

**Анестезиологическое обеспечение в малоинвазивной комбустиологии**

**Шевлякова Екатерина Сергеевна**

*Выпускник (специалист)*

Алтайский государственный медицинский университет, Институт клинической  
медицины, Барнаул, Россия

*E-mail: sheviimpala22@gmail.com*

**Шевлякова Е.С., Аксенова Л.В., Аминов А.Ф., Демехина Н.В., Коряковский Н.В., Платонов А.Ю., Токманцев Н.М., Турашев А.Е.**

*Ординатор 2 года по специальности Анестезиология-реаниматология*

*Email: Sheviimpala22@gmail.com*

**Научный руководитель Шмелев В.В., д.м.н., доцент, профессор кафедры  
Анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул

Для термических ожогов пламенем характерна выраженная ноцицептивная импульсация, интенсивность которой сохраняется при проведении хирургических манипуляций и в течении периоперационного периода. Эта проблема решается путём применения различных вариантов мультимодальной аналгезии с применением наркотических анальгетиков, что сопряжено с риском формирования аддикции и гипералгезии [2]. Цель работы - изучить особенности применения внутривенной кетамин-пропофоловой безопиоидной анестезии в малоинвазивной комбустиологии.

Обследована группа пациентов, которым проводилась внутривенная анестезия на основе Кетамина и Пропофола (n=20). Скорость инфузии Пропофола 1,5 - 2,5 мг/кг/ч, параллельно через тройник с помощью дозатора начинали введение Кетамина со скоростью (2 мг/кг/час) с дальнейшим титрованием препаратов. В периоперационном периоде осуществлялся неинвазивный мониторинг гемодинамики и системы дыхания по общепринятым критериям. Проведен анализ плазмы крови на стресс-гормоны. После манипуляций оценивались наличие эпизодов делирия, тошноты и рвоты, выраженность болевого синдрома (по 10-балльной визуально-аналоговой шкале, ВАШ).

Клинически значимая депрессия дыхания наблюдалась у 6 пациентов, эпизодов нестабильности гемодинамики не зарегистрировано. В послеоперационном периоде тошноты и рвоты не было, выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ пациенты оценивали в 6-10 баллов. Уровень катехоламинов перед перевязкой: Адреналин  $117 \pm 2,4$  пг\мл, Норадреналин  $757 \pm 19,4$  пг\мл, Кортизола  $565 \pm 28,6$  нмоль\л. Уровень катехоламинов после манипуляций: Адреналин  $128 \pm 3,1$  пг\мл, Норадреналин  $760 \pm 17,2$  пг\мл, Кортизола  $577 \pm 30,1$  нмоль\л. Делирий наблюдался у 4 пациентов. В дополнительном обезболивании нуждались 12 пациентов.

Таким образом, кетамин-пропофоловая анестезия в малоинвазивной комбустиологии не в полной мере соответствует критериям безопасности и управляемости. Одним из перспективных вариантов - безопиоидная внутривенная инфузия местных анестетиков и управляемой седацией Дексметомидином.

**Источники и литература**

- 1) 1. Козка А.А., Олифирова О.С., Ожоговая травма: учебное пособие – Благовещенск, 2021; с. 85

- 2) Райнес Е.В., Игонин А.Н. Ведение ожоговых пациентов. Consilium Medicum. Педиатрия (Приложение). 2012; №4:80-82.