

# СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА

Н. Г. Ильина, В. А. Михельсон, С. М. Степаненко

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава, Москва,  
кафедра детской хирургии, ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

## Anesthetic Protection in the Surgical Treatment of Scoliosis: State-of-the-Art

N. G. Ilyina, V. A. Mikhelson, S. M. Stepanenko

Russian State Medical University, Russian Agency for Health Care, Moscow  
Department of Pediatric Surgery, N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital Thirteen, Moscow

Актуальность проблемы сколиотической болезни определяется не только распространенностью заболевания и низким качеством жизни при данной патологии, но и возможностью консервативного и хирургического лечения тяжелых форм сколиоза для предотвращения прогрессирования расстройств жизненно важных органов, восстановления физической активности и психического статуса пациента. Из-за отсутствия стандартных условий при проведении анестезии трудно высказаться в пользу того или иного метода. С целью полноценной защиты больных от операционной травмы в разные годы предлагались и использовались: комбинированная анестезия, потенцированная анестезия, нейролептанальгезия, диссоциативная анестезия. Однако наряду с положительными качествами, всем им присущи определенные недостатки, не позволяющие добиться идеальной защиты больных. **Ключевые слова:** сколиоз, операция, анестезия.

The urgency of the problem of scoliotic disease is determined not only by its prevalence and low life quality in this condition, but also by the possibility of medical and surgical treatments for severe forms of scoliosis to prevent progressive disturbances of vital organs, to restore physical activity, and mental status in the patient. Due to the absence of standard conditions during anesthesia, it is difficult to speak in favor of this or that method. Combined anesthesia, potentiated anesthesia, neuroleptic analgesia, dissociative anesthesia have been proposed and used in different years for more adequate protection of patients from surgical injury. However, along with their positive characteristics, they all had certain shortcomings that cannot achieve patients' ideal protection. **Key words:** scoliosis, operation, anesthesia.

В настоящее время во всем мире, по данным ВОЗ, отмечается неуклонный рост заболеваний позвоночника, и сколиоз среди них является одним из самых распространенных страданий, составляя 17,5% в общей структуре ортопедической патологии [1, 2]. Первые упоминания о лечении сколиоза восходят к временам Гиппократу. Сколиоз от греческого — искривление, подразумевает, помимо искривления во фронтальной и сагиттальной плоскости, скручивание тел позвонков вокруг вертикальной оси. Такая сложная многоосевая деформация позвоночника неизбежно приводит к нарушению нормального взаиморасположения органов и систем человеческого организма, приводящее к функциональным изменениям органов и систем. Сколиозом страдает до 1,5% населения, а распространенность его среди подростков находится в пределах от 5 до 40% [3–5]. Причина широкой вариации лежит в отсутствии единого понимания таких состояний, как начальная форма сколиоза и нарушение осанки, и включение в группу сколиозов деформации менее 10 град по Cobb [6].

Используемые методы консервативного лечения прогрессирующих форм сколиоза, в связи с невозможностью проведения этиологически обоснованного лечения, часто не приносят желаемого результата, поэтому хирургическое лечение тяжелых форм сколиотической болезни по-прежнему является единственно возможным способом предотвращения прогрессирования расстройств жизненно важных органов [7–9], восстановления физической активности и психического статуса пациентов. Многолетний опыт ортопедии позволяет говорить об эффективности имплантируемых металлоконструк-

ций, дающих возможность не только в значительной мере исправлять деформацию, но и способствовать удержанию полученной коррекции [10, 11]. Несмотря на значительные успехи в лечении больных, хирургический метод лечения до настоящего времени остается весьма серьезным вмешательством [6].

