

2. Кисельникова Л.П., Златоусский А.Г., Фадеева Е.Н., Карасева Р.В. Потребность в оказании стоматологической помощи детям в условиях седации с сохраненным сознанием. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2011; 3: 3–6.
3. Златоусский А.Г. Особенности оказания стоматологической помощи детям в условиях седации с сохраненным сознанием. М.; 2013.
4. Козлов В.И. Развитие системы микроциркуляции. М.; 2012.
5. Козлов В.И., Агуров Г.А., Гурова О.А. Компьютерная TV-микроскопия сосудов конъюнктивы глазного яблока в оценке состояния микроциркуляции крови. М.; 2004.
6. Шавлохова Е.А., Короленькова М.В., Острейков И.Ф. Применение медикаментозной седации мидазоламом в амбулаторной стоматологии у детей. *Анестезиология и реаниматология*. 2014; 5: 48–52.
7. Johnson E., Briske D., Majewski R., Edwards S., Reynolds P. The physiologic and behavioral effects of oral and intranasal midazolam in pediatric dental patients. *Pediatr. Dent.* 2010: 229–38.
8. Chen J., Seybold S., Yazdi H. Assessment of the effects of 2 sedation regimens on cardiopulmonary parameters in pediatric dental patients: a retrospective study. *Pediatr. Dent.* 2006; 28: 350–6.
2. Kisel'nikova L.P., Zlatousskiy A.G., Fadeeva E.N., Karaseva R.V. Need for rendering the dentistry help to children in the conditions of a sedation with the kept consciousness. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*. 2011; 3: 3–6. (in Russian)
3. Zlatousskiy A.G. Features of Rendering the Stomatologic Help to Children in the Conditions of a Sedation with the Kept Consciousness. Moscow; 2013. (in Russian)
4. Kozlov V.I. Development of System of Microcirculation. [Razvitie sistemy mikrotsirkulyatsii]. Moscow; 2012. (in Russian)
5. Kozlov V.I., Agurov G.A., Gurova O.A. Computer TV-microscopy of Vessels of a Konyuyuktiva Eye to an Assessment of a Condition of Microcirculation of Blood. Moscow; 2004. (in Russian)
6. Shavlokhova E.A., Korolenkova M.V., Ostreykov I.F. Sedation with midazolam for ambulance pediatric dentistry. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2014; 5: 48–52. (in Russian)
7. Johnson E., Briske D., Majewski R., Edwards S., Reynolds P. The physiologic and behavioral effects of oral and intranasal midazolam in pediatric dental patients. *Pediatr. Dent.* 2010: 229–38.
8. Chen J., Seybold S., Yazdi H. Assessment of the effects of 2 sedation regimens on cardiopulmonary parameters in pediatric dental patients: a retrospective study. *Pediatr. Dent.* 2006; 28: 350–6.

REFERENCES

1. Rabinovich S.A., Zoryan E.V., Dobrodeev A.S. Conscious Sedation in Dental Treatment. [Sedatsiya v stomatologii]. Moscow; 2013. (in Russian)

Received. Поступила 18.03.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 617-089.5:617.764.5-053.2-089.819.5

Битюков Ю.В., Дереза С.В., Кузнецов И.В., Курочкин В.Н., Мясникова В.В., Порядина О.В., Федоренко С.С.

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗОНДИРОВАНИЙ СЛЕЗНО-НОСОВОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

Краснодарский филиал ФГБУ МНТК “Микрохирургия глаза” им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, 350012, Краснодар, Россия

Проведение зондирования слезных путей, несмотря на малую травматичность, у детей требует общей анестезии для предупреждения травматических и неврологических осложнений. По технической простоте, безопасности и управляемости оптимальной является общая анестезия севофлураном. На опыте проведения 996 анестезиологических пособий сравнивались методики масочной ингаляционной анестезии галотаном и севофлураном. Авторами разработан собственный стандарт проведения масочной ингаляционной анестезии севофлураном у детей при зондировании слезных путей, использование которого позволило свести до минимума количество интра- и послеоперационных осложнений, сократить сроки послеоперационного наблюдения, ускорить возможность перорального возмещения жидкостного дефицита.

