

VI Всероссийский Образовательный Форум
«Теория и практика анестезии и интенсивной
терапии в акушерстве и гинекологии»

Возможности управляемой мономиорелаксации в акушерско- гинекологической практике

Главный анестезиолог-реаниматолог родовспоможения
г.Новосибирска,
НГУ кафедра акушерства и гинекологии,
к.м.н. Дробинская А.Н.



Причины смерти, прямо связанные с анестезией:

Трудная и необычная интубация (41%)

(1:2500 в общехирургических случаях и 1:300 в акушерстве)

Аспирация желудочного содержимого

Регионарная анестезия\аналгезия

(полный спинальный блок, глубокая гипотензия)

Частота применения методов регионарной анестезии в акушерстве и гинекологии (г.Новосибирск, 2013г.)

Количество родов – 23 074

Кесарево сечение – 5 674

Полостные операции в акушерстве

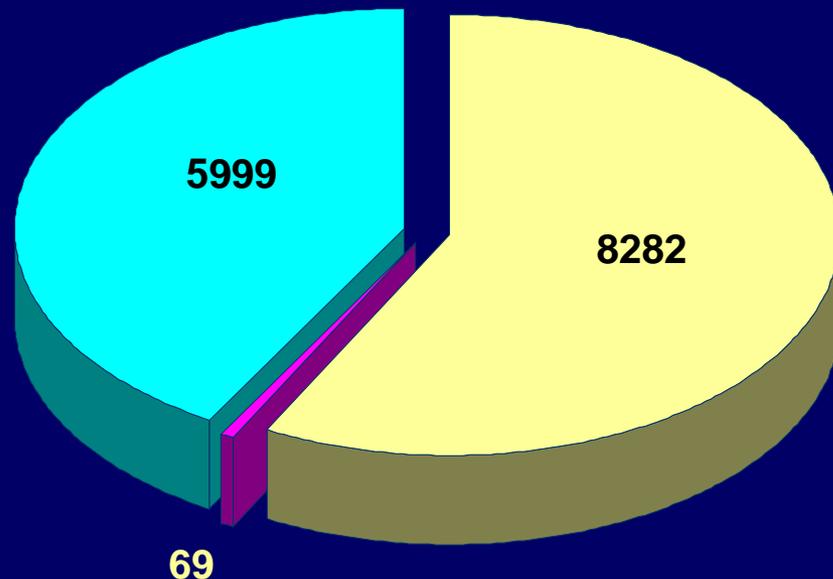
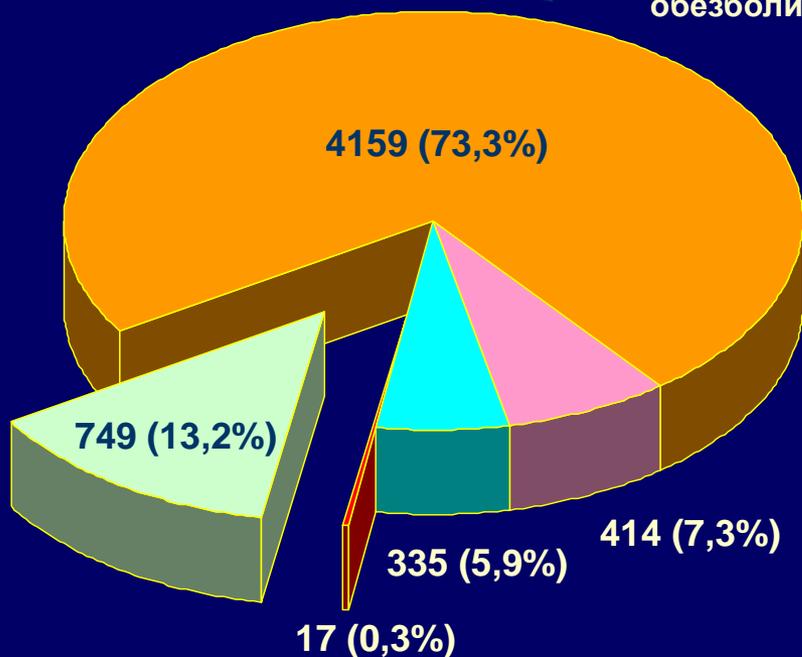
Обезболено родов – 62,2%

ПЭА – 35,9%

Мед. обезболивание – 26%

ЛАН – 0,3%

Регионарные
методы
обезболивания



Многокомп. анестез. +ИВЛ

ПЭА+ИВЛ

ПЭА

ЛАН

Мед. обезболивание

КСЭА

СА

ПЭА

**Выбор метода
анестезиологического
пособия?**



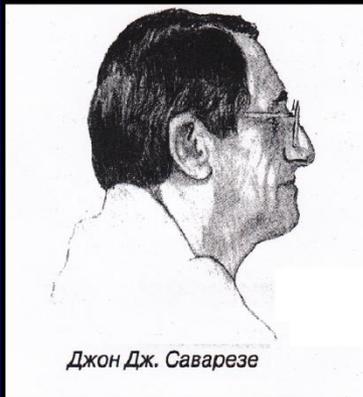
Миорелаксанты

- блокируют нервно-мышечную передачу импульсов на уровне двигательной терминальной пластинки мышечных волокон
- вызывают обратимый паралич скелетных мышц

Клиническое использование:

- Облегчение эндотрахеальной интубации
- Предотвращение рефлексорной активности произвольной мускулатуры в течение операции
- Быстрая интубация на фоне риска регургитации и аспирации (быстрая последовательная индукция и интубация – rapid-sequence induction RSI)
- Возможность адекватного выполнения хирургических вмешательств и эндоскопических процедур
- Микрохирургические операции
- В отделении интенсивной терапии
- Уменьшение потребности в анестетиках

Идеальный миорелаксант



Джон Дж. Саварезе

**Перспективы
появления новых
миорелаксантов и их
антагонистов**

Выбор из четырех факторов:

- быстроты наступления эффекта**
- его продолжительность**
- побочное действие**
- наличие антидота, который с легкостью может устранить миорелаксацию.**

Механизм действия и классификация



Сукцинилхолин - Листенон[®], Дитилин[®]

Деполяризирующий миорелаксант:

**короткое время наступления и продолжительности действия:
хорошие/отличные условия для интубации через 30-60 сек (1 мг/кг)**

Dur₂₅ = 2-6 мин

Dur₉₀ = 8 мин

- Исторически используют для интубации трахеи
- Фармакологический антагонизм невозможен

Побочные эффекты:

1. Фасцикуляции
2. Миалгии в послеоперационном периоде
3. Злокачественная гипертермия
4. Гиперкалиемия
5. Повышение внутриглазного, внутричерепного, внутрижелудочного давления
6. Брадикардия, аритмия, гипотония
7. Гиперсаливация
8. Анафилактические реакции

Почему используют сукцинилхолин?

