

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОРМИКУМА В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

*Н.С. Давыдова, Л.А. Соколова, Ю.А. Давыдова*

ГОУ ВПО «УГМА Росздрава», Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн.

В настоящее время в анестезиологической практике достаточно широко используется препарат бензодиазепинового ряда дормикум, активным ингредиентом ампулированного раствора которого является мидазолам, имеющий липофильные свойства. Вследствие этого препарат легко проходит через гематоэнцефалический барьер и непосредственно воздействует на центральную нервную систему.

Дормикум обладает коротким периодом полувыведения от 1,5 до 2,5 часов, имеет седативно-снотворный, миорелаксирующий и противосудорожный эффекты. Особенно ценным его качеством является хорошая местная переносимость, амнезирующий эффект, простота дозирования препарата в зависимости от цели использования.

Дормикум можно применять как для седации с сохранением сознания, для вводного наркоза, так и для поддержания анестезии в сочетании с ингаляционными анестетиками и наркотическими анальгетиками.

За 10 лет работы в офтальмоанестезиологии нами приобретен большой опыт использования дормикума при оперативных вмешательствах по поводу катаракты и глаукомы. Наряду с принятыми требованиями к общему обезболиванню в офтальмохирургии анестезиолог должен быть хорошо ориентирован в вопросах регулирования внутриглазного давления (ВГД). В норме ВГД находится в пределах 10-22 мм рт.ст. Принимая во внимание специфику офтальмологических операций анестезиологу необходимо создать благоприятные условия для предотвращения интра- и послеоперационного подъема ВГД.

**Материалы и методы.** Были исследованы 36 пациентов, средний возраст которых составил  $72,9 \pm 1,8$  лет, которым предстояла экстракция катаракты. Для анестезии вводились: дормикум (мидазолам) ( $0,142 \pm 0,02$  мг/кг/ч) и фентанил ( $1,71 \pm 0,12$  мг/кг/ч). Показатели ВГД измерялись тонометром Маклакова на неоперируемом глазу, поэтапно: исходно, вводный наркоз, основной этап операции, конец операции.

**Обсуждение результатов.** Результаты исследований представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

## Изменение ВГД на этапах операции (мм рт.ст.)

Исходно	Вводный наркоз	Основной этап операции	Конец операции
19,88±0,99	17,25±0,34	16,6±0,33	16,45±0,58

Обращает на себя внимание достоверное поэтапное снижение уровня ВГД к концу операции на 17,2% по отношению к исходному.

При использовании комбинации дормикума в сочетании с фентанилом с целью анестезии и седации установлена зависимость уровня ВГД от дозы дормикума (мидазолама).

Таблица 2

## Изменение ВГД при анестезии дормикумом и фентанилом в зависимости от дозы дормикума.

Доза дормикума (мг/кг)	I этап	II этап	III этап	IV этап
0,049 – 0,1	21,8±1,46	19±0,63	19,2±0,9	18,6±0,33*
0,137 – 0,2	21,8±0,7	19,5±0,55*	18±0,8*	17,7±0,31*
P1			≤0,05	≤0,05
0,236 – 0,29	21,27±0,52	19,36±0,52*	18,6±0,33*	16±0,8*
P2			≤0,05	≤0,05
P3				≤0,001

\*- достоверность по отношению к первому этапу.

Необходимо отметить, что эффект снижения ВГД при сбалансированной анестезии на основе дормикума и фентанила продолжается и в ближайшем послеоперационном периоде и не требует проведения дополнительной гипотензивной терапии.

Сравнительный анализ интра- и послеоперационных осложнений хирургического лечения глаукомы в зависимости от вида анестезиологического пособия: в группах пациентов, где применялась БКНГ лидокаином с клофелином, анестезия дормикумом и диприваном свидетельствует что при анестезии на основе дормикума количество осложнений было минимальным (14,5%; 6,7%; 5,9% соответственно).

**Резюме.** Оценивая анестезию или седацию на основе дормикума, можно сделать вывод, что препарат является методом выбора для проведения пособия у офтальмохирургических больных. Он наиболее полно отвечает всем требованиям, предъявляемым к анестезии, а именно: устраняет чувство тревоги, вызывает седацию и амнезию, обладает короткой продолжительностью действия, практически не нарушает деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, умеренно снижает ВГД, не обладает выраженным побочным действием и обеспечивает быстрое пробуждение, позволяет снизить количество интраоперационных осложнений в 2,5раза

1. Давыдова Н.С. К вопросу о выборе метода анестезии в офтальмохирургии у пациентов старше 70 лет. / Н.С. Давыдова, Л.А. Соколова. // Вестник интенсивной терапии. – 2001. – №3. – С.63-68.
2. «Дормикум в анестезиологии и интенсивной терапии». Ф.Хоффман-Ля Рош, 1998.
3. Панин А.А. Применение флормидала (мидазолама) для вводного наркоза при комбинированной сбалансированной анестезии. Научные достижения в практическую работу / А.А. Панин, А.А. Ульянов, Е.А. Ламзина. // Сб. научных трудов – М., 1994. – С.83-85.
4. Янтцен И. Анестезия в глазной хирургии: Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. / И. Янтцен // Освежающий курс лекций. - Архангельск – Tromse, 1997. – С.125.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА<sup>1</sup>

*А.Н. Дмитриев*

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург,  
кафедра внутренних болезней № 1

Лекарственная терапия метаболического синдрома (МС) направлена на снижение усвоения жиров и углеводов, активацию метаболизма и повышение инсулинорецепторной чувствительности тканей, восстановление адекватных пищевых поведенческих реакций и улучшение функции жизненно важных систем организма.

Показаниями к назначению медикаментозной терапии являются:

Индекс массы тела (ИМТ)  $>30 \text{ кг/м}^2$

ИМТ  $>27 \text{ кг/м}^2$  в сочетании с абдоминальным ожирением и/или наследственной предрасположенностью к сахарному диабету (СД) 2 типа, сердечно-сосудистым заболеваниям и/или факторами риска и/или сопутствующими заболеваниями (дислипидемией, гиперинсулинемией, СД 2 типа, артериальной гипертензией и т.д.).

Из множества средств, рекламируемых сегодня для редукции массы тела, официально разрешены для использования в клинической практике лишь те, эффективность и безопасность которых подтверждена многоцентровыми исследованиями (доказательность класса А):

I. Снижающие потребление пищи (средства центрального действия)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Цель настоящей публикации – обратить внимание на перечень средств, разрешенных для лечения МС (абдоминально-висцерального ожирения с инсулинорезистентностью, метаболическими и висцеральными нарушениями).

<sup>2</sup> Помимо обозначенного действия у них, как и у препаратов других групп, отмечена способность повышать чувствительность инсулиновых рецепторов