Д.Е. Михайл М.С.(1998) Клінічна анестезіологія. Книга 1. Москва- Санкт-Петербург: "Біном Невський Діалект", 1998. - 431 с.

2. Усенко Л.В., Шифрін Г.А. Концепція антиноцицептивного обезболювання. – Київ: Здоров'я, 1993.- 192 с.

3. Басенко І.Л., Чуєв П.Н., Марухняк Л.І., Буднюк А.А. Регіонарна анестезія верхньої кінцівки. г. Київ 2009

КОНЦЕПЦІЯ ЗБАЛАНСОВАНОЇ БАГАТОКОМПОНЕНТНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА НЕМОВЛЯТ З ВИКОРИСТАННЯМ ЦЕНТРАЛЬНИХ НЕЙРОАКСІАЛЬНИХ БЛОКАД (огляд літератури)

Курочкін М.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Стрімкий розвиток неонатології, хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії за останнє десятиріччя дозволяє забезпечити виживання новонароджених із захворюваннями, летальність при яких в 70-80-х роках ХХ сторіччя наближалась до 100% (глибоко недоношені діти, діти з вродженими вадами розвитку тощо). У відділенні інтенсивної терапії немовлята зазнають болю від різних діагностичних та лікувальних процедур, хірургічних втручань. За даними дослідників, чим менший гестаційний вік новонародженого, тим більшої кількості болючих маніпуляцій він зазнає у відділенні інтенсивної терапії [37, 40].

В останні роки вчені, клініцисти та практичні лікарі прийшли до висновку про необхідність контролю і лікування больового синдрому у немовлят. Тому у всіх клініках світу знеболюванню під час операцій та