

ванные клинико-лабораторные показатели имели менее значимые коэффициенты корреляции, что указывает на их низкую диагностическую и клиническую значимость.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение указанных клинико-лабораторных показателей играет важную роль в диагностике и оценке степени тяжести больных с кровотечениями. Использование совокупности указанных критериев повышает достоверность оценки степени тяжести и объема кровопотери у больных с острыми кровотечениями.

А.Ю. Новиков, И.Е. Голуб, Л.В. Сорокина, К.В. Майстровский

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Приморская краевая клиническая больница №1 (Владивосток)
Краевой сосудистый центр (Владивосток)*

Цель исследования — оценить эффективность использования продленной эпидуральной анестезии и ЭА в сочетании с кетопрофеном и анальгетическими дозами кетамина в лечении болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проспективное рандомизированное («метод конвертов») контролируемое исследование проведено у 90 больных. Критерии включения: возраст 65–82 лет, облитерирующий атеросклероз с выраженным болевым синдромом на фоне критической ишемии нижних конечностей 3–4 степени по классификации Фонтена-Покровского. Критерии исключения: непереносимость местных анестетиков, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, отказ пациента. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 30 пациентов, которым для купирования болевого синдрома выполнялась продленная эпидуральная анестезия ропивакаина гидрохлоридом. Во вторую группу вошли 30 больных, у которых выполнялась эпидуральная анестезия 0,2% ропивакаином (6–12 мг/кг) в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена (300 мг). В третьей группе у 30 пациентов проводилась продленная эпидуральная анестезия 0,2% ропивакаином (6–12 мг/кг), внутримышечное введение кетопрофена (300 мг) и кетамина (0,2 мг/кг). Для оценки эффективности проводимой анестезии определяли концентрацию кортизола и глюкозы. Использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для оценки болевого синдрома. Оценивали динамику реовазографического (РИ) и плече-лодыжечного индексов (ПЛИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования показали, что болевой синдром до лечения составил по шкале ВАШ 7,6 (6,8; 8,2) и сопровождался повышением уровня кортизола 668 (656; 734) нмоль/л. Использование продленной эпидуральной анестезии у больных первой группы не позволяет в полной мере купировать болевой синдром. Во второй группе пациентов качество обезболивания было более высоким, благодаря существенному снижению влияния факторов, лежащих в основе болевого синдрома. ВАШ к 5 суткам составил 2,6 (2,2; 2,9), и уровень кортизола достиг референтных значений к 5 суткам. Сочетание ЭА с кетопрофеном и анальгетическими дозами кетамина в третьей группе позволило снизить интенсивность боли к 3 суткам до 2,5 (2,2; 2,8) баллов, снизить скорость инфузии наропина, нормализовать концентрацию глюкозы и кортизола за счет эффективной эфферентной блокады, антипростагландинового действия кетопрофена и блокады NMDA-рецепторов кетамином, увеличить амплитуду линейной скорости кровотока, показатель плече-лодыжечного индекса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение продленной эпидуральной анестезии в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена и кетамина в анальгетической дозе позволяет патогенетически воздействовать на все звенья формирования хронического болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей. Сочетанная анестезия значительно повышает качество обезболивания и позволяет прервать болевую импульсацию на центральном, сегментарном и периферическом уровне. Мультиmodalная концепция терапии хронического болевого синдрома является одним из перспективных методов терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей.