

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Скицан Ярослав Максимович, Киричук Дарья Андреевна

Научный руководитель: Рахмонов А. А., к. м. н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО, SPIN-код: 3073-2645

Аннотация. В статье представлены основные методы анестезии в условиях скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: анестезия, аналгезия, условия скорой медицинской помощи, виды боли.

Актуальность. В настоящее время бригадам скорой медицинской помощи приходится сталкиваться с различными ситуациями на вызовах, будь то обычные рядовые вызовы на дом или более серьезные и масштабные при чрезвычайных ситуациях, катастрофах, требующие применения определенных методов и видов анестезии, подходящих именно под ту ситуацию, с которой столкнулась бригада скорой медицинской помощи.

Цель работы: обозначить основные виды боли у пациентов, с которыми встречаются бригады скорой медицинской помощи и определить основные методы анестезии.

Задачи исследования:

1. Проанализировав литературные и интернет-источники, определить основные виды боли в практике бригады скорой медицинской помощи.
2. Определить основные методы анестезии и аналгезии, которые использует бригада скорой медицинской помощи при разных видах боли у пациентов.

Материалы и методы

Объектом исследования являются методы анестезии и аналгезии у пациентов с разными видами боли. Проведен ретроспективный анализ литературных источников для определения основных методов анестезии в условиях скорой медицинской помощи при разных видах боли у пациентов.

Результаты и обсуждение

Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующим или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения.

Виды боли

Острая боль – играет сигнальную роль, позволяющую воспринимать повреждающие факторы и предупредить или уменьшить действие этих факторов на ткани.

Хроническая боль – боль, утратившая сигнальную роль, приобретает значение самостоятельной патологии.

Типы боли

Ноцицептивная боль – возникающая при активации (раздражении) периферических болевых рецепторов – ноцицепторов, которые находятся почти во всех органах и системах органов.

Невропатическая – возникает вследствие повреждения различных отделов периферической или центральной нервной системы.

Психогенная – боль, которая не имеет соматической основы, которая бы приводила к проявлению боли. Основным фактором является не сам патологический процесс, либо травма, а факторы, вызывающие травматизацию эмоциональную или психологическую.

Смешанная боль включает в себя признаки ноцицептивной и невропатической боли.

Механизмы боли

При первичной гипералгезии происходит выброс медиаторов воспаления и сенситизация первичных афферентных ноцицептивных нейронов в зоне повреждения. Происходит повышение проницаемости стенок сосудов, что будет способствовать активации тучных клеток и лейкоцитов и высвобождению из них простагландина E₂, цитокинов, биогенных аминов, изменяющих возбудимость нейронов.

При вторичной гипералгезии из-за нарушения проницаемости сосудов под воздействием гистамина и брадикинина появляется местный отек тканей, усиливающий чувствительность рецепторов.

Оценка боли

Для оценки боли можно использовать различные шкалы для определения интенсивности боли:

1. Визуальная аналоговая шкала боли.
2. Цифровая рейтинговая шкала боли.
3. Шкала лиц.

Лестница лечения боли (3 ступени):

1. Неопиоидные анальгетики +/- адъюванты.
2. Слабые опиоиды +/- неопиоидные анальгетики +/- адъюванты.
3. Сильные опиоиды +/- неопиоидные анальгетики +/- адъюванты.

Методы анестезии

В условиях СМП для снижения болевых синдромов зачастую используются препараты для внутривенных или внутримышечных инъекций [4], такие как НПВС, кортикостероиды, опиоидные анальгетики (слабые или сильные опиоиды), антидепрессанты, противосудорожные средства, нейролептики, местные анестетики, седативные средства.

Местная анестезия

Проводниковая анестезия пальца по Лукашевичу-Оберсту. На основание пальца накладывают резиновый жгут, дистальнее которого на тыльной поверхности основной фаланги анестезируют кожу, подкожную клетчатку и далее продвигают иглу до кости. После этого иглу перемещают сначала

на одну сторону костной фаланги и вводят 2-3 мл 1-2% раствора прокаина или лидокаина, затем таким же количеством прокаина анестезируют другую сторону. Таким образом, прокаин вводят в непосредственной близости от нервов пальца, которые проходят по его боковой поверхности.