Касаясь анестезиолого-реанимационного аспекта рассматриваемой проблемы, необходимо учитывать важные особенности данных операций: исходный патофизиологический фон [12] данной категории больных (степень анатомо-функциональных нарушений жизненно-важных органов и систем); применяемый оперативный доступ [13–15] (высокая травматичность каждого этапа операции); массивная травма костно-мышечных структур позвоночника (неизбежное венозное кровотечение из губчатой кости, неадекватность гемостаза в ране с угрозой послеоперационной массивной кровопотери); одномоментная коррекция деформации [16], сопряженная с тракцией позвоночника и мягких тканей, изменением расположения внутренних органов (нарушение условий функционирования жизненно важных органов, к которым адаптировался организм больного). В этой связи хирургические операции лечения сколиоза определяют высокий риск вертебрологических операций [17–19] и предопределяют высокие требования к качеству их анестезиологического обеспечения.

Методы защиты больных от хирургической агрессии совершенствовались в течение всего времени применения общей анестезии.

Еще в 1850 году Lorenzo Bruno из Турина использовал морфий для премедикации. С тех пор методы премедикации и

анестезии активно разрабатываются. Цель премедикации — снятие эмоционального напряжения перед операцией, и исполнение ее весьма различно [21]. В настоящее время большинство авторов применяют стандартную премедикацию, которая заключается в обязательном применении м-холинолитика (атропин 0,01–0,02 мг/кг), седативных препаратов (диазепам 0,23±0,08 мг/кг, дормикум 0,2–0,3 мг/кг), антигистаминных препаратов в/м за 30–40 минут до операции.

Выбор анестезиологического пособия проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента, включающих степень нарушения функций органов грудной клетки, и метода оперативного вмешательства [22, 23]. Анестезия должна быть достаточно глубокой, управляемой, обеспечивать поддержание нормального газообмена и гемодинамики и, по возможности, скорейший перевод больного на спонтанное дыхание [24–26].

Еще Л. А. Орбели (1966) говорил, что первым звеном, на которое должно быть направлено воздействие, является аппарат болевой чувствительности. Боль является одним из следствий операционного вмешательства и играет активную роль в формировании и поддержании хирургического стресса [27, 28]. Опиаты и опиоиды, занимающие ведущее место среди многообразных болеутоляющих средств, обладают высоким наркотическим потенциалом, вызывают депрессию ЦНС и дыхания, не нормализуют эндокринные и гемодинамические нарушения при болевом раздражении.

Принципиально новый этап в развитии неопиатной анальгезии наступил после выявления болеутоляющего эффекта и способности эффективно предупреждать нарушения гемодинамики, связанные с ноцицептивной афференцией у аденопозитивного препарата клофелина, основное протекторное действие которого обусловлено активацией адренергических структур [29]. Клофелин не снижает частоту дыхания, не изменяет объемных и скоростных его характеристик. Доказанным является тот факт, что при применении клофелина в дозе 2 мкг/кг уменьшается центральное симпатическое влияние его на сердце, об этом свидетельствует стабильность показателей гемодинамики с поддержанием безопасного для больного и оптимального для уменьшения кровопотери уровня АД, отмечается модулирующее влияние на агрегатное состояние крови [34, 35].

Проведение современного наркоза предполагает дополнение его средствами, не обладающими наркотическим действием. По данным многих авторов [27, 30], эффективным в защите больных от операционного стресса является сочетание общей анестезии с ганглионарной блокадой. Вегетативные ганглии, а также  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторы ганглионарных нейронов являются важнейшим звеном в передаче патологических стрессорных импульсов. Поэтому использование препаратов, которые непосредственно действуют на данные структуры, является вполне логичным. Прерывая поток импульсов в вегетативных ганглиях, ганглиолитики устраняют воздействие холинергических раздражителей, создают условия, при которых сердечно-сосудистая система почти полностью отключена от влияния ЦНС и сохраняет стабильность гемодинамических показателей.

