



# XIII съезд Федерации анестезиологов и реаниматологов

22-25 сентября 2012 года  
Санкт-Петербург



**ТЕЗИСЫ**

динамических показателей с оптимизацией газообмена, ранней активизации больных с уменьшением частоты респираторных осложнений и сроков нахождения больных в ОРИТ.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НПВС В КАРДИОХИРУРГИИ

**Арифжанов А.Ш.**

*Республиканский специализированный центр хирургии  
им. акад. В. Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Оценить эффективность кеторолака в качестве послеоперационного обезболивания у кардиохирургических больных.

**Материал и методы.** Послеоперационное обезболивание кеторолаком методом постоянной инфузии проведено нами у 44 больных после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения и кардиopleгии. Из оперативного пособия: у 9 больных выполнена – аортокоронарное шунтирование двух или трех коронарных артерий; у 21 больного выполнено протезирование митрального клапана и у 14 больных выполнено протезирование митрального и аортального клапанов.

Оценка эффективности обезболивания осуществлялась с помощью 10 балльной цифровой рейтинговой шкалы (Numerical Rating Scale, NRS), где 0-отсутствие боли, 10-максимальная боль.

**Результаты.** При изучении динамики интенсивности болевой реакции, нами отмечено, что на 3 этапе (после экстубации и перевода больных на самостоятельное дыхание) обезболивания практически у всех пациентов средний балл составляет  $6,2 \pm 0,4$ , что соответствует верхней границе зоны умеренной интенсивности восприятия боли. Проведение данного вида обезболивания через 6 часов (4 этап) характеризуется снижением интенсивности восприятия болевой чувствительности на 17,7% ( $p < 0,05$ ). На фоне постоянной инфузии кеторолака через 12 часов (на 5 этапе) отмечалось еще большее снижение интенсивности восприятия болевой чувствительности на 32,3% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с 3 этапом, при этом число баллов составило  $4,2 \pm 0,4$ , что соответствовало нижней границе зоны умеренной интенсивности болевого восприятия. На 6 этапе, восприятие послеоперационной боли у больных уменьшилось на 51,6% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с 3 этапом. Число баллов составляло  $3,0 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ) что соответствовало зоне слабого восприятия интенсивности болевой чувствительности.

Прослеживая динамику респираторного статуса в исследуемой группе пациентов, отмечено: SpO<sub>2</sub> и рН артериальной крови варьировало в пределах допустимой нормы; такая же динамика отмечена и в отношении показателя PaO<sub>2</sub> артериальной крови. Так, PaO<sub>2</sub> варьировало в пределах допустимой нормы на всех этапах обезболивания ( $153,7 \pm 3,1$  и  $94,2 \pm 3,5$  мм.рт.ст. соответственно). Показатель PCO<sub>2</sub> артерии и вены варьировал в пределах от  $38,7 \pm 2,7$  до  $39,7 \pm 3,2$  мм.рт.ст. Относительно удовлетворительная картина состояния КОС крови на всех этапах обезболивания, отразилась и на показателях концентрации лактата крови (сLac), снижение на этапах обезболивания от  $2,6 \pm 0,07$  до  $1,4 \pm 0,03$ .

Со стороны центральной гемодинамики показатели ЧСС на 13,2% и 15,1% ( $p < 0,05$ ), средний АД - на 17,5% и 15,7% ( $p < 0,05$ ) были выше по сравнению с исходными данными. На 4-5 этапах обезболивания эта тенденция сохранялась: ЧСС на 7,5% и 7,0% ( $p < 0,05$ ), средний АД на 14,1% и 12,6 ( $p < 0,05$ ) соответственно превышала показатели 1 этапа. Через 24 часа при неизменных показателях среднего АД и ЧСС уменьшились и достоверно не отличались от исходных величин.

