

# Безопиоидная анестезия/анальгезия и седация у онкологического больного с длительной наркотической зависимостью в анамнезе

В. В. Баландин, Е. С. Горобец

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина» РАМН, 115478, Москва

## Nonopioid anesthesia/analgesia and sedation in oncologic patient with long term drug abuse in anamnesis (clinical case)

V. V. Balandin, E. S. Gorobets

FSBI "N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center" of RAMS, 115478, Moscow

Приведено описание клинического наблюдения удаления гигантской парафарингеальной невриномы шеи у пациента с длительной героиновой зависимостью в анамнезе и стойкой ремиссией, что потребовало исключить применение наркотических анальгетиков в периоперационный период. Задача была успешно решена с помощью мультимодальной анестезии/анальгезии и седации на основе  $\alpha_2$ -адреномиметика дексмететомидина и центрального анальгетика нефопама. *Ключевые слова:* парафарингеальная опухоль, опиоидная зависимость, мультимодальное обезбоживание, дексмететомидин, нефопам, лидокаин, теноксикам.

The paper presents a case report of removal of giant parapharyngeal neurinoma on the neck in patient with long-term heroin addiction in anamnesis and persistent remission. This condition required to exclude applying of opioid analgesics in perioperative period. The problem was successfully solved with the help of multimodal anesthesia/analgesia and sedation basing on  $\alpha_2$  - adrenomimetic dexmedetomidine and central analgesic drug nefopam. *Keywords:* parapharyngeal space tumor, opioid dependence, multimodal anesthesia, dexmedetomidine, nefopam, lidocaine, tenoxicam.

Анестезиологическое обеспечение больных с сопутствующей наркотической зависимостью – весьма актуальная проблема в связи с широким распространением наркомании, включая и хирургических больных. Злоупотребление инъекционными опиоидными наркотиками (героин, морфин) быстро приводит к физической зависимости, абстинентному синдрому, печеночной и почечной недостаточности, астеновегетативному синдрому и инфекционным осложнениям (СПИД, гепатит В и С). Хорошо известна высокая частота рецидивов наркомании после прекращения приема опиоидных препаратов, что может быть спровоцировано, в том числе их назначением с лечебной целью [1, 2]. Располагая определенным опытом седации и анестезии на основе центрального селективного агониста  $\alpha_2$ -рецепторов дексмететомидина (Дексдор<sup>®</sup>, Orion Pharma) и безопиоидного мультимодального послеоперационного обезбоживания на основе комбинации центрального ненаркотического анальгетика нефопама (Акупан<sup>®</sup>, Biocodex) и НПВП, мы посчитали оптимальным применить эту методику у пациента с большой парафарингеальной опухолью, находящегося в ремиссии после

длительной опиоидной зависимости. В доступной литературе мы не встретили случаев описания подобной методики.

Больной Х., 32 лет, ASA II, был оперирован в РОНЦ РАМН 19.11.2013 по поводу парафарингеальной невриномы шеи справа. При осмотре: выраженная деформация ротоглотки справа за счет большой подслизисто расположенной опухоли с перекрытием просвета глотки на 2/3 (рис. 1). Было очевидно, что интубация трахеи с помощью прямой ларингоскопии, в том числе видеоларингоскопии, невозможна.

Пальпаторно: на шее справа, в подчелюстной области, плотное, смещаемое, многоузловое образование размером 8 см. Глотание пищи значительно затруднено. В анамнезе: длительная (17 лет) героиновая зависимость, хр. гепатит С. Со слов больного, после реабилитационного курса работает священнослужителем и более года наркотические препараты не употребляет. Во время предоперационного осмотра анестезиолога обратился с просьбой избежать применения наркотических анальгетиков во время операции.

Премедикация: 10 мг реланиума внутримышечно на ночь. За 30 мин до интубации начата внутривенная инфузия дексмететомидина с начальной скоростью 0,7 мкг/кг/ч, которая была постепенно увеличена до 1,4 мкг/кг/ч. Параллельно налажена внутривенная

