

L'ACTION HEMODYNAMIQUE DE LA NALOXONE DANS L'ETUDE EXPERIMENTAL IN VIVO

COJOCARU V., PIRGARI B., GUTU-BAHOV C., TODERAS M., BASARAB E.

*-dr.hab.med, **-dr.med

Chaire ATI de la FPM de l'Universite d'Etat de Medicine "N.Testemitanu",
Chisinau, Republique de Moldova

Introduction

Letat toxique septique aigu c'est l'expression d'une invasion bacterienne qui se manifeste, de facon prioritaire, par une hypotension arterielle, difficile a controler par des moyens pharmacologiques, et qui influence le pronostic de la vie. Partant de l'idee que les endotoxine stimulant la secretion des endorphines dans les regions hypothalamiques – responsables du controle du tonus sympathique – on pourrait admettre l'effet benefique des antagonists opioides dans le traitement de correction, et justement de ceux qui concurremment agissent avec les sigma-recepteurs et contribuent a l'acceleration du systeme sympathique et peuvent jouer un role important pour la stimulation de l'activite virale.

Materiel et methodes

Animaux de laboratoire (rats Wistar, males), poids 300-330 g., anesthesies avec du thiopental de sodium 2mg/kg/ corps, intraperitoneal; on a fait separer l'artere femorale et la veine femorale procedant au catheterism: le catheter de l'artere femorale a ete connecte a un transducteur de pression, les valeurs etant enregistrees sur du papier milimetrique.

On a analyser l'effet de la naloxone, introduite sur le fond de tension normale, et egalement sur le fond d'administration de l'endotoxine lipopolysaccharide Escheria coli.

Resultats

Lors de l'administration de la naloxone sur un fond de tension normale, on a remarque une augmentation insignifiante des valeurs de la tension arterielle durant 90 minutes. L'estimation du dynamique de la tension arterielle sur le fond d'administration de l'endotoxine lipopolysaccharide Escheria coli a fixe une chute de tension arterielle biphasique (modele toxico-septique classique). L'utilisation de la naloxone 5 minutes avant l'administration de la LPS n'a pas influence le dynamique de la premiere phase de l'hypotension arterielle. L'administration de la naloxone 5 minutes avant la phase secondaire de l'hypotension arterielle n'a pas change le caractere durable des valeurs basses de la tension arterielle.

Discutions

On peut suggerer que l'effet antihypotensive de la naloxone est du son action d'inhibition sur les phagocytes et, du coup, sur les proces de formation et secretion des substances biologiques actives vagorelaxantes, surtout du monoxide d'azote d'origine macrophagique.

FACTORS INFLUENCING POSTOPERATIVE PAIN AFTER SUBFASCIAL ENDOSCOPIC PERFORATOR SURGERY (SEPS)

Cornogolub A.¹, MD, PhD, Gutsu E.², MD, PhD, Onu Gr.³, Sorici A.³, Casian D.², MD, PhD, Culiuc V.²

1 - Chair of Anesthesiology, FPME;

2 - Chair of General Surgery, SMPhU "N.Testemitanu";

3 - Department of Anesthesiology, First Municipal Hospital, Chisinau, Republic of Moldova

SEPS became a widely used mini-invasive technique for interruption of pathological venous reflux through perforator veins (PVs) of the calf, localised under trophic injuries of soft tissues in patients with severe chronic venous insufficiency (CVI).

The aim of the study was to identify the potential factors that can influence postoperative pain after SEPS.

Methods. Type and duration of required postoperative analgesia (PA) in relation to clinical, surgical and anesthesiological peculiarities were studied in 68 patients underwent unilateral SEPS procedure.

Results. Overall duration of PA was higher in the presence of extensive subfascial fibrosis, insufflation of CO₂ in subfascial working space under pressure >15 mm Hg and using of diathermocoagulation for PVs disconnection than in limited subfascial fibrosis, insufflation pressure ≤15 mm Hg and PVs interruption by clipping – 6±1,68 vs 3,52±0,27 days; 3,96±0,54 vs 3,46±0,31 and 3,86±0,41 vs 3,2±0,42 days, respectively. Necessity in opioids was longer in the presence of expanded lipo-