Т. С. Захаров [31] с соавторами пишут: «Анестезия при операциях на позвоночнике и спинном мозге представляет значительные трудности, связанные с тем, что весьма часто возникает расстройство кровообращения, ведущее к выраженному сердечно-сосудистому коллапсу, вплоть до остановки сердечной деятельности. Гиповолемия, спинальный шок, повышенная чувствительность к изменению положения тела, введение препаратов с вазоплегическим или кардиодепрессивным эффектом — все это увеличивает риск анестезии. Поэтому так важен выбор метода анестезии в зависимости от исходного состояния гомеостаза больного, побочных эффектов препаратов». Руководствуясь требованиями подобной концепции, предлагают следующие схемы:

1. НЛА + закись азота с кислородом в соотношении 1:1.
2. ГОМК + фентанил + закись азота с кислородом в соотношении 1:1.
3. Кеталар + седуксен + закись азота с кислородом 1:1.

4. Атаралгезия + закись азота с кислородом в соотношении 1,5:1. На основании полученных данных авторы делают вывод, что НЛА своим выраженным  $\alpha$ -адренолитическим и вегетоблокирующим действием позволяет приблизить гемодинамику к параметрам гомеостаза.

По мнению некоторых авторов [34, 38, 39], на фоне традиционного комбинированного обезболевания рационально использование препаратов, не угнетающих миокард: ГОМК 50–80 мг/кг; кетамина 2–3 мг/кг, тиопентала натрия 5–6 мг/кг.

Операции на позвоночнике А. Б. Кралиным [34] проводили в условиях многокомпонентной анестезии с применением эндотрахеальной интубации и ИВЛ смесью закиси азота и кислорода в соотношении 2:1 и в следующем сочетании препаратов для анестезии:

- 1) фентанила и дроперидола (НЛА) с использованием тиопентала натрия, как гипнотического компонента;
- 2) фентанила и дроперидола (НЛА) с использованием ганглиоблокатора пентамина для управляемой гипотонии на этапе скелетирования и distraction с целью снижения кровопотери;
- 3) кетамина, седуксена и фентанила для усиления анальгезии;
- 4) морфина и седуксена с использованием  $\alpha$ -адреноблокатора клофелина и ситуационным усилением анальгезии фентанилом.

На основе анализа влияния данных комбинаций общей анестезии на деятельность сердечно-сосудистой системы наиболее приоритетным из рассматриваемых вариантов автор считает сочетание калипсола 1,4 мг/кг/час и фентанила 0,0039 мг/кг/час.

Е. В. Ильченко [30] предлагает методику антистрессорной защиты клофелином (1,5 мкг/кг) и пентамином (0,5–1 мг/кг) в сочетании с общей анестезией калипсомом + фентанилом + дроперидолом в условиях ИВЛ. На основании результатов исследования установлено, что ганглиоплегия и стресс-протекторная защита клофелином способствует улучшению центральной и периферической гемодинамики, что позволяет уменьшить объем интраоперационной гемотрансфузии и увеличить эффективность инфузионно-трансфузионной терапии.

По наблюдениям М. Н. Лебедевой [35] клинически значимым преимуществом варианта анестезии (на этапе индукции фентанил 0,002 мг/кг + тиопентал натрия 10 мг/кг + клофелин 0,5 мкг/кг и на этапе поддержания общей анестезии клофелин 0,42±0,01 мкг/кг/ч + калипсол 2,25±0,04 мг/кг/ч + фентанил 0,003±0,001 мг/кг/ч) считает уменьшение поддерживающей дозы фентанила, достаточно быстрое восстановление сознания и адекватного самостоятельного дыхания даже больными с резко сниженными резервными возможностями дыхательной системы.

Вариант анестезии на основе непрерывной инфузии пропофола 4–10 мг/кг/час, введения фентанила 0,004 мг/кг/ч и ардуана 0,1 мг/кг/ч обеспечивают дозозависимое снижение церебрального кровотока и метаболизма с уменьшением внутричерепного давления, делает возможным высокоуправляемое восстановление сознания [34, 43–45].