- Быстрота наступления эффекта и кратковременность действия
- Низкая цена
- Практика
- Привычка
- Боязнь продолжительного действия и побочных эффектов недеполяризирующих миорелаксантов в случае невозможности проведения интубации

Использование сукцинилхолина в мире

Рекомендации Ассоциации анестезиологов Германии:

- «Применение сукцинилхолина рекомендуется ограничить и использовать для интубации только в критических ситуациях»
- «Не рекомендуется использовать сукцинилхолин при обычных интубациях»

Великобритания:

Нет официальных рекомендаций по использованию сукцинилхолина, НО:
Основная причина низкой частоты использования сукцинилхолина для интубации:

«если нет необходимости в быстрой последовательной индукции и нет потенциальных проблем с дыхательными путями, то интубируют на других миорелаксантах и не используют сукцинилхолин, тем самым избегая его побочных эффектов»

Атракурий - Тракриум®

Недеполяризующий миорелаксант (бензилизохинолин)

- Интубационная доза 0,3-0,6 мг/кг (2 ED₉₅)
- Время до проведения интубации 2-3 мин
- Средняя продолжительность действия 15-40 мин
- При физиологических условиях подвергается спонтанному разрушению по Хоффмановскому механизму (чувствительность к температуре тела и pH, токсичные метаболиты - лауданозин, моночетвертичный акрилат)
- Эффективность препарата снижается примерно по 6% в год – нестабильный продукт

Элиминация по механизму Хоффмана занимает почти 1/3; Эфирный гидролиз неспецифическими холинэстеразами плазмы 2/3

Нежелательные реакции:

- Гемодинамическая нестабильность: гипотония и тахикардия
- Анафилактоидные/анафилактические реакции
- Дозозависимое выделение гистамина: стимуляция выброса гистамина даже при интубационной дозе $\leq 2 \times ED_{95}$

Цис-атракурий - Нимбекс®

Недеполяризующий миорелаксант (бензилизохинолин)

- Интубационная доза 0.15 мг/кг (3 ED95)
- Время до проведения интубации 2-3 мин
- Продолжительность действия средняя/длительная 40-60 мин
- При физиологических значениях pH и температуры тела, подобно атракурию, подвергается элиминации Хоффмана (чувствительность к температуре тела и pH, токсичные метаболиты - лауданозин, моночетвертичный акрилат)
- Гемодинамическая стабильность, не вызывает значимых изменений ЧСС, артериального давления

Метаболизм и элиминация: 77% - элиминация Хоффмана, остальное - экскреция почками

Нежелательные реакции

- Анафилактические реакции
- Слабое, по сравнению с атракурием, высвобождение гистамина

Пипекуроний - Ардуан®

Недеполяризующий миорелаксант (аминостероид)

- Интубационная доза 0,07-0,09 мг/кг (1ED95)
- Время до проведения интубации 2,5-3 мин
- Клиническая продолжительность действия – длительная 60-90 мин
- Лиофилизированное сухое вещество, требует разведения
- Гемодинамическая стабильность, практически не стимулирует высвобождение гистамина

Метаболизируется в печени с образованием активных метаболитов, выводится в основном через почки (70%)

Нежелательные реакции:

- **Выраженный кумулятивный эффект**

Предосторожности:

- **Почечная недостаточность (возможно удлинение нейромышечного блока и снижение скорости восстановления НМП)**
- **Заболевания, увеличивающие объем распределения препарата (удлинение нейромышечного блока)**

Векуроний - Норкурон®

Недеполяризующий миорелаксант (аминостероид)

- Интубационная доза 0,08-0,10 мг/кг (3ED95)
- Время до проведения интубации 1,5-2,0 мин
- Клиническая продолжительность действия – средняя 20-30 мин
- Лиофилизат, требует разведения
- Гемодинамическая стабильность

Элиминация: выводится преимущественно с желчью (через печень 65%, через почки 35%)

Нежелательные реакции

- Слабое выделение гистамина
- Слабая стимуляция вегетативной нервной системы

Рокуроний – Эсмерон®

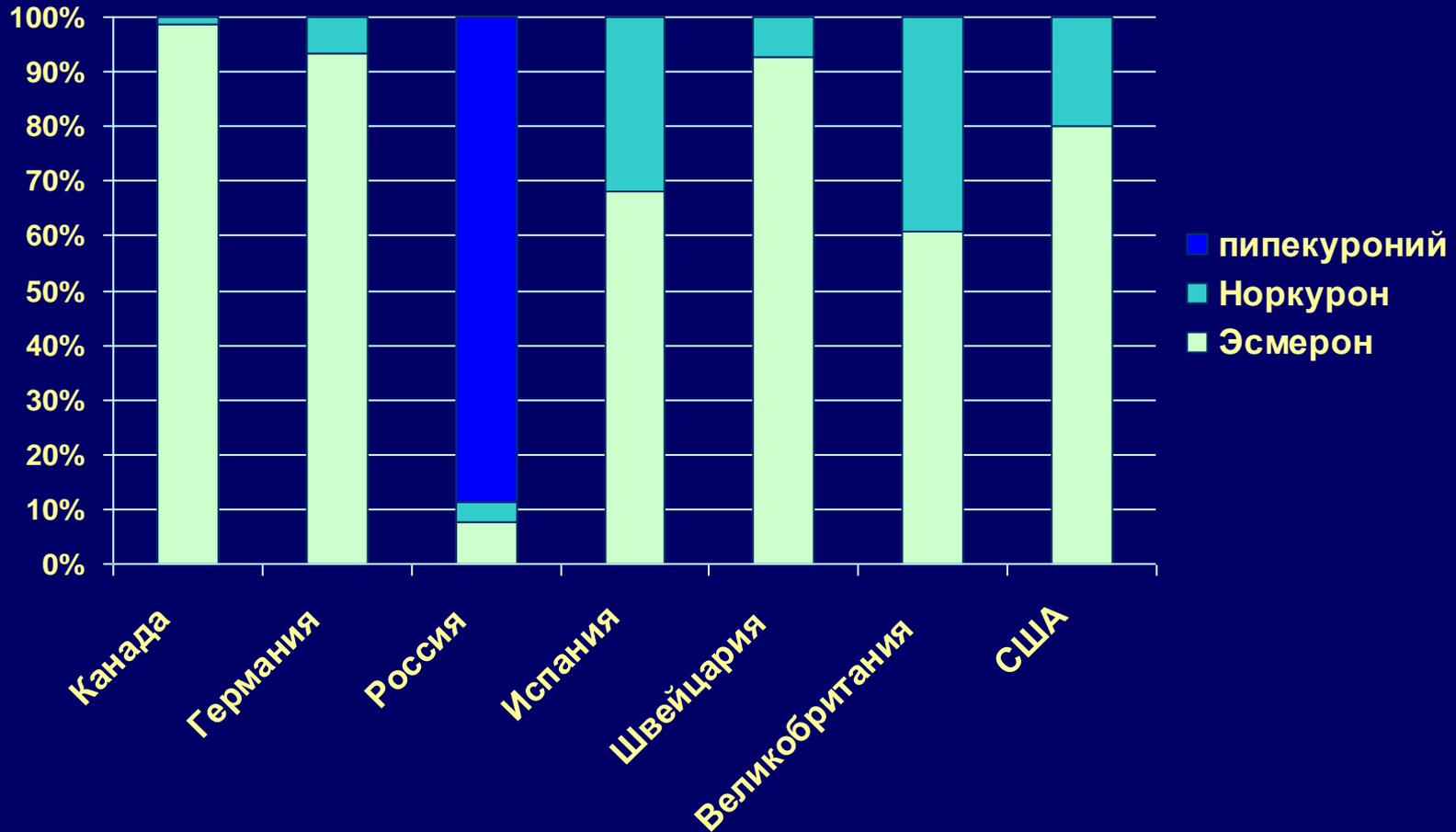
**Первый недеполяризующий миорелаксант
с быстрым началом действия**