Ключевые слова: *дакриоцистит; зондирование слезно-носового протока; анестезиологическое пособие у детей; стандарт проведения ингаляционной анестезии.*

Для цитирования: *Анестезиология и реаниматология. 2015; 60 (3): 26-29.*

THE EXPERIENCE OF ANAESTHESIA MANAGEMENT FOR SENSING OF NASOLACRIMAL DUCT IN CHILDREN

Bityukov Yu.V., Dereza S.V., Kuznetsov I.V., Kurochkin V.N., Myasnikova V.V., Poryadina O.V., Fedorenko S.S. Fedorov Eye Microsurgery, Krasnodar branch, 350012, Krasnodar, Russian Federation

Despite low invasiveness, lacrimal passages intubation in children requires general anaesthesia to prevent traumatic and neurological complications. General anaesthesia with sevoflurane is optimal for technical simplicity, safety and controllability. Methods of face mask inhalation anaesthesia with halothan and sevoflurane were compared in 996 patients. The authors have developed their own standart of performing the face mask inhalation anaesthesia with sevoflurane in children during lacrimal passages intubation. This allowed to minimize the number of intra- and postoperative complications in children, to reduce period of postanesthetic observation, to advance the peroral compensation of fluid deficit.

Key words: *dacryocystitis; sensing tearfully-nasal duct; anesthetic in children; standard of inhalation anaesthesia.*

Citation: *Anesteziologiya i reanimatologiya. 2015; 60 (3): 26-29. (in Russ.)*

Введение. У плода выход слезно-носового протока в нос закрыт мембраной Гаснера, подвергающейся обратному развитию в первые дни после родов [1, 2]. У части новорожденных эта мембрана сохраняется, в результате чего создаются условия для развития дакриоцистита новорожденных (ДцН). Частота ДцН составляет, по данным разных авторов, 1–4% новорожденных [2]. Патологией слезоотводящего аппарата страдают от 5 до 12% всех оф-

тальмологических амбулаторных и стационарных больных [3].

Одним из методов диагностики и лечения ДцН является зондирование и промывание слезных путей (ЗСП). Существуют “полярные” мнения о трматичности и болезненности ЗСП: от “... зондирование выполняется очень быстро, а местной анестезии достаточно для того, чтобы малыш не чувствовал боли” [4] до “зондирование слезно-носового канала представляет собой сложную, болезненную и далеко небезопасную процедуру” [5]. Тем не менее общепринятым считается проведение ЗСП под местной анестезией с надежной иммобилизацией ребенка [6]. Однако проведение любых лечебных манипуляций

Информация для контакта:

Битюков Юрий Владимирович

Correspondence to:

Bityukov Yu.V.; e-mail: ukfp2004@mail.ru

у детей (особенно при отсутствии родителей) сопряжено со стрессом, что вызывает центральную сенситизацию и резкое снижение болевого порога. Стрессорная реакция у детей проявляется двигательным беспокойством, напряжением, плачем, что может послужить причиной неудачи при выполнении ЗСП, способствовать возникновению травматических и неврологических осложнений. В связи с этим адекватное анестезиологическое пособие (АП) в детской хирургии ДцН является одним из важнейших факторов, обеспечивающих психофизиологический комфорт и снижение эмоциональной нагрузки как на пациента, так и на медперсонал, повышает качество и сокращает сроки лечения [7].

Исходя из санитарно-эпидемиологических требований, ЗСП в нашем филиале выполняются 1 раз в неделю в режиме амбулаторной хирургии. Длительность операции составляет 5–15 мин. В условиях больших потоков пациентов (до 12 пациентов в день операции), помимо создания комфортных условий пациенту и хирургу, огромное значение имеет быстрое пробуждение ребенка с восстановлением сознания и возможности энтерального восполнения дефицита жидкости в максимально короткий срок после анестезии.