В работе Г. Э. Ульриха [38] оценено влияние четырех вариантов индукции на системную гемодинамику при повороте в положении лежа на животе: кетамин 2 мг/кг + фентанил 2 мкг/кг; пропофол 2,5 мг/кг + фентанил 2 мкг/кг; тиопентал натрия 6–8 мг/кг + клофелин 1,0 мкг/кг + фентанил 2 мкг/кг; пропофол 2,5 мг/кг + клофелин 1,0 мкг/кг + фентанил 2 мкг/кг. Поддержание анестезии осуществляли в/в фракционным введением фентанила 4–5 мкг/кг/час и ингаляцией закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Анализ суммарного влияния всех факторов, оказывающих действие на кровообращение, по мнению автора, демонстрирует однозначное гемодинамическое преимущество (минимальное изменение кровообращения) индукции анестезии, проводимой тиопентал-натрием, клофелином и фентанилом.

А. П. Николаев [36] для изучения влияния положения на животе на состояние гемодинамики индукцию осуществлял в/в введением пропофола 2,4±0,1 мг/кг или 1% раствора тио-

пентал-натрия  $9,2 \pm 0,4$  мг/кг на фоне в/в введения фентанила 3 мкг/кг. Поддержание анестезии обеспечивали газовой смесью закиси азота с кислородом с добавлением паров фторотана и в/в введением фентанила 5 мкг/кг/час или по 0,1–0,2 мг на травматичных этапах операции. Дополнительно при длительных (более 3 часов) оперативных вмешательствах добавлялся блокатор NMDA-рецепторов — кетамин методом постоянной инфузии 0,5 мг/кг/час, позволяющий достигнуть адекватного обезболивания.

Сбалансированная анестезия на основе галогенсодержащих препаратов при операциях на позвоночнике [39, 40] позволяет уменьшить неблагоприятные сдвиги гемодинамики и эндокринного гомеостаза, но использование фторотана в качестве основного анестезирующего средства иногда приводит к серьезным нарушениям функции печени и почек [46].

Использование эпидуральной блокады в составе многокомпонентной анестезии [14, 46] по результатам исследования

некоторых авторов позволяет снизить гиперэргическую стрессорную реакцию и уменьшение кровопотери, однако в силу специфики контингента больных сколиозом такая методика приемлема лишь в послеоперационном периоде [37, 42].

Из-за отсутствия стандартных условий при проведении анестезии трудно высказаться в пользу того или иного метода. В анестезиологии сформулирована концепция избирательной регуляции функций в процессе анестезии — концепция многокомпонентности анестезии, главный принцип которой заключается в выборе фармакологических средств, оказывающих избирательное действие на различные звенья патологических реакций. С целью более полноценной защиты больных от операционной травмы в разные годы предлагались и использовались: многокомпонентная анестезия, потенцированная анестезия, НЛА, диссоциативная анестезия, эпидуральная анестезия. Однако, наряду с положительными качествами, всем им присущи определенные недостатки, не позволяющие добиться идеальной защиты больных.