**Вывод.** Применение кеторолака может являться альтернативным способом послеоперационного обезболивания у кардиохирургических больных, что характеризуется удовлетворительным обезболивающим эффектом на всех этапах аналгезии, наименьшим отрицательным влиянием на респираторную и сердечно-сосудистую системы и как следствие исключает развитие декомпенсированного течения бронхолегочных осложнений.

## АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОРИТ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Арифжанов А.Ш., Шаниева З.А., Стрижков Н.А.,  
Гизатулина Н.Р., Ибадов Р.А.**

*Республиканский специализированный центр хирургии  
им. акад. В. Вахидова, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования:** разработка протокола антибактериальной терапии у больных с бронхо-легочными осложнениями после торакоабдоминальных и кардиохирургических операций.

**Материалы и методы.** Пролечено 478 больных абдоминального и кардиохирургического профиля в ОРИТ, прооперированных в РСЦХ им.акад.В.Вахидова в течение 2008-2010 гг. Материалом для анализа служили исследование крови на стерильность и другие виды биоматериалов. Использованы традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности и динамический контроль содержания С-реактивного белка (CRP). Для определения уровня СРБ использовали VITROS-250 анализатор (G&G, США), где СРБ (N=0-10 мг/л). Для профилактики и лечения бронхолегочных осложнений при ПИВЛ в комплексе общепринятой терапии использовали новый антимикробный биотехнологический отечественный препарат «ФарГАЛС», характеризующийся выраженным антисептическим действием, в разведении 1:4 дистиллированной водой, 3-4 раза в день в течение 3-7 суток и более в виде небулайзерной терапии.

**Результаты.** Частота бронхо-легочных и гнойно-воспалительных осложнений у пролеченных больных составила в 2008 г. 2,5%, в 2009 г. – 1,9%, в 2010 г. – 2%. Всего изучено 478 микробиологических образцов, из них 204 (42,6%) дали микробный рост, а 274 (57,4%) – оказались стерильными. Выделенная микрофлора была представлена грамотрицательными (77,0%) и грамположительными микроорганизмами (18,2%), а также грибами рода Candida (4,8%). Культуры микробов чаще всего высевались из проб крови на стерильность (33,3%), отделяемое из трахеи (28,0%), дренажных трубок (20,3%), содержимое плевральной полости (2,4%) и другое (2,9%). Анализ антибиотикограмм показал, что грамотрицательная микрофлора была более резистентной чем грамположительная. В отношении

нее наиболее активными препаратами оказались имипенем (7,0% резистентных штаммов), меропенем (39,0%), полимиксин В (19,0%), цефоперазон/сульбактам (52,0%), амикацин (22,0%), офлоксацин (44,0%).

Определение чувствительности возбудителей бронхолегочной инфекции (в том числе и полирезистентных штаммов) показало, что ФарГАЛС был активен в отношении всех изученных микроорганизмов. Результаты *in vitro* коррелировали с данными *in vivo*. Клиническое улучшение состояния больных в виде уменьшения отделяемого, снижение температуры тела, снижения уровня СРР отмечалось уже со 2-3-го дня применения препарата. Положительный результат зарегистрирован в отношении всех пролеченных больных. Важно отметить и высокую экономичность применения ФарГАЛСа по сравнению с традиционной терапией (снижение затрат на антибиотики в среднем на 30%). При показателях СРБ свыше 70 мг/л проводилась дэскалационная антибактериальная терапия. Использование метода прогнозирования и определение исходной концентрации С-реактивного белка способствовало выделению группы риска и более целенаправленной антибиотикопрофилактики нозокомиальных инфекций, что позволило существенно снизить частоту последних (почти в 2 раза).

Таким образом, антибиотикотерапия путем учета прогностических факторов и антибиотикочувствительности ведущих штаммов возбудителей позволяло существенно снизить частоту бронхо-легочных и гнойно-септических осложнений в ОРИТ.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА АКУПАН, ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Бабаева Н.П., Волков А.А.

