

# ТЕЗИСЫ ПОБЕДИТЕЛЕЙ КОНКУРСА РАБОТ УЧАСТНИКОВ

Конгресса «Актуальные вопросы медицины критических состояний»,  
11–13 мая 2018 г., г. Санкт-Петербург

DOI 10.21292/2078-5658-2018-15-3-74-75

## БЛОКАДА ПОВЕРХНОСТНОГО ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ

Митичкин А. Е., Арыкан Н. Г., Трофимов С. О., Варнавин О. А., Васин В. С.

ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева», Москва, Россия

SUPERFICIAL CERVICAL PLEXUS BLOCK AS A COMPONENT OF MULTIMODAL ANALGESIA IN CAROTID ENDARTERIECTOMY

Mitichkin A. E., Arykan N. G., Trofimov S. O., Varnavin O. A., Vasin V. S.

F. I. Inozemtsev Municipal Clinical Hospital, Moscow, Russia

Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является золотым стандартом в рамках первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта. Несмотря на наличие расширенного анестезиологического мониторинга при таких видах операций, дискуссионным остается вопрос о максимально безопасной методике анестезии. По данным литературы, регионарная анестезия сопровождается меньшим количеством послеоперационных осложнений и определяет комфортное течение послеоперационного периода. Однако убедительных данных о безоговорочном преимуществе регионарных методик анестезии при КЭАЭ в литературе нет.

**Цель:** оценка эффективности блокады поверхностного шейного сплетения в рамках мультимодальной анальгезии при КЭАЭ.

**Материалы и методы.** В проспективное рандомизированное исследование (методом конвертов) включено 60 пациентов (средний возраст  $75,4 \pm 2,3$  года), которым выполнена КЭАЭ (время перерезания  $20,0 \pm 4,8$  мин) в ГКБ им. Ф. И. Иноземцева с сентября 2017 г. по январь 2018 г.

В предоперационном периоде пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от характера анестезиологического пособия: 1-я группа ( $n = 30$ , контрольная) – комбинированная эндотрахеальная анестезия (КЭТН), 2-я группа ( $n = 30$ , основная) – КЭТН была дополнена блокадой поверхностного шейного сплетения.

У всех пациентов индукцию анестезии проводили внутривенным введением раствора пропофола в дозировке 2,0–2,5 мг/кг. Интубацию трахеи выполняли после миоплегии рокурониумом (0,6 мг/кг).

Искусственную вентиляцию легких осуществляли в режиме SIMV-PS кислородно-воздушной смесью в соотношении 1:1 и потоком «свежего» воздуха 1 л/мин с поддержанием нормокапнии ( $etCO_2$  35–45 мм рт. ст.) наркозно-дыхательным аппаратом Datex Advance по полузакрытому контуру. Во 2-й группе методика блокады состояла в следующем: введение иглы подкожно сзади, непосредственно под грудино-ключично-сосцевидную мышцу инъецировали 5 мл раствора местного анестетика. Далее иглу перенаправляли в верхнем и нижнем направлениях вдоль заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, 5 мл раствора вводили вдоль каждого из этих мест. В качестве местного анестетика использовали 0,5%-ный раствор ропивакаина. Всем пациентам в качестве дополнительного анальгетического компонента в зависимости от показателей гемодинамики, BIS,  $etCO_2$  дробно внутривенно вводили раствор фентанила. Критериями оценки (после окончания анестезии) служили следующие параметры: длительность периода от окончания операции до экстубации, уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) через 10 мин после операции и через 4 ч, шкала Ramsay после экстубации.