## Литература

1. Пенский С. А., Пенская Л. Н., Дудик М. Г. Программа профилактики и коррекции деформации позвоночника. В кн.: Материалы конф. Проблема боли в травматологии и ортопедии. СПб.; 1997. 229–230.
2. Панкратова Г. С., Фомина Н. А., Дудин М. Г. Медико- социальные аспекты заболеваемости сколиозом в Рязанской области. Травматология и ортопедия России 2007; 4: 50–53.
3. Андриянов О. М., Баирова Г. А., Садофьева В. И., Райе Р. Э. Заболевание и повреждения позвоночника у детей и подростков. Л.: Медицина; 1985. 256.
4. Дехтяр С. К. Деформация позвоночника у детей. Современные возможности раннего выявления. Детская хирургия 2001; 2: 12–20.
5. Пинчук Д. Ю., Сезнева Т. Н., Катыхова М. В. Клинико-физиологический анализ эффективности лечения сколиотической болезни позвоночника в условиях специализированного реабилитационного центра. В кн.: Материалы конф. Проблема боли в травматологии и ортопедии. СПб.; 1997.
6. Михайловский М. Н. Современная концепция раннего выявления и лечения идиопатического сколиоза. Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова 2003; 1: 25–27.
7. Автандилов А. Г., Ветрилэ С. Т., Неманова Д. И., Кулешов А. Состояние кардиореспираторной системы у больных с IV степенью грудного сколиоза до и после оперативного лечения. Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова 2003; 1: 21–23.
8. Еналдиева Р. В. Клинико-функциональная оценка и обоснование коррекции нарушений кардиогемодинамики при сколиотической болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2006.
9. Ветрилэ С. Т. Влияние хирургического лечения сколиоза на функциональное состояние дыхательной и сердечно — сосудистой систем. Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова 2006; 1: 65–68.
10. Татишвили Р. Р., Лапинская В. С., Шубкин В. Н. и соавт. Хирургическое лечение сколиоза III–IV степени пластинчатыми эндокорректорами. Хирургия позвоночника 2006; 1: 33–38.
11. Шлятикова Н. С. Оценка динамики соматического состояния у детей при хирургической коррекции сколиоза III–IV степени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007.
12. Parent S., Newton P., Wenger D. Adolescent idiopathic scoliosis: etiology, anatomy, natural history and bracing. Instr. Course Lect. 2005; 54: 529–536.
13. Winiarski A., Zarzyski D., Koniarski A. The natural history of idiopathic scoliosis. Ortop. Traumatol. Rehabil. 2005; 7 (1).
14. Michalki P. Operative Behandlung der Skoliose unter Verwendung des anterior Zugang zur Wirbelsaule. Orthopedische Praxis 1998; 2: 130–132.
15. Purnell R. J. Scoliosis correction and epidural analgesia. Prolonged block following Harrington rod insertion. Reg. Anaesth. 1991; 16 (6): 333–336.
16. Lo B. Y. L., Dan Y. F., Tan Y. E. Intraoperative motor — evoked potential monitoring in scoliosis surgery. J. Neurosurg. Anaesthesiol. 2006; 18 (3): 214.
17. Семенович А. А., Маицв Б. П., Волостнова В. Д. Анестезиологические осложнения у больных с патологией позвоночника и спинного мозга. Вестн. хирургии им. И. И. Грекова 1990; 8: 16–17.
18. Dubos J., Mercier C. Anesthetic problems and postoperative care in the surgery for scoliosis. Agresologie. 1994; 34 (Spec).
19. Segal L. S., Vanderhave K. L. Adolescent idiopathic scoliosis: current concept of surgical management. Curr. Opin. Orthop. 2006; 17 (6): 493–498.
20. Shaw B. A. Neurological risk management in scoliosis surgery. J. Pediatr. Orthop. 2003; 23 (4): 564.
21. Бредихин А. Ю. Оценка эффективности премедикации и ее оптимизация с позиции современной анестезиологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1996.
22. Антонов Е. Ф., Голямерьянц В. А., Кардаш А. М. Особенности анестезиологического пособия при травме позвоночника и спинного мозга. Вopr. нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко 1991; 3: 25–28.
23. Женило М. И. Нейромедиаторные механизмы развития аналгезии при общей анестезии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов на Дону; 2005.
24. Евграфов О. Г., Макушкин В. В. Вопросы безопасности и управляемости общей анестезии при хирургической коррекции сколиоза у детей. Вестн. интенс. терапии 2006; 5: 105–107.
25. Leitao L. M., Isaak J. B. Anaesthesia for scoliosis surgery in a patient on anticoagulant therapy. Pediatr. Anaesth. 1998; 8 (6): 512–515.
26. Назаров И. П., Попов А. А., Волошенко И. В. Предупреждение неблагоприятных сдвигов эндокринной системы у больных в операционном периоде в условиях использования стресс — протекторных препаратов. Анестезиология и реаниматология 1992; 1: 44–47.
27. Menon D. K. Mapping the anatomy of unconsciousness — imaging anesthetic action in the brain. Br. J. Anaesthesia 2001; 86 (5): 607–610.
28. Новиков А. В., Воловик В. Е., Сохранский А. Н. Опыт анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств на позвоночнике при лечении тяжелых форм сколиоза. Бюл. Сибир. отд. РАМН 1996; 4: 114–116.
29. Маерова Н. Д. Анестезия в оперативной вертебрологии. В кн.: Тез. докл. Всерос. науч. — практ. конф.: Пробл. хирургии позвоночника и спинного мозга. Новосибирск; 1996. 121–122.
30. Ильченко Е. В. Анестезиологическое обеспечение хирургической коррекции сколиоза: дис. ... канд. мед. наук. Красноярск; 2002.
31. Захаров Т. С., Зайцев А. М., Гинзбург С. Г. К выбору анестезиологического обеспечения операций на позвоночнике и спинном мозге. В кн.: Вессоюз. съезд анестезиологов и реаниматологов. Харьков; 1989. 170.
32. Woodforth I. J., Hicks R. G., Crawford M. R. Depression of Iwaves in corticospinal volleys by sevoflurane, thiopental and propofol. Anaesth. Analg. 1999; 89 (5): 1182–1187.
33. Tsi B. C., Wagner A., Mahood G. Adjunct continuous intravenous ketamine infusion for postoperative pain relief following posterior spinal instrumentation for correction of scoliosis. Paediatr. Anaesth. 2007; 17 (4): 383–386.
34. Кралин А. Б. Оптимизация анестезиологического обеспечения хирургической коррекции позвоночника металлоконструкциями у больных сколиозом: дис. ... канд. мед. наук. М.; 2002.
35. Лебедева М. Н. Анестезиологическое обеспечение одномоментной двухэтапной хирургической коррекции сколиоза: дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 2001.
36. Николаев А. П. Анестезия и периоперационная аналгезия у больных с нейропатическим болевым синдромом при операциях на позвоночнике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2006.
37. Хиновкер В. В. Применение эпидуральной анестезии в сочетании с нейропептидами и НПВП для обезболивания пациентов после оперативного лечения сколиоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург; 2007.