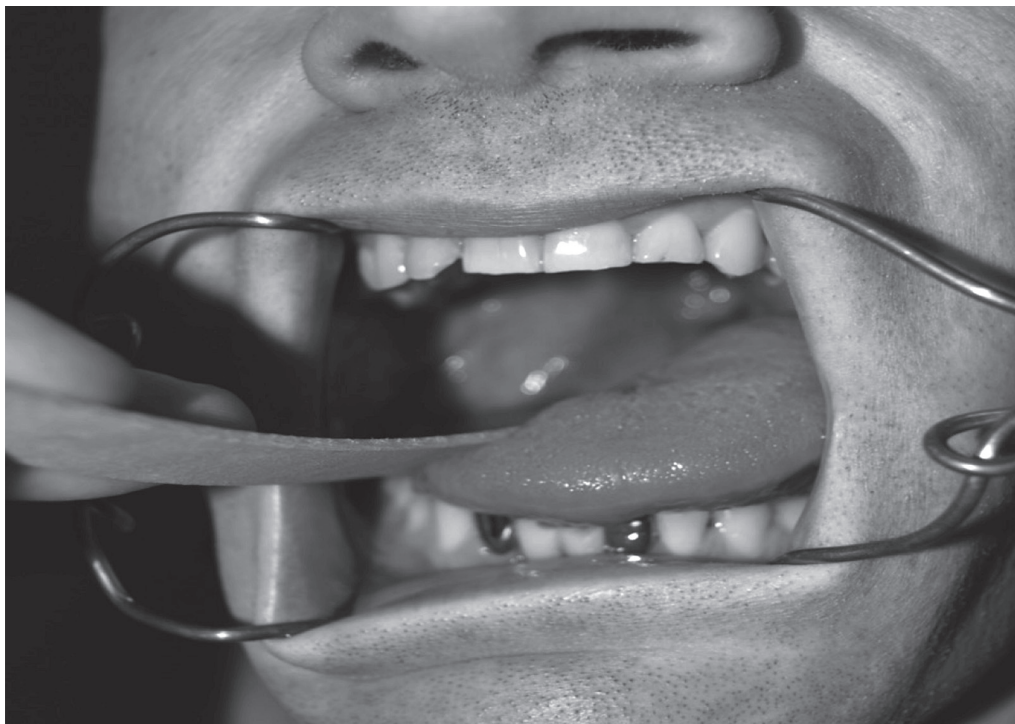


Рис. 1. Парафарингеальная невринома

инфузия лидокаина 1% со скоростью 2 мг/кг/ч. Интубация, в связи с деформацией и obturацией ротоглотки опухолью, фиброэндоскопическая с помощью бронхоскопа Storz, выполнена через нос армированной трубкой № 7 с манжетой, после предварительной анестезии носоглотки 10% спреем лидокаина (4 дозы = 19,2 мг) и местной анестезии трахеи лидокаином 2% – 6 мл (120 мг). Суммарная доза дексмететомидина к моменту интубации составила 58 мкг, лидокаина 271,2 мг и вызвала седацию глубиной 4 балла по шкале Ramsay, что обеспечило хорошие условия для введения бронхоскопа и интубационной трубки при сохранении самостоятельного дыхания и речевого контакта с больным (рис. 2).

После интубации трахеи начата ИВЛ и ингаляция севофлурана (Севоран® Abbott) 1–1,5 МАК в потоке свежего газа 1 л/мин ( $O_2 + \text{воздух } FiO_2 - 0,5$ ). Миоплегия рокурониумом (Рокуроний Каби®) в суммарной дозе 70 мг. Длительность оперативного вмешательства в объеме удаления гигантской парафарингеальной опухоли составила 140 мин. Кровопотеря 400 мл. Инфузию дексмететомидина с начала оперативного вмешательства продолжали со скоростью 1 мкг/кг/ч. Она была прекращена за 1 ч 10 мин до окончания операции, суммарное время введения составило 2 ч 30 мин, суммарная доза – 160 мкг. Инфузию лидокаина 1% продолжали в течение всего оперативного вмешательства со скоростью 1 мг/кг/ч