В мире – с 1994 года

**Опыт применения более, чем у 125
миллионов пациентов**

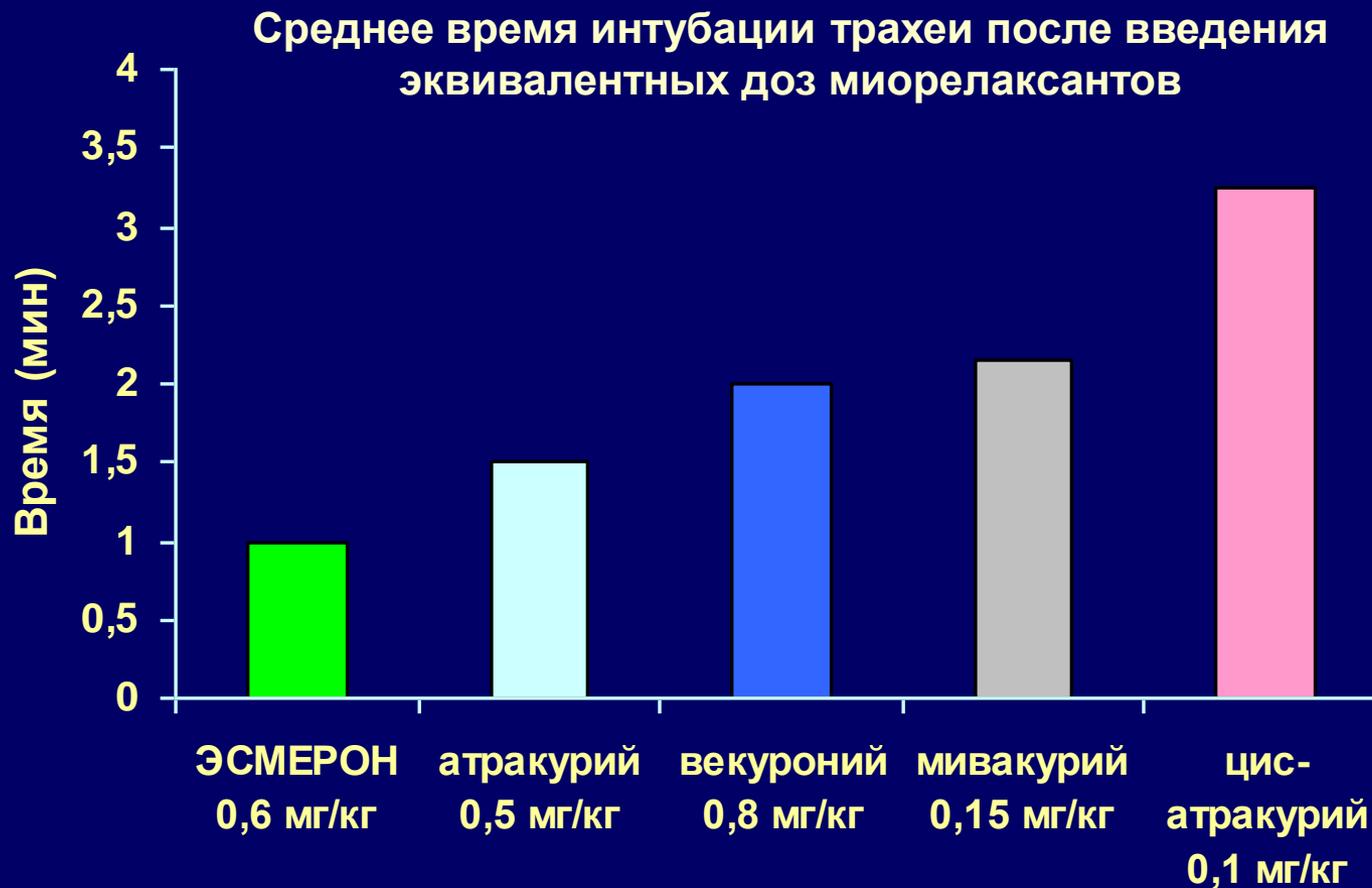
Стероидные миорелаксанты

Применение



Рокуроний – Эсмерон®

Быстрота начала действия

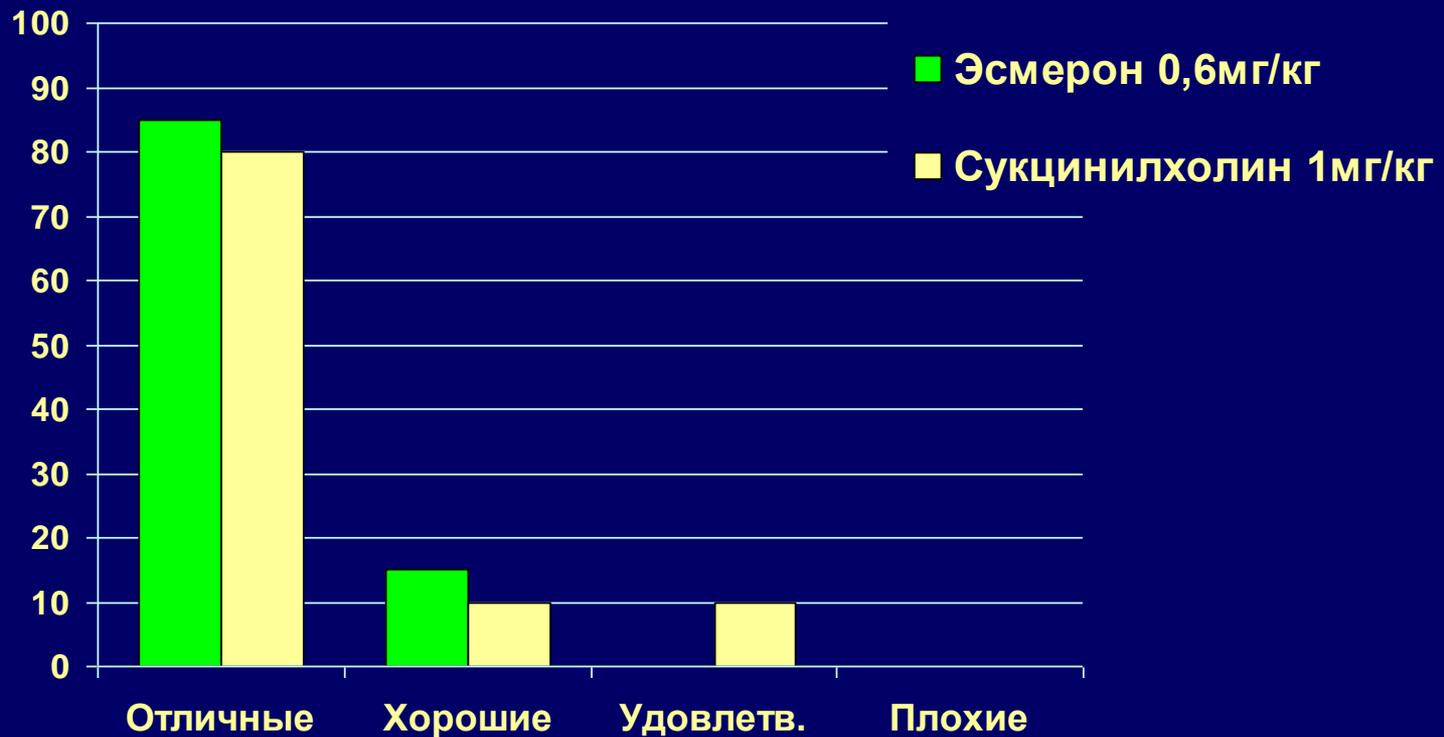


Рокуроний – Эсмерон®

Быстрота начала действия

Условия интубации после введения Эсмерона и
сукцинилхолина

% пациентов



Рокуроний – Эсмерон®

Быстрота начала действия