dermatosclerosis, large dissection of subfascial space and SEPS duration >30 min compared to the cases of focal dermatosclerosis, moderate subfascial dissection and the average SEPS duration ≤ 30 min – $0,79 \pm 0,07$ vs $0,68 \pm 0,11$ days; $0,81 \pm 0,11$ vs $0,72 \pm 0,07$ and $0,89 \pm 0,08$ vs $0,58 \pm 0,09$ days, respectively. Both, the total duration of PA and the need for opioids prescription were greater in the cases of PVs transection without prior vasal luminal occlusion and intraoperative subfascial bleeding with subsequent development of hematoma comparing to the cases of PVs interruption by other methods (coagulation or clipping) and absence of subfascial haemorrhagia during SEPS – $4,5 \pm 0,84$ and $0,8 \pm 0,2$ vs $3,54 \pm 0,41$ and $0,65 \pm 0,09$ days; and $3,92 \pm 0,81$ and $0,83 \pm 0,11$ vs $3,61 \pm 0,3$ and $0,7 \pm 0,07$ days, respectively. Opioids requirement was lower after spinal than consecutively intravenous or endotracheal anesthetics – $0,57 \pm 0,15$ vs $0,83 \pm 0,11$ and $0,85 \pm 0,06$ days, respectively. Duration of PA after spinal anesthesia was significantly lower than after general – $2,83 \pm 0,44$ vs $4,61 \pm 0,54$ days ($p < 0,01$). PA was not influenced by additional surgical techniques (open PVs ligation and phlebectomy).

Conclusions. Absence of lipodermatosclerosis, subfascial fibrosis and intraoperative bleeding; careful subfascial dissection; gas insufflation pressure ≤ 15 mm Hg; duration of SEPS ≤ 30 min; PVs interruption by clipping as well as using of spinal anesthesia are associated with reduced PA duration and/or opioids requirement after SEPS. Subsequent larger studies of factors influencing postoperative pain after SEPS might contribute to faster recovery of patients with severe CVI.

CĂILE AERIENE DIFICILE ÎN CHIRURGIA MAXILO-FACIALĂ (Caz clinic)

G. Frunza¹, S. Șandru², S. Cobiletschi³, I. Ursu⁴, D. Scerbatiuc⁵, M. Cebotari⁶,

1 – doctorand; 2 – dr. în med. Conf. univ.; 3 – asistent univ.; 4 – rezident;

Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

5 – dr. hab. în med., prof. univ.; 6 – asistent univ.

Catedra Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

Introducere

Confruntarea cu un pacient neventilat și neintubat reprezintă o încercare serioasă pentru anestezist. Identificarea pacienților cu risc de intubare dificilă este un pas esențial în examenul preanestezic ce poate reduce morbiditatea și mortalitatea legată de căile aeriene dificile. Aplicarea anesteziei generale, a sedării intravenoase induce depresie respiratorie, care necesită asistență respiratorie cu protejarea căilor aeriene. Intubarea dificilă este definită ca necesitatea de a efectua mai mult de 3 încercări de intubare, sau mai mult de 10 minute, utilizând laringoscopie clasică. Laringoscopia dificilă este atunci, când nu este posibil de a vedea nici o porțiune a corzilor vocale prin laringoscopie clasică.

În precizarea căilor aeriene dificile sunt importante următoarele: anamnesticul, examinarea, măsurările, sistemele de scoruri, eșecurile.

Anamnesticul

Este necesar de colectat anamnesticul detaliat de la pacient, rude, înregistrări din fișa medicală despre intubare dificilă în anamnestice, anomalii congenitale, trauma căilor aeriene, operații pe căile aeriene, patologii (spondilită anchilozată, diabet zaharat, artrită reumatoidă). În cazul intubării dificile în anamnestice trebuie să verificăm dacă: intubările precedente au fost cu succes, dar au necesitat încercări multiple. Intubările precedente au fost abandonate din cauza dificultăților.

Examenul clinic

Examinarea căilor aeriene este orientată spre depistarea semnelor anatomice asociate laringoscopiei normale. Cauze congenitale de căi aeriene dificile pot fi situațiile ca: Sindrom Pierre Robin, Higrroma cistica, Sindrom Treacher Collins, Gargoilism, Ahondroplazia, Sindrom Marfan, Sindrom Goldehar. Factori anatomici care contribuie la intubare dificilă sunt: obezitatea, limbă mare, gât musculos, scurt (gât bovin), incisivi protruzivi, palat arcat, cavitate bucală lungă și îngustă, mandibulă recisivă (micrognatie), formațiuni masive cervicale, ale cavității bucale, regiunii toracice superioare, distanță redusă dintre os occipital și procesul spinos al C1.

Estimarea gradului de dificultate al intubării

Deschiderea cav bucale trebuie să fie adecvată ca să permită intrarea laringoscopului + tub endotraheal (minimal 2,5-3 cm). Spațiul în orofaringe trebuie să fie adecvat pentru plasarea lamei laringoscopului plus tub traheal. O importanță mare au de asemenea efectuarea măsurărilor: distanța dintre incisivi variază în normă între 4-6 cm. Aceasta vorbește despre mobilitate temporo-mandibulară normală. Spațiul anterior laringelui determină cât de bine axul laringian face linie dreaptă cu axul faringian atunci când gâtul este în extensie. Când spațiul mandibular este mare (laringe situat posterior) limba este ușor comprimată în spațiu