38. Ульрих Г. Э. Анестезиологическое обеспечение операций на позвоночнике у детей: дис. ... д-ра мед. наук СПб.; 2005.
39. Chu W. C., Li A. M. Dynamic magnetic resonance imaging in assessing lung volumes, chest wall and diaphragm motions in adolescent idiopathic scoliosis versus normal controls. *Spine* 2006; 31 (19): 2243–2249.
40. Ku A. S., Irwin M. G., Crow B. Effect of sevoflurane/ nitrous oxide versus propofol anaesthesia on somatosensory evoked potential monitoring of the spinal cord during to correct scoliosis. *Br. J. Anaesth.* 2002; 88 (4): 502–507.
41. Фищенко В. Я., Шарифутдинов Э. Н., Пархоменко Г. А. Анестезиологическое обеспечение корригирующих операций на позвоночном столбе по поводу сколиоза. В кн.: Тр. Ленинградского НИИТО им. Турнера 1981. 127–130.
42. Корнищенко А. Н. Эпидуральная анестезия как компонент анестезиологической защиты при кардиохирургических вмешательствах: дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1997.
43. Koscielniak-Nielsen Z. J., Stens-Pedersen H. L. Midazolam — flumazenil versus propofol anesthesia for scoliosis surgery with wake-up testis. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1998; 42 (1): 111–116.
44. Hermanns H., Lipfert P., Meier S. Cortical somatosensory — evoked potential during spine surgery in patienten with neuromuscular and idiopathic scoliosis under propofol — remifentanyl anaesthesia. *Br. J. Anaesth.* 2007; 98 (3): 362–365.
45. Imani F., Jafarian A., Hassani V. Propofol — alfentanil vs propofol — remifentanyl for posterior spinal fusion including wake-up test. *Br. J. Anaesth.* 2006; 96 (5): 538–546.
46. Butwick A. J., Carvalho B. Neuraxial anaesthesia for delivery in parturient with type 1 von Willebrand disease and scoliosis. *J. Clin. Anaesth.* 2007; 19 (3): 230–233.