Самое быстрое начало действия среди недеполяризующих миорелаксантов
60-90 сек при дозе 0,6 мг/кг



Возможность быстрой интубации

Минимальный риск регургитации и аспирации

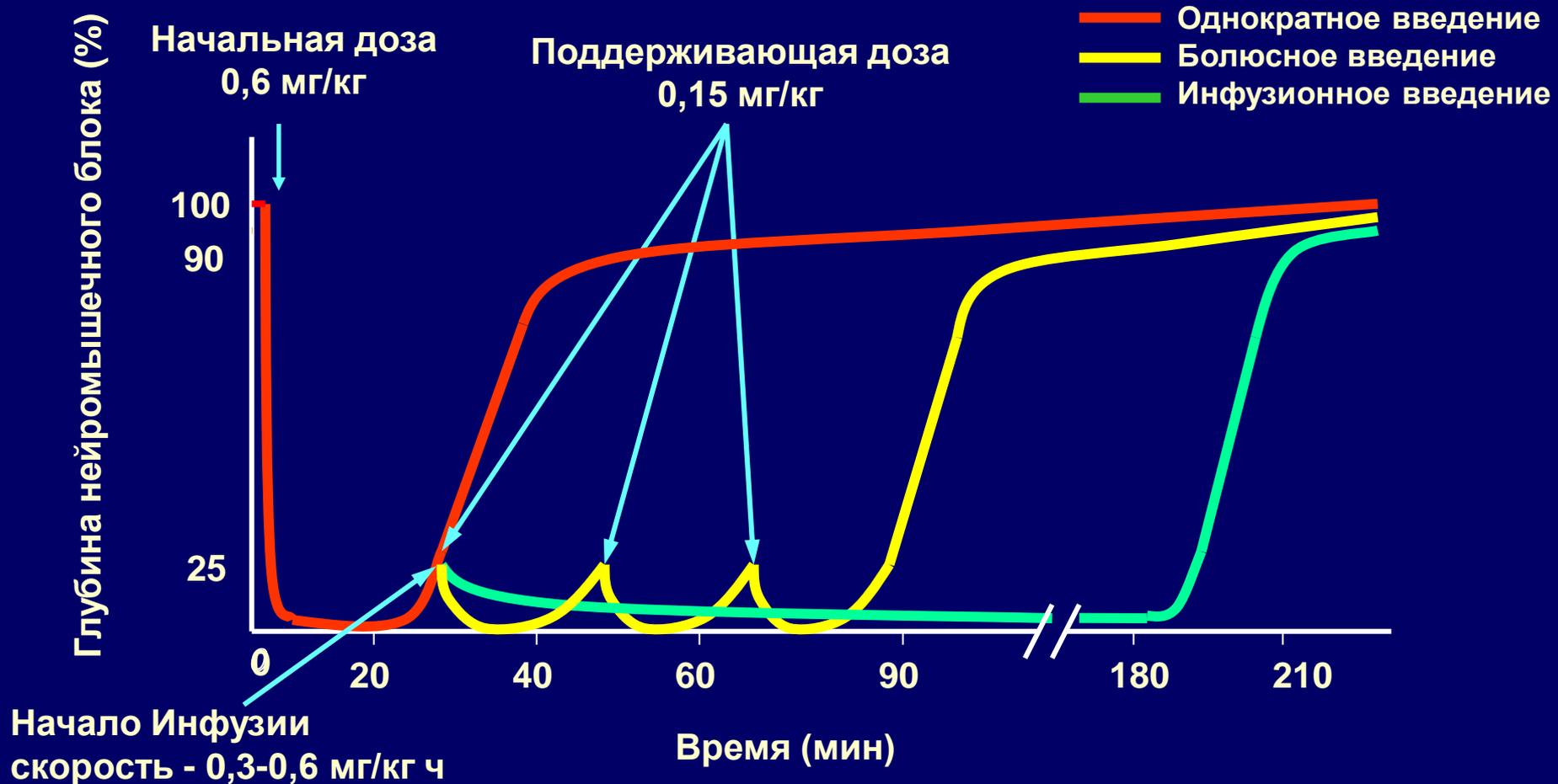
Нет необходимости в прекураризации

Рокуроний – Эсмерон® Дозозависимость

Доза, мг/кг	Интубация, мин	Продолжительность действия, мин
0,3	2	14
0,45	1,5	13-26
0,6	1	30-40
0,9	0,75	50-55
1,2	0,75	73

Мономиоплегия Эсмероном.

