

МОЗ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ
ЛИСТ

про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я

м. Київ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 385 - 2017

Випуск 2 з проблеми
«Анестезіологія»
Підстава: рецензія
Експерта МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:
АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ

СПОСІБ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ГІНЕКОЛОГІЇ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ»
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

д.мед.н., проф. КЛИГУНЕНКО О.М.,
ХАЛІМОНЧИК В.В.

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

м. Київ

**Суть
впровадження:**

оптимізація анестезіологічного
забезпечення та післяопераційного
періоду при лапароскопічних операціях у
гінекології шляхом введення
інтраопераційно субнаркоотичних доз
кетаміну

Пропонується до впровадження у відділеннях анестезіології закладів охорони здоров'я (обласних, міських, районних) спосіб анестезіологічного забезпечення при лапароскопічних операціях у гінекології з використанням субнаркоотичних доз кетаміну з метою підвищення ефективності знеболювання та якості перебігу післяопераційного періоду.

Робота виконана в рамках науково-дослідницької роботи кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» “Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорій на догоспітальному та госпітальному етапах”, державний реєстраційний номер 0113U006504.

Актуальність. Операційна травма, біль, загальна анестезія є потужними стрес-факторами, які індукують імунні і метаболічні порушення та можуть стати причиною вторинного імунodefіциту і, як наслідок, інфекційних ускладнень, що обтяжує перебіг післяопераційного періоду (Wu H.Y. et al., 2010; Chalhoub V. et al., 2011; Silveira F.P. et al., 2012).

Світові дослідження показують, що персистуючий післяопераційний біль спостерігається майже у 40% пацієнтів. Крім того, 18,3% пацієнтів характеризують біль як помірний або тяжкий (Johansen A., Romundstad L. et al., 2012). На сьогодні опіоїди є основою післяопераційного знеболювання, проте їх великі дози можуть спровокувати розвиток гострої толерантності, гіперальгезії та ряду побічних ефектів (седація, депресія дихання, нудота і блювання та інш.).

Важливим напрямком поліпшення якості знеболювання є розробка методів комбінованого застосування анальгетиків з

різними механізмами дії та оптимізація схеми їх введення (Chir J., 2009; Sen M., 2009). У цьому зв'язку зрозумілим є інтерес до препаратів, які реалізують свій анальгетичний ефект, минаючи опіоїдні рецептори, до числа яких відносяться блокатори NMDA-рецепторів (кетамін). За даними ряду авторів (Himmelseher S. 2005, Cengiz et al., 2014) кетамін у субнаркоотичних дозах демонструє анальгетичну активність та запобігає розвитку центральної сенситизації, гіперальгезії та толерантності до опіоїдів.

Оцінка наукової (науково-технічної) розробки за Шкалою градації доказів і сили рекомендацій - 2+.

Методика дослідження. Згідно запропонованому способу анестезіологічного забезпечення лапароскопічних операцій у гінекології під час загальної анестезії використовують внутрішньовенне болюсне введення 0,3-0,5 мг/кг кетаміну до розрізу шкіри з подальшим болюсним введенням 0,2-0,3 мг/кг з інтервалом 30-40 хвилин. Індукція, в анестезію, м'язова релаксація, анальгезія, інтубація та ШВЛ проводяться за загальноприйнятою методикою.

Спосіб апробовано у 50 пацієнток гінекологічного профілю, яким проводилися лапароскопічні оперативні втручання під загальною анестезією, на базі ТОВ Ендотехномед «Клініка Гарвіс». Випадковим чином пацієнтки були розподілені на дві групи, порівнянні за віком, антропометричними даними, функціональним станом, характером оперативного втручання. Пацієнткам I групи (n = 21) проводилась стандартна тотальна внутрішньовенна анестезія (ТВА) пропофолом та фентанілом; II групи (n = 29) – до ТВА додавали субнаркоотичні дози кетаміну. В обох групах післяопераційне знеболювання здійснювали плановим введенням кетопрофену.

Вивчали інтенсивність післяопераційного больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) після екстубації та через 2, 6, 12 та 24 години після операції, необхідність у додатковому призначенні анальгетиків, динаміку показників гемодинаміки.

Результати. Інтраопераційне введення субнаркоотичних доз кетаміну забезпечило ефективну анальгезію протягом перших

6 годин післяопераційного періоду. Так, на тлі застосування субнаркоотичних доз кетаміну інтенсивність болю за ВАШ через 2 години після операції становила $3,1 \pm 0,15$ бали, через 6 годин – $3,05 \pm 0,08$, проти $5,31 \pm 0,23$ та $4,98 \pm 0,42$ балів у контрольній групі. Через 12 та 24 години різниця між групами була несуттєва. При інтраопераційному використанні кетаміну у післяопераційному періоді додаткове призначення анальгетиків потребувала 1 пацієнтка (3,4%), проти 3 пацієнток (14,3%) у контрольній групі.

При застосуванні кетаміну в жодному випадку не спостерігалось галюцинацій, седації, головного болю, запаморочення, депресії дихання. Частота нудоти, блювання та рівень задоволеності пацієнтів анальгезією статистично не відрізнялися по групах.

Показання до застосування: проведення загальної анестезії під час оперативних втручань у гінекології.

Протипоказання до застосування: підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів кетаміну; артеріальна гіпертензія (АТ > 180/100 мм рт. ст.); прееклампсія, еклампсія; гіпертиреоз; психічні захворювання (шизофренія, гострий психоз).

Висновок. Запропонований спосіб анестезіологічного забезпечення лапароскопічних операцій у гінекології ефективно зменшує післяопераційний больовий синдром та необхідність у додатковому введенні анальгетиків, що покращує перебіг післяопераційного періоду та зменшує тривалість перебування хворих у стаціонарі.

За додатковою інформацією з проблеми звертатись до авторів листа: 49044, м. Дніпро, вул.. Володимира Вернадського, 9, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО, тел. (0562) 27-17-85 (кафедра), (050) 900-27-12 (Халімончик В.В.), e-mail: victoria_kh@ukr.net.

Шановний колего!

Інформаційний лист є анотованим описом наукової (науково-технічної) продукції, що входить до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я, (Наказ МОЗ України та НАМН від 13.11.2013 №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 за № 2068/24600).

Інформаційний лист спрямований для використання керівниками структурних підрозділів (відповідного профілю) закладів охорони здоров'я України для моніторингу передових технологій діагностики та лікування з подальшим їх упровадженням у практиці (Наказ МОЗ України від 14.03.2011 №142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»).