Цель нашего исследования – обобщение опыта проведения операций ЗСП у детей младшего возраста с выработкой собственного стандарта анестезиологического обеспечения ЗСП в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Проведен анализ ЗСП у 996 пациентов за 12-летний период работы. Количество ЗСП, распределенных по годам: в 2002 г. проведено 27 операций, в 2003 г. – 36, в 2004 г. – 43, в 2005 г. – 43, в 2006 г. – 63, в 2007 г. – 70, в 2008 г. – 101, в 2009 г. – 98, в 2010 г. – 121 операция; в 2011 г. – 133, в 2012 г. – 147, в 2013 г. – 114.

ЗСП проводили после предварительного курса лечения ДцН у детей в возрасте от 4 мес до 4 лет. 727 (73%) пациентов были в возрасте до 1 года, 1–2 лет – 219 (22%), старше 2 лет – 50 (5%). АП проводили на спонтанном дыхании масочным методом (VIMA) аппаратом Fabius-CE (Dräger), параметры гемодинамики и метаболизма (АД, Ps, SaO₂, температура тела) контролировали с помощью кардиомониторов Cardiosar-2 (Datex-Ohmeda) и PVM 2701K (Nihon Kohden), капнографию и контроль газового состава смеси – мультигазовым монитором Vamos (Dräger). Обращали внимание на частоту проявлений предоперационного стресса (плач, двигательное возбуждение), частоту обструктивных нарушений (кашель, частичный ларингоспазм), частоту возникновения двигательной активности во время операции, частоту проявлений послеоперационной тошноты и рвоты – ПОТР (срыгивание и рвота в посленаркозном периоде). Отмечали время индукции, длительность операции, время пробуждения. После выполнения ЗСП у хирургов выясняли уровень комфортности по 10-балльной ВАШ.

В начале нашей работы были попытки проводить АП внутримышечным введением кетамина (8 мг/кг) в качестве мононаркоза (7 наблюдений) и интраназальным введением мидазолама (0,2–0,3 мг/кг) 3 наблюдения. Однако сохраняющаяся двигательная активность, увеличение временных затрат в связи с более длительной посленаркозной депрессией и плохая управляемость явились факторами, заставившими отказаться от данных методов АП. Внутривенное введение препаратов не использовали, так как затраты времени и психоэмоциональная травма при пункции и катетеризации периферической вены у ребенка зачастую паритетны самой манипуляции. Поэтому из множества вариантов проведения АП у детей младшего возраста мы предпочли ингаляционную моноанестезию (VIMA) галотаном (137 наблюдений), а с 2006 г. – севофлураном (849 наблюдений). Основной опасностью при этом виде анестезии является угроза регургитации и аспирации содержимого желудка, крови или промывных вод при проверке правильности выполнения ЗСП. Поэтому АП при ЗСП выполняется строго по выработанному нами протоколу (внутреннему стандарту).

Стандарт анестезиологического обеспечения ЗСП. Накануне ЗСП (в течение недели) ребенок осматривается хирургом, назначаются санирующая терапия и сроки вмешательства.