Методы введения



Рокуроний – Эсмерон®

Безопасность

**Минимальное
высвобождение
гистамина**



**Минимальный риск
анафилактических
реакций**

**Нет активных
метаболитов**

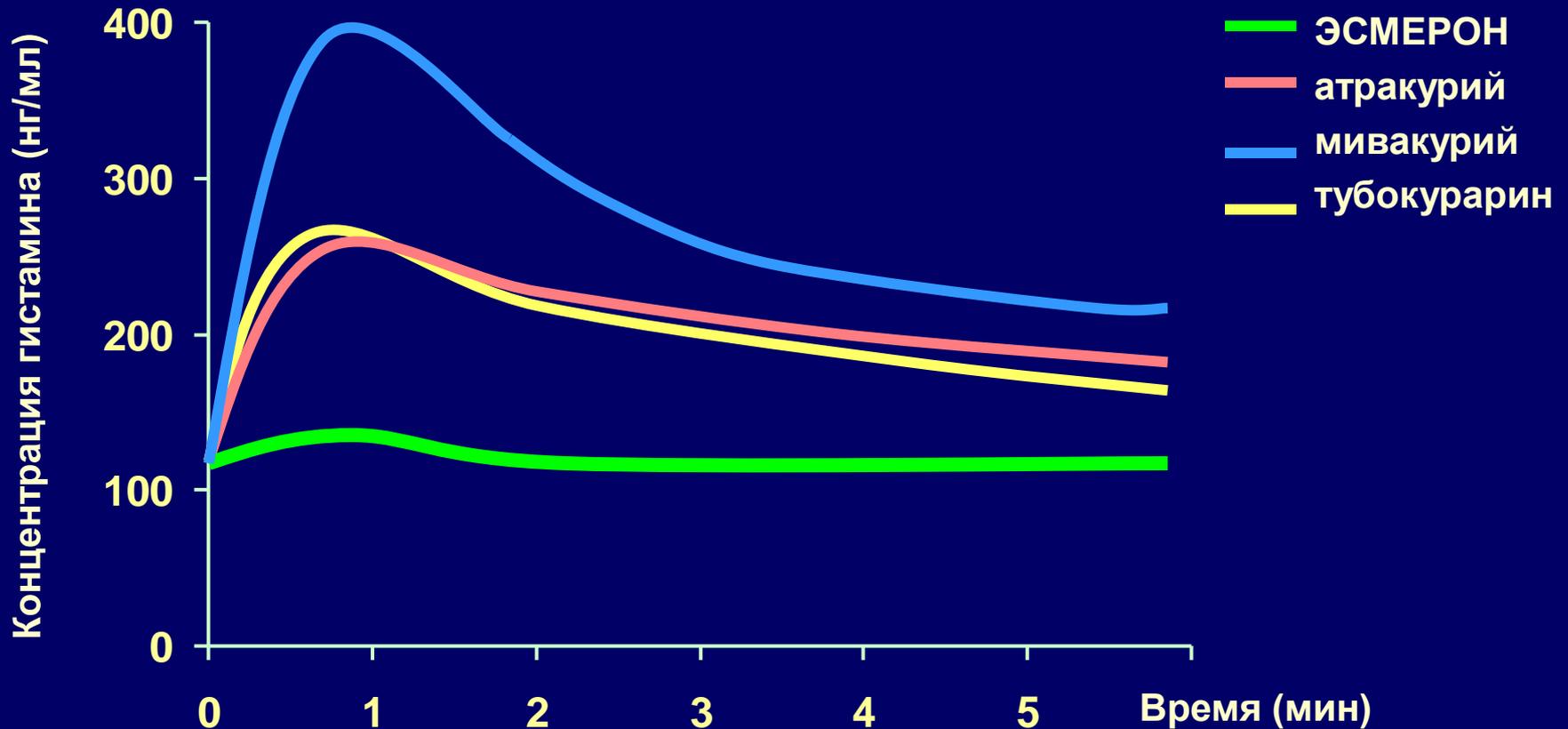


**Минимальная кумуляция
Минимальная возможность
остаточного блока/
предсказуемое восстановление**

Рокуроний – Эсмерон®

Влияние на высвобождение гистамина

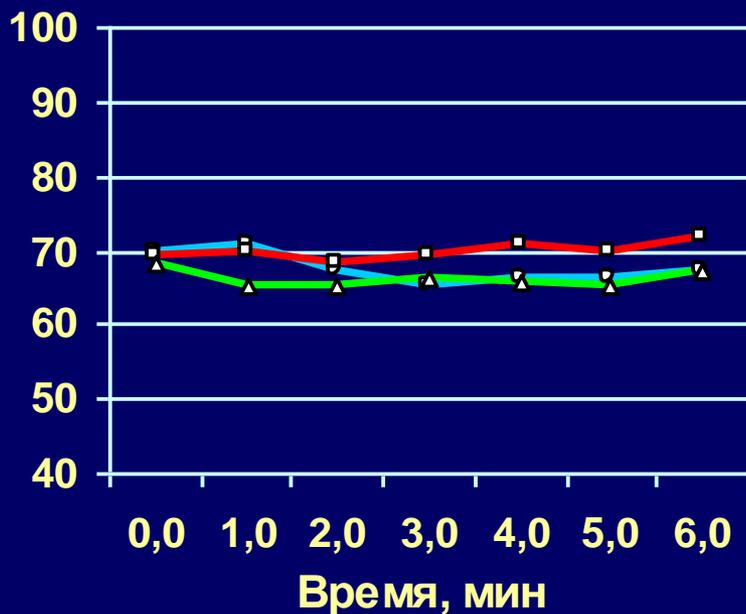
Изменения плазменной концентрации гистамина при использовании различных миорелаксантов