Поступила 21.02.08

**Шестая Всероссийская междисциплинарная конференция  
«Критические состояния в акушерстве и неонатологии»  
и Первая Всероссийская конференция общероссийской общественной  
организации регионарной анестезии и лечения острой боли  
20–24 мая 2008 г., Петрозаводск, Республика Карелия**

**Sixth All-Russian Interdisciplinary Congress on Critical Care in Obstetrics  
and Neonatology and First All-Russian Conference of the Russian Public Society  
of Regional Anesthesia and Acute Pain Therapy,  
May 20–24, 2008, Petrozavodsk, Republic of Karelia**

По прошествии трех лет гостеприимная столица Республики Карелии — Петрозаводск — вновь принимала шестую Всероссийскую междисциплинарную конференцию «Критические состояния в акушерстве и неонатологии» и первую Всероссийскую конференцию Общероссийской общественной организации «Регионарной анестезии и лечения острой боли».

Учредителями конференций выступили: ГУ «НИИ общей реаниматологии РАМН», Республиканский перинатальный центр Министерства здравоохранения, социального развития и спорта Республики Карелия, Санкт-Петербургская международная школа перинатальной медицины и репродуктивного здоровья, кафедра акушерства и гинекологии Петрозаводского государственного университета, Медиаинформационное агентство «Интел-Тек». Работа конференций была поддержана администрацией города Петрозаводска, Ассоциацией Акушерских Анестезиологов (ОАА) и Европейским обществом Регионарной Анестезии (ESRA).

В работе конференций приняли участие около 500 врачей анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов и неонатологов из 77 регионов нашей страны, 15 стран ближнего и дальнего зарубежья. Работа конференций проходила в здании Национального государственного театра Республики Карелии, в холле театра была развернута выставочная экспозиция компаний и фирм производителей медицинской техники и лекарственных препаратов.

Программу конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии» составили: заседания — «Безопасность родовспоможения», «Критические состояния в акушерстве и гинекологии»,

«Реанимация новорожденных в родовом зале. Стратегия ранней респираторной поддержки недоношенных новорожденных», «Ретинопатия новорожденных», «Современные технологии в акушерстве и перинатологии» и симпозиум «Лечение угрожающих преждевременных родов с позиции доказательной медицины».

В рамках научной программы первой Всероссийской конференции «Регионарной анестезии и лечения острой боли» прошли: заседания — «Проблемы лечения послеоперационной боли», «Регионарная анестезия и нарушения коагуляции»; симпозиум — «Боль — междисциплинарная проблема: от симптома к алгоритму лечения»; школа-семинар «Эскулап Академии» — «Сепсис в акушерстве и гинекологии» и Пленум Общероссийской общественной организации «Ассоциация регионарной анестезии и лечения острой боли».

В ходе работы конференций были заслушаны выступления наших зарубежных коллег: Boussignac Georges (Франция); Sakic Katarina (Хорватия); Gautier Philippe (Бельгия); Kinsella Stephen Michael (Великобритания); Rawal Narinder (Швеция); Gligorijevic Slobodan (Швейцария); Fernando Roshan (Великобритания); Shalev Eliezer (Израиль); Awilda Rivera (Пуэрто-Рико).

Более подробную информацию и фотоотчет о шестой Всероссийской междисциплинарной конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии» и первой Всероссийской конференции Общероссийской общественной организации «Регионарной анестезии и лечения острой боли» можно найти на сайте: <http://www.critical.ru/conf>.

**Материал подготовил Братищев И. В.**