**Результаты.** Длительность периода от окончания операции до экстубации: 1-я группа против 2-й:  $8,4 \pm 1,3$  и  $3,1 \pm 0,8$  мин соответственно ( $p = 0,048$ ). Оценка по ВАШ через 10 мин после операции: 2-я группа – 100% пациентов 0–2 балла (потребности в анальгетиках не было), через 4 ч после операции – 100% пациентов 0–2 балла. В контрольной группе у 24 пациентов уровень

боли составлял 2–4 балла и 3–5 баллов через 4 ч (купирование болевого синдрома кетопрофеном 100 мг в/м). У 6 пациентов уровень боли составлял 4–8 баллов (у 5 из них боль была купирована кетопрофеном 100 мг в/м, у одного использовались наркотические анальгетики). Через 4 ч уже 3 пациентам контрольной группы вводили наркотические анальгетики. Оценка по шкале Ramsay после эктубации: 2-я группа – 90% 2 балла, 10% – 3 балла; 1-я группа – 66,7% 2 балла, 33,3% – 3 балла. Следует

отметить, что интраоперационно потребность введения фентанила во 2-й группе достоверно снижалась на 40%. Послеоперационных летальных исходов не отмечено.

**Заключение.** Возможность сочетания КЭТН и блокады поверхностного шейного сплетения позволяет обеспечить не только быстрое пробуждение пациента после КЭАЭ, но и комфортный послеоперационный период и снизить потребность в послеоперационном назначении анальгетиков.

*Трофимов Сергей Олегович,*

*врач анестезиолог-реаниматолог, E-mail: dr.trofimovso@yandex.ru*

*Sergey O. Trofimov,*

*Anesthesiologist and Emergency Physician, E-mail: dr.trofimovso@yandex.ru*

DOI 10.21292/2078-5658-2018-15-3-75-76

## ВОЗМОЖНОСТИ СТРУЙНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ТРАХЕИ БЕЗ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ

Павлов В. Е., Колотилов Л. В., Карпищенко С. А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

OPPORTUNITIES OF JET VENTILATION IN MICROSURGICAL ENDOLARYNGEAL MANAGEMENT OF LARYNX AND UPPER TRACHEAL STENOSIS WITHOUT APPLICATION OF TRACHEOSTOMA

Pavlov V. E., Kolotilov L. V., Karpishhenko S. A.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

Хирургические вмешательства на гортани могут выполняться как в условиях местной, аппликационной или инфильтрационной анестезии, так и общей. В настоящее время предпочтительным считается методика общей анестезии с чрескатетерной высокочастотной струйной вентиляцией легких (ВЧ СВЛ). ВЧ СВЛ может осуществляться через катетер, вводимый в трахею через ротовую, носовую полость либо путем конико- или трахеопункции. Чрескатетерная ВЧ СВЛ в условиях стенозов гортани различной степени выраженности во время оперативного вмешательства может обеспечить адекватный газообмен на протяжении всей операции. Вентиляция через тонкий катетер, введенный через суженную голосовую щель, является альтернативой превентивному наложению трахеостомы. При этом дыхательный контур негерметичен, что затрудняет возможности измерения внутриальвеолярного давления и может приводить к повышенному риску развития баротравмы из-за высокой объемной скорости вдоха. Применение лазерного хирургического инструментария может

привести к возгоранию инсuffляционных катетеров в области суженного пространства гортани. Снижение фракции кислорода в дыхательной смеси не всегда обеспечивает минимальный риск воспаления инсuffляционных катетеров.

**Цель:** выбор безопасных режимов чрескатетерной ВЧ СВЛ при эндоскопических вмешательствах в гортани у больных со стенозами различной степени выраженности.

**Материалы и методы.** На модели легких в условиях технического эксперимента проводили ВЧ СВЛ. Смоделированы «стенозы гортани» различной степени выраженности: Ø 3,0 мм ( $S = 7,06 \text{ мм}^2$ ), 4,0 мм ( $S = 12,56 \text{ мм}^2$ ) и 5,0 мм ( $S = 19,62 \text{ мм}^2$ ). Катетер для вентиляции вводили двумя способами: «оротрахеально» – через область «стеноза» и «транстрахеально» – за область сужения. Для выбора адекватных режимов вентиляции измеряли минутный объем вентиляции (МОВ) аппаратом Monsoon «AcuTronic» и катетером с внутренним Ø 2,0–1,4 мм, длиной (Lc) 100 и 150 мм. Работа респиратора осуществлялась в