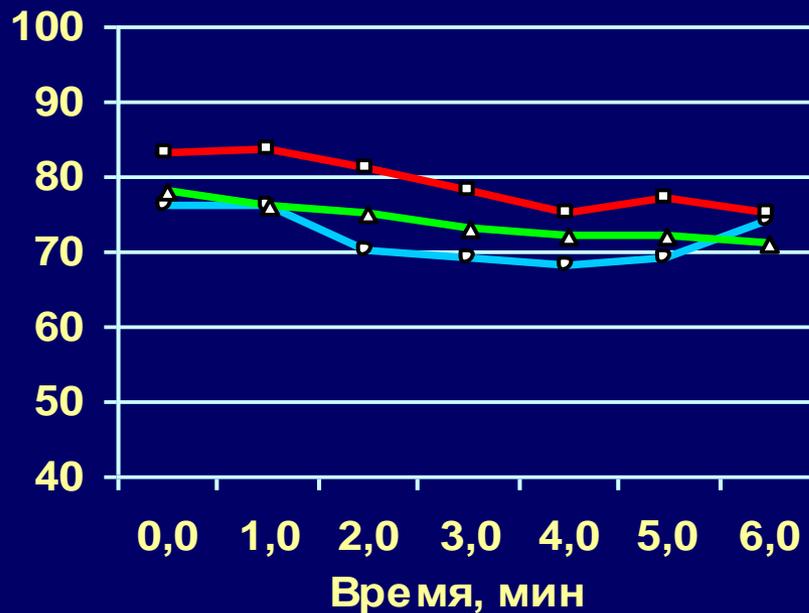
Рокуроний – Эсмерон®

Стабильная гемодинамика

ЧСС, уд. в мин



Среднее АД, мм рт. ст.



- 0,6 мг/кг (2 ED₉₅)
- 0,9 мг/кг (3 ED₉₅)
- 1,2 мг/кг (4 ED₉₅)

Рокуроний – Эсмерон®

Недеполяризующий миорелаксант (аминостероид)

- Интубационная доза 0,6 мг/кг
- Время до проведения интубации 60 секунд (2ED95) - *Наиболее быстрое из недеполяризующих миорелаксантов начало действия*
- Клиническая продолжительность действия – средняя 30-40 мин при стандартной интубационной дозе 0,6 мг/кг
- *Дозозависимый эффект* – продолжительность действия зависит от выбранной дозы
- Минимальное влияние на параметры сердечно-сосудистой системы и высвобождение гистамина
- Отсутствие активных метаболитов

Элиминация

Выведение преимущественно с желчью (печень 65%, почки 30-35%)

Нежелательные реакции

- Возможна болезненность при введении
- Небольшой ваголитический эффект в высоких дозах

Мономиоплегия

Мономиорелаксация – это использование одного миорелаксанта для интубации и поддержания миоплегии на всем протяжении анестезии

Комбинированная миоплегия

Сукцинилхолин для интубации и недеполяризующий миорелаксант для поддержания анестезии

Актуальные вопросы моноиорелаксации

Ситуация в настоящее время

Комбинированная миоплегия:

1. Недеполяризующий миорелаксант – прекураризация малыми дозами
 2. Сукцинилхолин – для интубации трахеи
 3. Недеполяризующий миорелаксант – для поддержания миоплегии
- Быстрая индукция миоплегии
 - Короткая продолжительность действия сукцинилхолина
 - Отрицательные эффекты сукцинилхолина

Мономиоплегия:

Недеполяризующий миорелаксант – для интубации трахеи и поддержания миоплегии

- Быстрая индукция миоплегии
- Продолжительная миоплегия
- Отсутствие отрицательных эффектов сукцинилхолина

Преимущества мономиорелаксации

1. **Меньшая медикаментозная нагрузка**
2. **Меньший риск взаимодействия с другими препаратами и перекрестной аллергии**
3. **Более простой режим назначения**
4. **Более управляемая миорелаксация**
5. **Экономичность**

Применение Эсмерона® (рокурония бромид) при операции кесарева сечения

Применение препарата эсмерона в дозе 0,6 мг/кг является безопасным для беременной

- Может применяться в составе методики быстрой последовательной индукции анестезии**
- Может применяться после экстубации с применением суксаметония**

Не влияет на оценку по шкале Апгар

- Не влияет на мышечный тонус плода**
- Не влияет на кардиореспираторную адаптацию**
- Очень незначительное количество рокурония бромида проникает через плацентарный барьер, что не приводит к клинически значимым нежелательным эффектам у новорожденного**

Остаточный блок

Частота встречаемости в разных странах

Residual curarisation in the recovery room following intermediate acting MR:

	n	TOF < 0.7	Surgery (min)
Atracurium	682	42% (29-65)	60-95
Vecuronium	414	28% (25-52)	107
Rocuronium	346	19% (15-35)	85-110

Hayes et al. 2001; Baillard et al. 2002; McCaul et al. 2002; Annelboom et al.

Conclusion 2

There is good evidence that the incidence of PORC following routine use of repeated doses of intermediate acting MR is high, that is 20-60%

Препараты средней продолжительности действия

Канада 5-10%

Скандинавия 5-10%

объективный мониторинг + стандарты использования антихолинэстеразных препаратов для восстановления НМП

Франция 33-42%

Великобритания 39-64%

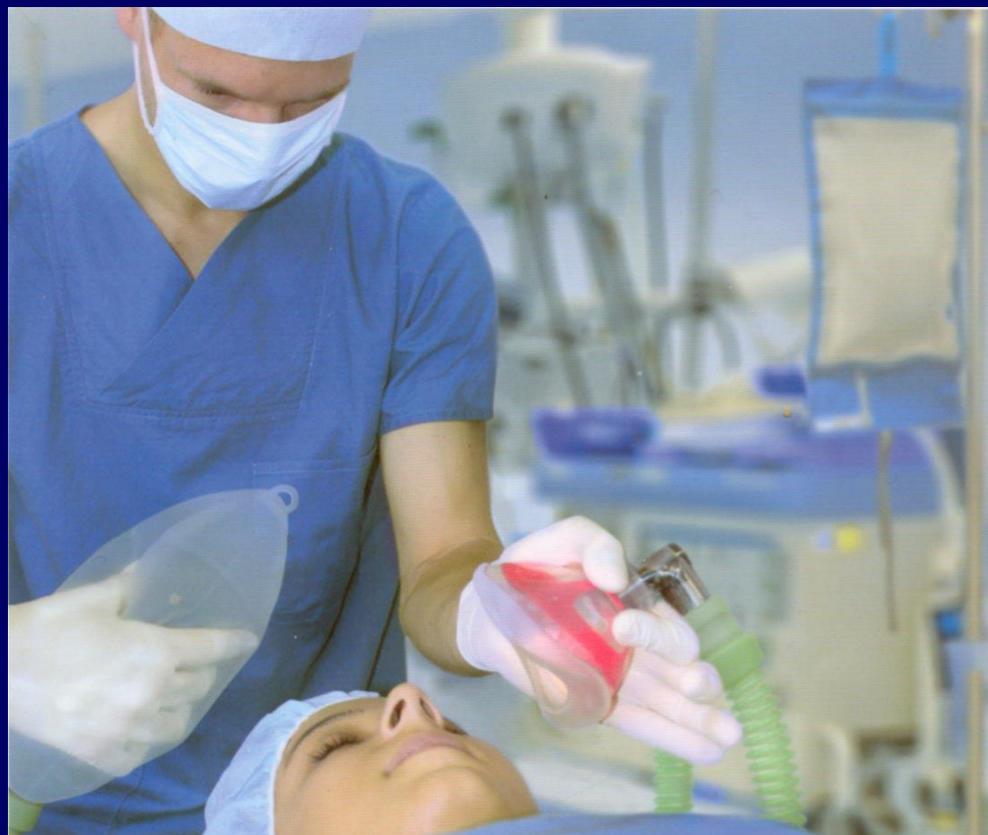
США >45%

отсутствие мониторинга или/и стандартов восстановления НМП антихолинэстеразными препаратами

