

Путь к совершенному обезболиванию

Проф. В.Д. Слепушкин

СОГМА

Октябрь 2013 года

Пути введения обезболивающих средств

- **0 – 19 века :**
 - местный
 - пероральный
 - ректальный
 - подкожный
 - внутримышечный
- **1846 год** - ингаляционный
- **1847 год** – внутривенный (Н.И.Пирогов, Владикавказ)

Проводниковые методы обезболивания

- **Конец 19 века** – прокаин, новокаин - местное обезболивание
- **До 50-х годов 20 столетия** – блокады **любых** нервных стволов местными анестетиками, выполнение **любых** оперативных вмешательств

Преимущества СМА и ЭА

- ***Доказательства 1 уровня :***
 - снижают длительность послеоперационного пареза кишечника;
 - снижают интенсивность болевого стресса;
 - ***оказывают системное противовоспалительное действие !;***
 - ***уменьшают длительность пребывания пациентов в клинике.***

Спинномозговая анестезия

- **Первые упоминания о спинномозговой анестезии – конец 19 века.**
- **Середина 50 –х годов 20 века** – распространение методики спинномозговой анестезии (для бедных, для африканцев).
- **Местные анестетики** : ксилокаин, прокаин, новокаин, лидокаин.
- **60-е года 20 века – 21 век** : усовершенствование техники, палитра спинальных игл, наборы для спинномозговой анестезии.
- **Местные анестетики** : бивупакаин (маркаин- хеви, маркаин-спинал) (AstraZeneca).
- **Адьюванты** : морфин, фентанил (*кожный зуд*), **клофелин**,

Профилактика постпункционной головной боли при СМА

- Залогом успеха считается свободное истечение спинномозговой жидкости из иглы перед инъекцией местного анестетика

(X.Capdevila, 2013)

Маркаин

- ***Преимущества перед лидокаином:***
 - более быстрое наступление эффекта
 - Более выраженный, особенно моторный эффект
- ***Настораживающий эффект :***
кардиотоксическое действие (вплоть до асистолии) при попадании в сосудистое русло

Эпидуральная анестезия

- ***Начало эпидуральной анестезии –***
конец 70-х годов 20 столетия
- **Местные анестетики :** лидокаин,
маркаин
- **Разработка игл, наборов**
- **Разработка местных анестетиков (21
век) – Ропивакаин (Наропин).**

Наропин

- *На сегодняшний день отвечает всем требованиям, предъявляемых к «идеальному» местному анестетику:*
 - *быстрое начало действия*
 - *глубокая сенсорная и моторная блокада*
 - *хорошая переносимость высоких доз и концентраций (маркаин – 5мг/мл, наропин – 7,5 и 10 мг/мл)*
 - *низкий риск системной токсичности в терапевтических дозировках*
 - *терапевтические дозировки относительно безопасны даже при случайном попадании в сосудистое русло*

Наропин

- **«Идеален» для продленной эпидуральной блокады :**
 - в концентрации 2 мг/мл блокирует чувствительные волокна, почти не затрагивая двигательные
 - на фоне качественного обезболивания пациент сохраняет способность к передвижению (*важно у онкобольных, после протезирования суставов*)
 - *нет кумуляции и тахифилаксии при длительном применении*
 - *специальная форма выпуска (мешки по 100 мл) для продленной эпидуральной анестезии*

Существует мнение, что при асистолии, обусловленной системным токсическим действием МА (маркаин, наропин) вероятность успеха реанимационных мероприятий достоверно выше на фоне токсического эффекта наропина, чем маркаина.

Это объясняется более мощным связываем маркаина с Na – рецепторами проводящей системы сердца, а также более выраженным угнетением им митохондриального метаболизма.

В то же время «липидная реанимация» интралипидом более эффективна при маркаин-индуцированной токсичности, чем при аналогичном влиянии наропина, что объясняется большей способностью на маркаина растворяться в жирах.

(R.Fusier, 2013)

Сегодня идеальный МА – Наропин !

Какой будет завтра ?

- Посмотрим !?

- Надеемся на
AstraZeneca !

И благодарим сегодня –
AstraZeneca!!