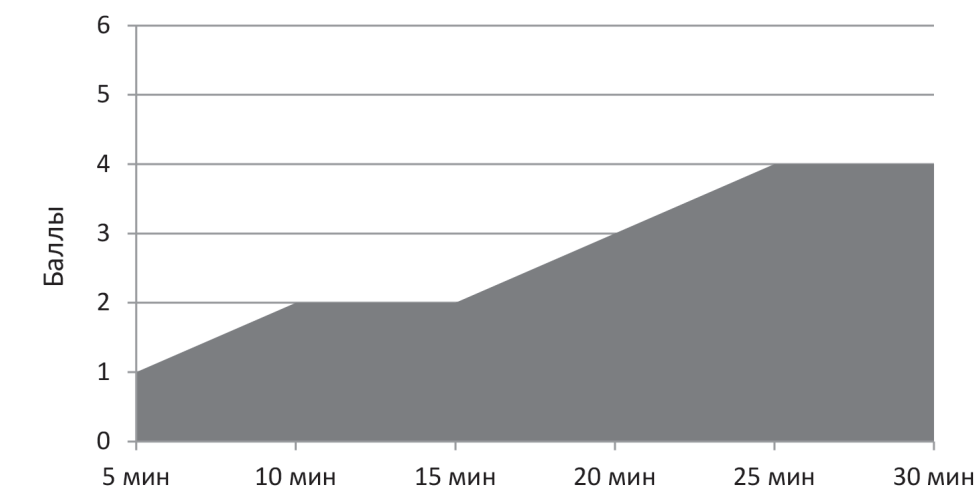


Рис. 2. Уровень седации пациента по шкале Ramsay

(суммарная доза 401,2 мг) и продлили на послеоперационный период (см. ниже). Течение анестезии было стабильным (рис. 3).

Пробуждение через 8 мин после прекращения ингаляции севофлурана. Через 5 мин, на фоне адекватного дыхания, хорошего мышечного тонуса и умеренной остаточной седации, обусловленной применением дексмететомидина, больной экстубирован. Для послеоперационного обезболивания использовали мультимодальную схему: смесь, состоящую из лидокаина 1% – 284 мл, ненаркотического анальгетика центрального действия нефопама (Акупан®, Biocodex) 1% – 12 мл (120 мг) и нестероидного противовоспалительного препарата длительного действия теноксикама (Тексамен®, Asfarma) 1% – 4 мл (40 мг), вводили внутривенно в течение 2 сут с помощью одноразовой

инфузионной помпы фирмы Tuopen объемом 300 мл с регулятором скорости введения. Начали инфузию за 30 мин до конца операции со скоростью 6 мл/ч. Качество обезболивания было высоким (рис. 4).

Дополнительного обезболивания не потребовалось. После отключения инфузионной помпы, последующие 4 сут пациент получал обезболивание комбинацией нефопама 20 мг 3 раза в сут с тексаменом 20 мг 1 раз в сут внутримышечно. На 10-е сут пациент в удовлетворительном состоянии выписан из клиники.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность выполнения высокотравматичных хирургических вмешательств в богато иннервируемых зонах, недоступных для регионарных блокад, в условиях многокомпонентной