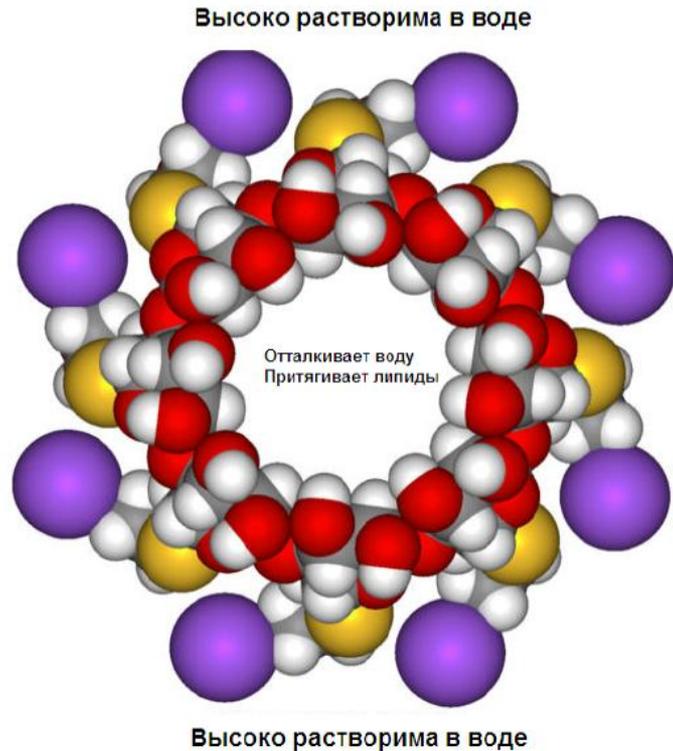
Реверсия нейромышечного блока

БРАЙДАН® сугаммадекс

БРАЙДАН® показан для восстановления нейромышечной проводимости после блока, вызванного рокуронием или векуронием



Сугаммадекс - циклодекстрин



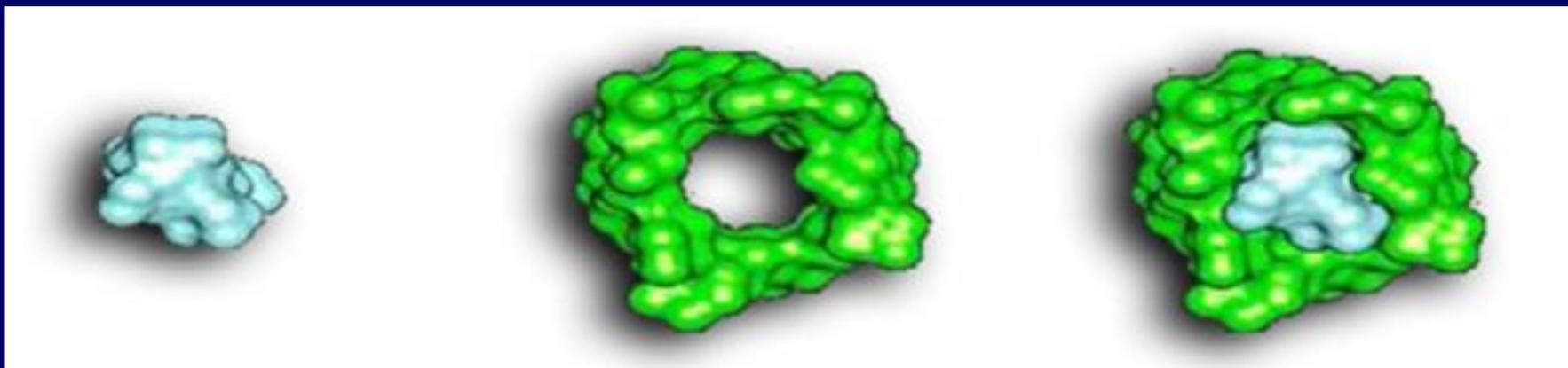
8 кольцевая углеводная молекула

Модифицирована специально под молекулу рокурония:

- добавлены 8 боковых цепей для увеличения полости
- добавлены отрицательно заряженные карбоксильные группы к концам боковых цепей для усиления электростатического взаимодействия с положительно заряженной четвертичной аммониевой группой рокурония

Сугаммадекс: су [sugar, сахар] – гамма [γ] – декс [циклодекстрин]

Сугаммадекс: механизм действия



рокуроний
или
векуроний

сугаммадекс

инактивированный
комплекс

Сугаммадекс инкапсулирует рокуроний и векуроний, таким образом, инактивирует их

Комплекс выводится из организма через почки

Не стимулирует холинергическую нервную систему, и, следовательно, не вызывает развития холинергических побочных эффектов

Фармакокинетика БРАЙДАНА

- Брайдан выводится в неизмененном виде почками – не подвергается метаболизму
- Период полувыведения из плазмы составляет 1,8 ч
- Плазменный клиренс составляет примерно 88 мл/мин
- > 90% дозы выводится в течение 24 ч
- Линейная кинетика дозы варьирует в пределах 1-16 мг/кг (в/в болюс)