Затем пациент проходит осмотр у анестезиолога с тщательным сбором анамнеза, выявлением сопутствующей патологии, абсолютных и относительных противопоказаний к проведению анестезии. Особое внимание уделяется строению и проходимости воздухоносных путей, критериям «трудной» интубации трахеи, неврологическому дефициту (угроза декомпенсации в процессе анестезии!), оценивается риск развития «злокачественной гипертонии», «внезапной младенческой смерти», ларингоспазма. По общему статусу, анализам крови, термометрии исключаются острая респираторная инфекция, обострение хронических заболеваний. При выявлении сопутствующей патологии ребенок направляется к профильным специалистам для оценки степени компенсации и необходимого лечения. Родителям разъясняется характер и опасность предстоящего вмешательства и анестезиологического пособия, в обязательном порядке заполняется бланк информированного согласия на проведение АП. Подробно разъясняется риск ОРВИ и наличия «полного желудка» для жизни ребенка при проведении АП, назначается время последнего кормления перед процедурой (не позже 6 ч до начала АП). В день ЗСП родители доставляют ребенка в филиал к началу рабочего дня. Пациент повторно осматривается анестезиологом, исключаются остро возникшие заболевания, обострение сопутствующей патологии, анализируются заключения специалистов. У детей старше года проводится вербальная суггестивная подготовка. У детей младенческого возраста применяется отвлекающая тактильная и аудиовизуальная суггестия. До начала АП ребенок находится с родителями. Непосредственно перед операцией на фоне продолжающейся суггестии ребенок доставляется в специально оборудованную операционную, обеспеченную централизованной подачей кислорода, кардиомонитором, наркозным аппаратом, электроотсасывателем, оборудованием для проведения реанимационных мероприятий. Пациент укладывается на операционный стол в улучшенное положение Джексона для облегчения экстренной интубации трахеи в случае возможной обструкции дыхательных путей. VIMA галотаном (VIMA Г) проводилась по принципу пошаговой индукции, что увеличивало срок АП и начала ЗСП в среднем на 3 мин. После появления в арсенале севофлурана (VIMA С) используется болюсная методология ингаляционной индукции. Продолжающаяся в это время суггестия позволяет отвлечь внимание ребенка, уменьшить негативную реакцию на раздражающее действие паров анестетика, тем самым сокращая стадию возбуждения и время наступления хирургической стадии. После достижения хирургической стадии наркоза концентрация анестетика уменьшается до 1,5–2 МАК (меньше концентрации, по нашим наблюдениям, не исключают внезапной рефлекторной двигательной активности ребенка при раздражении структур глаза). По этой же причине в обязательном порядке проводится местная анестезия закапыванием дикаина; обработка операционного поля, бужирование слезно-носового протока и введение через него зонда в полость носа. Во время наркоза попадание жидкости в глотку угрожает развитием аспирационного синдрома. Поэтому после введения зонда прекращается ингаляция анестетика, обученным персоналом ребенка переворачивают вниз лицом, избегая поднятия головного конца, удерживают на весу, и только после этого хирург вводит 1–3 мл физиологического раствора в зонд. При правильном стоянии зонда раствор начинает выливаться из гомолатеральной ноздри. Сразу же без изменения положения тела ребенка удаляется зонд и производится санация носо- и ротоглотки. При неудаче ребенок возвращается в исходное положение, продолжается ингаляция кислорода с парами анестетика и проводится повторная попытка ЗСП. При успехе проводится инсуффляция кислорода до появления двигательной активности на тактильные раздражители, после чего ребенок переводится в находящуюся рядом палату пробуждения, где находится с одним из родителей до полного пробуждения. Присутствие родных позволяет смягчить послеоперационный стресс для ребенка. После полного пробуждения под контролем анестезиолога ребенку позволяют выпить несколько глотков воды и в течение 30 мин наблюдают для исключения диспептических явлений (рвота, отрыжка). При отсутствии срыгивания, рвоты разрешается кормление жидкой пищей с последующим наблюдением еще в течение 30 мин. В дальнейшем пациент с родителями отпускается домой с рекомендациями по дробному питанию малыми порциями и наблюдению за поведением ребенка в течение ближайших 12 ч для исключения возможных неврологических нарушений.

Таблица 1

Продолжительность этапов общей анестезии при проведении ЗСП ($M \pm m$)

Показатель	Число детей	Время индукции, мин	Длительность операции, мин	Время пробуждения, мин	Оценка комфортности хирурга, балл
VIMA Г	137	5,8±2,1	7,7±3,5	13,8±2,3	8,7±4,3
VIMA С	649	2,5±1,1	8,3±1,6	7,8±1,3	8,3±3,6

Таблица 2

Периоперационные осложнения при проведении ЗСП

Показатель	Число детей	Исходные плач, возбуждение	Кашель, частичный ларингоспазм	Двигательная активность	ПОТР
VIMA Г	137	76 (55,5%)	19 (15,9%)	6 (4,4%)	4 (2,9%)
VIMA С	649	181 (27,9%)	35 (5,4%)	15 (2,3%)	7 (1,0%)

Результаты исследования и их обсуждение. Данные анализа представлены в табл. 1 и 2.