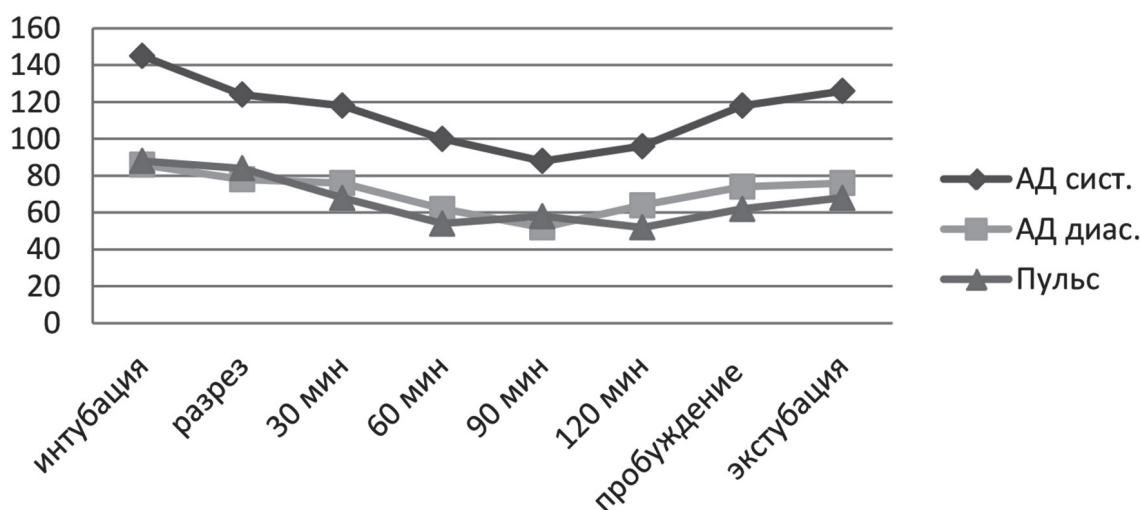


Рис. 3. Показатели артериального давления и ЧСС

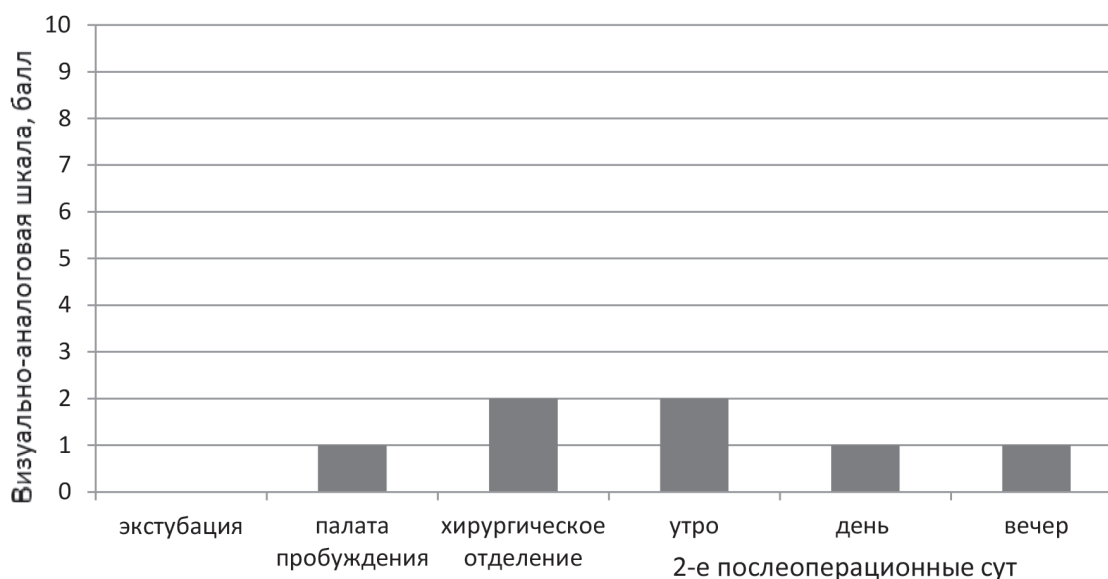


Рис. 4. Эффективность послеоперационного обезболивания по (ВАШ)

безопиоидной анестезии на основе внутривенного введения дексмететомидина в комбинации с лидокаином и ингаляции паров севофлурана. Сочетание дексмететомидина с лидокаином внутривенно обеспечивает эффективную седацию без угнетения дыхания при сохранении контакта анестезиолога с пациентом [3, 4], в том числе при фиброоптической интубации трахеи и трахеостомии [5]. Безопиоидная мультимодальная схема длительного внутривенного обезболивания на основе центрального ненаркотического анальгетика нефопама, местного анестетика лидокаина и НПВП длительного действия теноксикама обеспечила мощный обезболивающий эффект в послеоперационный период и раннюю активизацию больного. Таким образом, рациональная многокомпонентная методика седации, анестезии и анальгезии позволяет полностью отказаться от периоперационного применения наркотических анальгетиков при выполнении высокотравматичных операций в области головы и шеи, что особенно важно для пациентов с наркотической зависимостью в стадии ремиссии.

#### Литература

1. *Greydanus D. E., Patel D. R.* Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician. *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50: 1179–1223.
2. *Wartier D. C., Mitra S., Sinatra R. S.* Perioperative management of acute pain in the opioid-dependent patient. *Anesthesiology.* 2004; 101: 212–227.

3. *Jakob S. M., Ruokonen E., Grounds R. M. et al.* Dexmedetomidine vs midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation: two randomized controlled trials. *JAMA.* 2012; 307: 1151–1160.
4. *Venn R. M., Hell J., Grounds R. M.* Respiratory effects of dexmedetomidine in the surgical patient requiring intensive care. *Crit. Care.* 2000; 4: 302–308.
5. *Баландин В. В., Горобец Е. С.* Первый опыт безопиоидной анестезии/анальгезии и седации на основе дексмететомидина при онкологических операциях на голове и шее у больных с «трудными» дыхательными путями. *Вестник анестезиологии и реаниматологии.* 2013; 10 (5): 9–12.

#### References

1. *Greydanus D. E., Patel D. R.* Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician. *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50: 1179–1223.
2. *Wartier D. C., Mitra S., Sinatra R. S.* Perioperative management of acute pain in the opioid-dependent patient. *Anesthesiology.* 2004; 101: 212–227.
3. *Jakob S. M., Ruokonen E., Grounds R. M. et al.* Dexmedetomidine vs midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation: two randomized controlled trials // *JAMA.* 2012; 307: 1151–1160.
4. *Venn R. M., Hell J., Grounds R. M.* Respiratory effects of dexmedetomidine in the surgical patient requiring intensive care. *Crit. Care.* 2000; 4: 302–308.
5. *Balandin V. V., Gorobets E. S.* The first experience of nonopioid anesthesia/analgesia and sedation basing on dexmedetomidine during oncologic operations on head and neck in patients with difficult airways. *Vestnik anesthesiologii i reanimatologii.* 2013; 5: 9–12.