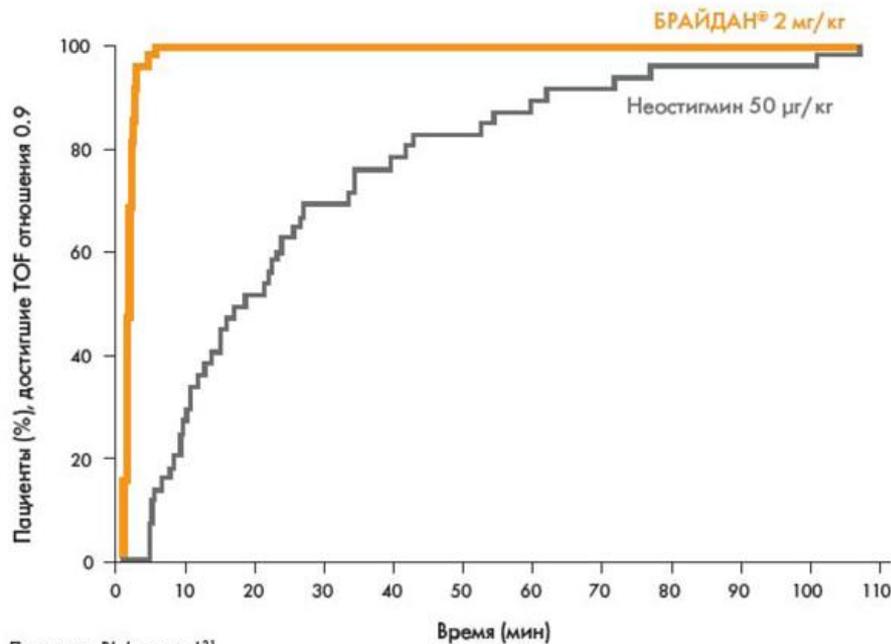
Устранение неглубокого нейромышечного блока



БРАЙДАН® устраняет неглубокий нейромышечный блок в **12 раз быстрее, чем неостигмин**

БРАЙДАН® обеспечивает предсказуемое и полное восстановление нейромышечной проводимости при введении на уровне появления T2

Предсказуемость: меньшая вариабельность во времени восстановления по сравнению с неостигмином²¹



По данным Blobner et al²¹

Полнота: полное восстановление до TOF отношения 0.9 в течение 5 минут²¹

у **98%**

пациентов, получивших **БРАЙДАН®**, восстановление нейромышечной проводимости до TOF отношения 0.9 произошло в течение 5 минут

у **11%**

пациентов, получивших неостигмин, восстановление нейромышечной проводимости до TOF отношения 0.9 произошло в течение 5 минут

Устранение глубокого нейромышечного блока



БРАЙДАН® устраняет глубокий нейромышечный блок, вызванный рокуронием в 18 раз быстрее, чем неостигмин

Особые группы пациентов

Беременные

Отсутствуют клинические данные по применению БРАЙДАНА во время беременности у человека, поэтому следует соблюдать особую осторожность*

Кормящие женщины

Возможно применение с осторожностью*

Дети

У детей и подростков (2-17 лет) БРАЙДАН® рекомендован только для стандартного восстановления НМП после блока, вызванного рокуронием, рекомендуемая доза составляет 2 мг/кг

Применение БРАЙДАНА у младенцев (30 дн – 2 года) и новорожденных (<30 дн) не рекомендуется в связи с недостаточностью данных

* в России в инструкции по применению противопоказано вводить Брайдан® беременным и кормящим женщинам, а также детям до 2 лет

БРАЙДАН® (сугаммадекс): Показания к применению

Взрослые

- » Восстановление нейромышечной проводимости в стандартных условиях после миорелаксации рокурониумом или векурониумом
- » Экстренное восстановление нейромышечной проводимости после применения рокурония

Дети (от 2х лет) и подростки

- » Стандартное восстановление нейромышечной проводимости после миорелаксации рокурониумом

БРАЙДАН® (сугаммадекс): Показания к применению

» Стандартное восстановление

- **4 мг/кг** рекомендуется вводить, если восстановление НМП достигло 1-2 РТСs (глубокий блок) после введения рокурония или векурония
- **2 мг/кг** рекомендуется вводить, если спонтанное восстановление НМП достигло повторного появления T₂ (неглубокий блок) после введения рокурония или векурония

» Немедленное восстановление*

- При клинической необходимости в немедленном восстановлении НМП рекомендуется вводить **16 мг/кг** Брайдана® через 3 минуты после введения рокурония

НМП, нейромышечная проводимость

*только после блока, вызванного рокуронием

РТС, posttetanic count

Противопоказания (Россия)

- **повышенная чувствительность к любому из компонентов**
- **беременность**
- **дети до 2 лет**
- **Тяжелая почечная и/или печеночная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин)**
- **период кормления грудью**



Особые указания

- **Вспомогательная вентиляция обязательна до появления спонтанного дыхания**
- **Рекомендуется период ожидания 24 часа при необходимости повторного введения рокурония или векурония после БРАЙДАНА**
- **В исключительных ситуациях при рекураризации в послеоперационном периоде, после введения сугаммадекса в дозе 2 мг/кг или 4 мг/кг, рекомендуемая повторная доза сугаммадекса составляет 4 мг/кг.**



Брайдан® Заключение

- Полное устранение блока, вызванного рокурнием и векурнием
 - Неглубокий блок 2 мг/кг
 - Глубокий блок 4 мг/кг
 - Немедленное восстановление 16 мг/кг
- Уникальный МОА
 - Первый и единственный на настоящий момент Селективный миорелаксант- связывающий препарат , который инкапсулирует и удаляет миорелаксант из циркуляции
- Позволяет анестезиологам поддерживать оптимальную миорелаксацию на протяжении всего вмешательства
- Позволяет быстро устранить блок НМП в любой момент по необходимости
- Минимальные лекарственные взаимодействия
- Не требует коррекции доз в зависимости от пола, возраста, расы, наличия сердечно-сосудистых, легочных заболеваний, нарушений функции печени и легких/умеренных нарушений функций почек
- Позволяет избежать побочных эффектов, связанных с использованием неостигмина/ антихолинергических препаратов

Клинический случай:

Беременная М. 32 лет, доставлена БСМП в конце первого периода родов. в родильное отделение с диагнозом: Бер.41 нед. Артериальная гипертензия I, риск 2. НК0. Ожирение I нейро-эндокринного генеза. Крупный плод. Во втором периоде родов сформировался клинически узкий таз. Методом родоразрешения выбрана операция кесарева сечения.

Степень анестезиологического риска ASA II E, риск трудной интубации по Mallampati II, анестезиологическая концепция- общая анестезия с ИВЛ, быстрая последовательная индукция с интубацией (гипнотик – тиопентал, миорелаксация рокурония бромид (Эсмерон) в дозе 0,6 мг/кг. На этапе интубации возникли трудности с выведением голосовой щели, масочная вентиляция не эффективна, зарегистрировано снижение сатурации до 80%. Вызваны эндоскописты. Внутривенно введен селективный антагонист Эсмерона – брайдан (сугаммадекс) в дозе 16 мг/кг. В течение 90 секунд достигнуто восстановление нейро-мышечной проводимости, спонтанного дыхания. Через 8 минут произведена эндоскопическая интубация. На 2 минуте извлечена живая крупная девочка без асфиксии с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, (4350,0 гр, рост- 55 см.) длительность операции 42 мин. После восстановления нейро- мышечной проводимости, сознания, гортанно- глоточных рефлексов родильница экстубирована.

Благодарю за внимание!!!