Уральская бюджетная государственная медицинская академия,  
Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург

**Цель исследования.** Оценить эффективность послеоперационного обезболивания препарата акупан в сравнении с традиционной схемой, принятой в хирургическом стационаре ГКБ № 40, включающей в себя промедол, анальгин и димедрол.

**Материалы и методы исследования.** Дизайн исследования: двойное слепое рандомизированное. В данное исследование было включено 40 пациентов, которые были разделены на две группы по 20 человек в каждой. Метод рандомизации – генератор случайных чисел. Критерии включения: пациенты в возрасте от 18 до 75 лет, экстренные операции, риск по МНОАР 3 ст., операции низкой травматичности (лапароскопические холецистэктомии, лапароскопические аппендэктомии). Критерии исключения: наличие противопоказаний к препарату, плановые оперативные вмешательства, риск по МНОАР более или менее 3, операции средней и высокой травматичности. Пациентам, включенным в основную группу проводилась инфузия акупана в течение 15 минут до оперативного вмешательства. Пациенты из контрольной группы перед операцией получали инъекцию 20 мг промедола, анальгина 500 мг и димедрола 0,01 г. Повторные инъекции как и акупана так и вышеуказанной смеси проводились спустя 4 часа после операции.

Анестезиологическое пособие в обеих группах было идентичным и включало в себя следующие препараты: сибазон 10 мг+фентанил 0,1 мг (премедикация), кетамин 100 мг (индукция). Миорелаксация: ардуан 1мг (прекураризация), листенон 100 мг. Поддержание анестезии: галотан (фторотан) 1-2 об%+фентанил.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. В ходе исследования мы учитывали следующие параметры: возраст, пол, продолжительность операции, оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до операции, спустя 1, 3 и 4 часа после операции. Проверка на нормальность распределения непрерывных данных проводилась с помощью критерия Шапиро-Уилка. В случае нормального распределения для выявления статистических различий использовался параметрический критерий Стьюдента, в противном случае – критерий Манна-Уитни. В случае нормального распределения указывались среднее и доверительный интервал, в случае ненормального распределения – медиана и 25 и 75 процентиля. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Результаты исследования представлены в таблице.

Параметр	Основная группа	Контрольная группа	p
Возраст	35 (24;60)	40,4 (27;53,8)	0,73
Время операции	41 (24,32;57,67)	48,5 (35,11;61,88)	0,43
ВАШ до операции	6 (5;7)	7 (5;8)	0,4
ВАШ 1 час после операции	1,5 (1;2)	5,5 (5;6)	0,000157
ВАШ 3 часа после операции	2,1 (2;3)	4,8 (4;6)	0,001152
ВАШ 3 часа после операции	2,8 (2;3)	5,4 (5;7)	0,000769

**Заключение.** Таким образом, в ходе данного исследования удалось доказать эффективность акупана для послеоперационного обезболивания в сравнении с традиционной схемой, принятой в ГКБ № 40 города Екатеринбурга.

### ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗИ-ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ГОСПИТАЛЕ ФЛОТА ПРИ ПЛЕКСУСНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Багров А.В., Вашанов А.А., Панина Т.В.,  
Панин С.О., Синицкий А.Е.

Госпиталь Северного флота, г. Севе́роморск, Мурманская обл.

Поиск нервных стволов и сплетений « в слепую» для плексусной анестезии, по анатомическим ориентирам характеризуется высоким (выше 55%) процентом неудач, особенно при недостаточном опыте. Так, при операциях «артроскопии коленного сустава» ни одна операция с использованием плексусной анестезии до 2012 года лет в нашем госпитале не выполнялась.

Появилась возможность внедрения в нашем госпитале методики УЗИ-визуализации с последующей блокадой седалищного и паховой параваскулярной анестезии поясничного сплетения («3-в-1» по Winnie). Это позволило изменить наше отношение к анестезиологическому обеспечению этих операций.