Футлярная анестезия. Тонкой иглой выполняют укол кожи на передней поверхности бедра. Проводится инфильтрация кожи раствором новокаина. В месте анестезии прокалывают кожу и проводят иглу до кости и медленно вводят 60 мл 0,25% раствора новокаина. То же повторяют на задней поверхности бедра. Раствор новокаина медленно проникает по всем ответвлениям фасциальных листков, блокируя нервные пути. Таким же способом осуществляется футлярная анестезия плеча. На голени и предплечье вводят новокаин под фасцию. На бедро требуется до 200 мл 0,25% раствора новокаина, на голень и плечо – до 150 мл.

Анестезия и аналгезия при разных видах боли

Психогенная боль. Так как данный вид боли вызван психологической или эмоциональной травматизацией, то для купирования болевого синдрома можно использовать седативные средства, например, диазепам.

Ноцицептивная боль. При этом виде боли можно использовать НПВС, кортикостероиды, опиоидные анальгетики, местные анестетики.

Невропатическая боль. В данном случае используют антидепрессанты в пониженных дозах, противосудорожные средства, нейролептики.

Также можно отметить, что некоторые машины скорой медицинской помощи имеют в своей укладке баллоны с закисью азота, которые могут использоваться при анестезии, но так как анальгетический эффект закиси азота минимальный, то и использовать его, как самостоятельный вид анестезии нельзя, а только как средство для усиления анальгетического эффекта других видов и методов анестезии.

Бытует мнение, что обезболивание на догоспитальном этапе может скрыть истинную клиническую картину заболевания, что необоснованно, так как при условии тщательного сбора анамнеза и внимательного осмотра

больного врачом скорой помощи, особенно если учесть диагностические возможности стационара, куда доставляется больной, опасаться «смазывания» клинической картины не следует.

Выводы

Таким образом, использование анестезии и анальгезии в условиях скорой медицинской помощи всегда индивидуально и будет зависеть от конкретной ситуации, с которой столкнется экипаж скорой медицинской помощи и от жалоб самого пациента или пострадавшего.

Список литературы:

1. Сорока В.В. Местное обезболивание в неотложной хирургии: Учебное пособие. Волгоград: Научное издательство ВГСПУ "Перемена", 2001. – 125 с.
2. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи / В. А. Александров, В. В. Архипов, С. Ф. Багненко [и др.]. – Издание шестое, переработанное и дополненное. – Санкт-Петербург: Издательство "Политехника", 2007. – 483 с.
3. Методы местной и региональной анестезии: метод. указания / сост.: Чистяков С. И., Пятаев Н. А., Саушев И. В. – Саранск: Изд-во Морд. ун-та, 2003. – 31 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 июня 2010 г. N 445н г. Москва «Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи».
5. Якупов Э. З. Ноцицептивная боль: полиморфизм причин и способы купирования. РМЖ. 2016; 24(24): 1589-1592.
6. Данилов А. Б. Боль: патогенез и методы лечения. Российский журнал боли. 2010; 2(27): 35-39.
7. Каменев Д. В., Плеханов В.А., Киндялов С.В. Психогенная боль: основы патогенеза и терапии. Российский журнал боли. 2018; 2(56): 7-8.

8. Цегла Т. Лечение боли: справочник /Томас Цегла, Андре Готтшальк; пер. с нем. [В. Ю. Халатов]; под общ. ред. А. Н. Баринаова. – Москва: МЕДпресс-информ, 2011. – 376 с. – (Серия Memorix).

Как цитировать:

Скицан Я. М., Киричук Д. А. Методы анестезии в условиях скорой медицинской помощи. *Scientist (Russia)*. 2024; 2 (28): 44-49.
