

Каротидная эндартерэктомия является радикальным методом профилактики ишемического инсульта [1].

Цель исследования: улучшение результатов каротидной эндартерэктомии путем выбора метода общей анестезии, обеспечивающего сохранение адекватной перфузии мозга и наименьший уровень ишемического нейронального повреждения.

Материал и методы: обследовано 130 больных, разделённых на II группы. 60 пациентам в I группе (n=60) применялась ТВА пропофолом, во II (n=70) проводилась ингаляционная анестезия севофлураном. Исследовались параметры центральной гемодинамики, мозгового кровотока, маркёры нейронального повреждения.

Результаты: проведённые исследования показали, что у пациентов I группы после деклпирования сонной артерии отмечались наиболее низкие уровни САД и УИ, что обусловило наименьшую Vm $38,3 \pm 1,9$ см/с и ЦПД $76,8 \pm 2,5$ мм рт.ст. Эти обстоятельства вызвали повышение уровня маркёров мозгового повреждения (антител к протеину S-100 до $3,22 \pm 0,21$, а НСЕ до $45,1 \pm 2,1$ мкг/л). Во II группе отмечались стабильный уровень САД вследствие более высокого УИ, что обеспечило более высокие параметры мозгового кровотока и меньший, в том числе вследствие церебропротекторных свойств, присущих севофлурану [2, с.594], уровень мозгового повреждения (уровень антител к протеину S-100 составил $2,12 \pm 0,12$, а повышение НСЕ до $32,3 \pm 1,2$ мкг/л и статистически значимо ($p=0.0047$), ($p=0.0041$) были меньше аналогичных показателей в I группе соответственно. Вышеназванные изменения сказались на числе послеоперационных неврологических осложнений. Они развились у 11 больных I группы, что на 14,0% ($p<0.001$) превышало их число во II группе — 3 пациента.

Выводы: ингаляционная анестезия севофлураном может являться вариантом выбора в реконструктивной хирургии брахиоцефальных артерий.

Литература

1. Руководство в четырех томах «Анестезия» Рональда Миллера. 2015 г. Под редакцией К.М. Лебединского.
2. Клиническая анестезиология 4е издание. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэгид С. Михаил, Майкл Дж. Марри. Научный редактор к.м.н. А.М. Цейтлин. Москва, 2017.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России. Журнал Consilium Medicum. Специальный выпуск «Неврология». М., 2003.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Черненко В.П., Ходькова Ю.В., Ходьков Е.К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Никитина Е.В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ФПК и ПК

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность: с целью снижения кровопотери при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава (ТЭТС) успешно применяются ингибиторы фибринолиза, однако, вопрос выбора лекарственного средства и оптимального способа введения является широко обсуждаемым [1,2].

Цели: оценить эффективность и безопасность использования ингибиторов фибринолиза при ТЭТС.

Материалы и методы: в рандомизированное проспективное клиническое исследование включено 90 пациентов, которым было выполнено ТЭТС. В первой группе использовали аминокaproновую кислоту (АК), во второй группе — транексамовую кислоту (ТК), в третьей группе (контрольная группа) антифибринолитики не применяли.

Результаты: различий в объёме суммарной кровопотери (мл) в группе АК 924 [851–1034] и группе ТК 877 [820–954] выявлено не было ($p>0,05$), тогда, как в контрольной группе сред-

ний объём был достоверно большим 1370 [1281–1455] ($p < 0,05$). Также не было выявлено межгрупповых различий в изменении уровня гемоглобина (разница между предоперационными показателями и полученными через 24 часа) в группе АК 28 [24–29] и группе ТК 27 [22–29] ($p > 0,05$). В контрольной группе уровень падения гемоглобина был достоверно большим 37 [34–41] ($p < 0,05$). 7 пациентам контрольной группы (23,3%) потребовалось переливание компонентов донорской крови, что значительно увеличило экономические затраты на обеспечение оперативного вмешательства. Пациентам групп с использованием антифибринолитиков необходимости в гемотрансфузии не возникло.

Выводы: применение ингибиторов фибринолиза при ТЭТС является доступным, эффективным и безопасным методом снижения периоперационной кровопотери, позволяющим исключить необходимость переливания компонентов донорской крови и улучшить результаты проводимого лечения. Использование АК, в сравнении с ТК, позволяет сократить экономические затраты в связи с меньшей стоимостью лекарственного средства.

Литература

1. The efficacy of intravenous aminocaproic acid in primary total hip and knee arthroplasty: a meta-analysis / Y.J. Li [et al.] // J. Orthop. Surg. Res. 2018. Vol. 13, № 1. P. 89.
2. Tranexamic Acid Prophylaxis in Hip and Knee Joint Replacement / M. Goldstein [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. 2017. Vol. 114, № 48. P. 824–830.

ДИНАМИКА ОПИОИДНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Эскендарова Л.Я., Мельник В.В., Алексеев А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ульрих Г.Э.

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии имени
профессора В.И. Гордеева

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: применение наркотических анальгетиков, является основным способом лечения сильной боли при оказании паллиативной помощи. Изучение потребности и скорости изменения дозы препарата является важной составляющей работы подразделений, оказывающих помощь этой категории пациентов [1].

Цель исследования: оценка динамики опиоидной нагрузки при лечении боли у детей с онкологическими заболеваниями, получающих паллиативную помощь в конце жизни.

Материалы и методы: в исследование вошли результаты лечения 39 детей 2–16 лет (средний возраст 8,6) с incurable онкологическими заболеваниями, госпитализированных для проведения паллиативной помощи. Выполнена оценка длительности обезболивания, средняя и максимальная доза препарата и скорость ее изменения.

Результаты: минимальная длительность нахождения в стационаре составила 1 день, максимальная 166 дней, средняя продолжительность 39,7 дня. Потребность в применении наркотических анальгетиков возникла у 87% пациентов. Необходимость в переходе от ненаркотических анальгетиков к терапии опиоидами в среднем появлялась на 11 день госпитализации. Длительность терапии Трамодолом в среднем составила 9 дней, Фентанилом и Морфином — 18 дней. Максимальная доза Фентанила — 9,0 мкг/кг в час и Морфина — 182 мкг/кг в час. Средняя скорость нарастания дозы наркотического анальгетика за все время его получения для Фентанила составила 6,5, Морфина — 2,6.

Выводы: большая часть детей (87%) с incurable онкологическими заболеваниями требует применения наркотических анальгетиков для лечения боли. Потребность в назначении сильного наркотического анальгетика возникала в среднем на 11 день от момента госпитализации в отделение паллиативной помощи, а терапия продолжалась до конца жизни и в среднем