Учитывая более выраженное раздражающее действие галотана при VIMA Г, применялась пошаговая индукция. В связи с этим (вероятно, с более высоким коэффициентом распределения кровь–газ у Галотана) время вводной анестезии и начала ЗСП при болюсной индукции севофлурана сократилось более чем в 2 раза. Некоторое увеличение средней продолжительности вмешательства объясняется нарастанием потока с более сложной патологией. Более высокие коэффициенты распределения кровь–газ и мозг–кровь для галотана, вероятно, обусловили более длительный период пробуждения при VIMA Г у детей. Возможно, этот же механизм лежит в основе отмеченной нами более выраженной посленаркозной седации при VIMA Г, проявляющейся более частым возобновлением плача и беспокойства при VIMA Севофлурана в раннем посленаркозном периоде в случае исходной стрессорной реакции у детей. Проведение ЗСП по методике VIMA в плане комфортности работы было высоко оценено хирургами (см. табл. 1). Основные претензии к методике предъявлялись в связи с неизбежной «утечкой» паров анестетика в атмосферу операционной. Использование безманжеточных лицевых масок снизило количество претензий на затруднение оперативного доступа.

Значительное превышение «стрессорных» реакций перед индукцией при VIMA Г частично обусловлено недостаточной отработкой нами суггестивных методов при наработке стандарта и, вероятно, с более длительным периодом засыпания у детей при пошаговой индукции. Более выраженный раздражающий эффект галотана и гиперсаливация при плаче, вероятно, являются причинами относительно более частого кашля и частичного ларингоспазма при попадании избыточной слюны на связки во время проведения VIMA Г. Все случаи легко купировались после санации ротоглотки и последующего «углубления» наркоза. Признаков регургитации не выявлено ни в одном случае. Двигательная активность во время операции отмечалась чаще при повторных ЗСП, что, вероятно, связано со снижением альвеолярной концентрации анестетика во время проверки правильности стояния зонда. Проявления ПОТР ожидаемо чаще (относительно) встречались при VIMA Г. Значимые диспептические явления (многократная рвота после питья при пробуждении) отмечены лишь у 1 (0,7%) пациента при VIMA, наблюдавшегося по поводу дисбактериоза и дискинезии желчевыводящих путей и хронической кетонемии. Для восстановления метаболизма и водных потерь потребовалась госпитализация ребенка на одни сутки в отделение анестезиологии-реанимации детской краевой больницы. В остальных случаях синдром

ПОТР проявлялся однократной рвотой и (или) срыгиванием и какой-либо терапии не требовал.

При плановых повторных осмотрах хирургом родители опрашивались на тему отсроченных неврологических и диспептических посленаркозных осложнений – таковых не отмечено.

Заключение

При кратковременных вмешательствах в амбулаторных условиях у детей младшего возраста и новорожденных по технической простоте, безопасности и управляемости оптимальным методом АП является VIMA С. Отсутствие раздражающего действия севофлурана позволяет использовать болюсную индукцию, тем самым сокращая время воздействия паров анестетика на пациента и персонал. Отмечено более раннее пробуждение детей при VIMA С, что обеспечивает раннее начало перорального восполнения дефицита жидкости.

Основная опасность масочного наркоза – угроза аспирационных осложнений. Поэтому операционная должна быть оборудована всеми необходимыми средствами для интубации трахеи и проведения реанимационных мероприятий. Необходимо неукоснительное следование стандарту проведения АП, что позволяет избежать наркозных и посленаркозных осложнений. Немаловажным компонентом благополучного АП, сокращающим периоды вводного наркоза и двигательного возбуждения, является суггестивная отвлекающая подготовка в предоперационном периоде и во время вводной анестезии. Присутствие близких родственников при пробуждении ребенка благотворно влияет на послеоперационный стресс и позволяет сократить медикаментозную нагрузку и сроки посленаркозного наблюдения. После амбулаторного АП у ребенка следует убедиться не только в восстановлении сознания, но и возможности перорального возмещения жидкостного дефицита, возникшего в результате предоперационного голодания.

ЛИТЕРАТУРА

- Черкунов Б.Ф. *Болезни слезных органов*. Самара: ГП «Перспектива»; 2001.
- Бржеский В.В., Астахов Ю.С., Кузнецова Н.Ю. *Заболевания слезного аппарата: Пособие для практикующих врачей*. СПб.: Эко-Вектор; 2007.
- Кузнецова Н.Ю. *Современные методы исследования и восстановления функции слезоотводящих путей: Дисс.* Available at: <http://medical-diss.com/medicina/sovremennyye-metody-issledovaniya-i-osstanovleniya-funktsii-slezootvodnyaschih-putey#ixzz3C3zs2Nbc> (Accessed 25 August 2014).
- Пугачев С.И. Детский офтальмолог. Дакриоциститы новорожденных. Клиника микрохирургии глаза на Маерчака 2011. Available at: <http://glazalazer.ru/lechenie-glaz-u-detey/dakriotsistiti-novorozhdennich> (Accessed 25 August 2014).
- Дакриоцистит новорожденных* ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней Академии наук республики Башкортостан» 2005–2013. Available at: <http://www.ufaeyeinstitute.ru/patient/diseases-and-their-treatment/12581/> (Accessed 25 August 2014).
- Арестова Н.Н. Дакриоциститы новорожденных. В кн.: *Избранные лекции по детской офтальмологии / Под ред. В.В. Нероева*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
- Забусов А.В., Тимошенко А.Л., Литвиненко С.Н. Анестезиологическое обеспечение современной эндоскопической синус-хирургии. В кн.: *Материалы VII Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов: Тезисы докладов*. СПб.; 2000: 96.

REFERENCES

- Cherkunov B.F. *Diseases of the Lacrimal Organs*. [Bolezni slезnykh organov]. Samara: GP "Perspektiva"; 2001. (in Russian)
- Brzheskiy V.V., Astakhov Yu.S., Kuznetsova N.Yu. *Diseases of the Lacrimal Apparatus: A Handbook for Practitioners*. [Zabolevaniya

- sleznogo apparata. Posobie dlya praktikuyushchikh vrachey]. St. Petersburg: Eko-Vektor; 2007. (in Russian)
3. Kuznetsova N.Yu. *Modern Methods of Investigation and Restoration of Function of the Lacrimal Pathways. [Sovremennye metody issledovaniya i vosstanovleniya funktsii slezootvodyashchikh putey]: Diss.* Available at: <http://medical-diss.com/medicina/sovremennye-metody-issledovaniya-i-vosstanovleniya-funktsii-slezootvodyashchih-putey#ixzz3C3zs2Nbc> (Accessed 25 August 2014). (in Russian)
 4. Pugachev S.I. *Pediatric Ophthalmologist. Neonatal Dacryocystitis. [Detskij oftal'molog. Dakriotsistity novorozhdennykh]*. Clinic Eye Microsurgery at Maerchaka 2011. Available at: <http://glazalazer.ru/lechenie-glaz-u-detey/dakriotsistity-novorozhdennich> (Accessed 25 August 2014). (in Russian)
 5. *Neonatal Dacryocystitis State Institution "Ufa Research Institute of Eye Diseases of the Academy of Sciences of the Republic of Bashkortostan" 2005–2013. [Dakriotsistit novorozhdennykh GBU "Ufimskiy NI glaznykh bolezney Akademii nauk respubliki Bashkortostan" 2005–2013]*. Available at: <http://www.ufaeyeinstitute.ru/patient/diseases-and-their-treatment/12581/> (Accessed 25 August 2014). (in Russian)
 6. Arestova N.N. Neonatal dacryocystitis. In: *Liked Lectures on Pediatric Ophthalmology. [Izbrannye lektsii po detskoj oftal'mologii]* / Ed. V.V. Neroev. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian)
 7. Zabusov A.V., Timoshenko A.L., Litvinenko S.N. Anesthetic management of advanced endoscopic sinus surgery. In: *Abstracts VII All-Russian Congress of Anesthesiologists and Resuscitation. [Tezisy dokladov VII Vserossiyskogo s"ezda anesteziologov i reanimatologov]*. St. Petersburg; 2000: 96. (in Russian)

Received. Поступила 18.03.15

АНЕСТЕЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ

© ЛИХВАНЦЕВ В.В., 2015

УДК 617-089.152-06:616.1

Лихванцев В.В.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В НЕКАРДИАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Комментарий к новому европейскому руководству

«Некардиальная хирургия: оценка и управление сердечно-сосудистой системой»

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, 129110, Москва, Россия

В начале 2014 г. опубликованы новые рекомендации по периоперационному ведению больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) [1], которые явились результатом совместной работы коллегии экспертов Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейского общества анестезиологов (ESA). Рекомендации ESC/ESA-2014 подробно и точно в соответствии с современным уровнем развития нашей специальности определяют алгоритм действий анестезиолога в процессе подготовки и проведения анестезии, а также интенсивной терапии раннего послеоперационного периода. Без сомнения они будут полезны всем специалистам, вовлеченным в процесс оказания медицинской помощи пациентам в некардиальной хирургии с соответствующими заболеваниями СССР. Данная статья, однако, совсем не претендует на полное изложение цитируемого документа, она всего лишь содержит собственный комментарий к тем положениям, которые показали автору наиболее существенными и интересными.

Ключевые слова: некардиальная хирургия; ESA/ESC; рекомендации.

Для цитирования: *Анестезиология и реаниматология*. 2015; 60 (3): 29-34.

PERIOPERATIVE MANAGEMENT IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN NON-CARDIAC SURGERY (Commentary on the new european guidelines "Non-cardiac surgery: evaluation and management of cardiovascular system")

Likhvantsev V.V.

Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, 129110, Moscow, Russian Federation

New guidelines for the perioperative management of patients with concomitant diseases of the cardiovascular system (CVS) have been published in the beginning of 2014. The guidelines were the result of joint work of the Board of experts of the European society of cardiology (ESC) and European society of anaesthesiology (ESA). Recommendations ESC/ESA-2014 thoroughly and accurately determine the algorithm of actions of the anaesthesiologist in the process of preparation and conduct of anesthesia and intensive therapy in the early postoperative period in accordance with the modern level of development of our specialty. No doubt they will be useful to all professionals involved in the process of providing medical care to patients in non-cardiac surgery with concomitant diseases of the cardiovascular system. This article, however, does not purport to be a complete summary of the cited document; it only contains its own commentary on those provisions which are in the author's opinion the most significant and interesting.

Key words: non-cardiac surgery, ESA/ESC, recommendations.

Citation: *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2015; 60 (3): 29-34. (in Russ.)

В начале 2014 г. опубликованы новые рекомендации по периоперационному ведению больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) [1]. Эти рекомендации – результат совместной работы Европей-

ского общества кардиологов (ESC) и Европейского общества анестезиологов (ESA). В преамбуле авторы поясняют, что данный труд является попыткой объединить и систематизировать все те разрозненные рекомендации последних лет, которые были выпущены каждым из упомянутых профессиональных сообществ отдельно. Они адресованы всем медицинским специалистам, так или иначе вовлеченным в процесс подготовки, оперативного лечения и послеоперационного интенсивного ведения указанной категории боль-

Информация для контакта:

Лихванцев Валерий Владимирович

Correspondence to:

Likhvantsev Valery; e-mail: lik0704@gmail.com