

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ: БЛОКАДЫ
ПОПЕРЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИВОТА (ТАР-BLOCK, БППЖ)

Болонкин Л.С., Дзядзько А.М., Минов А.Ф., Козич П.В., Златогуре А.В.

Городская клиническая больница №9, г. Минск, Беларусь.

При операциях на печени и, при некоторых условиях, при операциях на желчевыводящих путях, катетеризация эпидурального пространства потенциально опасна как при процедуре инсталляции катетера, так и при его удалении. Широкое внедрение в анестезиологическую практику УЗИ позволило повысить эффективность и безопасность регионарных методов обезболивания. В 2008 году Hebbard P., Laffey J., McDonnell J. предложили технику подреберной наклонной блокады поперечного пространства живота с использованием УЗИ. Метод БППЖ заключается во введении локального анестетика в пространство, расположенное над поперечной мышцей живота под контролем УЗИ, вызывающее сенсорную блокаду брюшной стенки. Учитывая роль регионарных блокад в антиноцицептивной программе анестезии, с 2009 года, мы начали использовать БППЖ как регионарный компонент комбинированной с общей анестезии при операциях на печени и желчевыводящих путях.

Цель исследования. Оценка метода комбинированной с БППЖ общей эндотрахеальной анестезии при операциях на печени и желчевыводящих путях.

Пациенты и методы. 39 пациентов (мужчины-16, женщины-23, возраст 32-72 года, ASA II-IV) оперированы в условиях комбинированной анестезии ОЭТА+продленный БППЖ. Премедикация стандартная (мидазолам+метамизол или кетопрофен). У всех пациентов проводилась общая эндотрахеальная НПА севофлюраном в условиях миоплегии тракриумом. Катетеризация ППЖ выполнялась в условиях УЗ-локации после инсталляции ОЭТА. Перед разрезом кожи всем пациентам в/в вводился фентанил 100мкг, в дальнейшем фентанил вводился болюсами 1,5-3,0 мкг/кг/час в зависимости от клиники анестезии. Согласно характера перенесенного вмешательства, оперативного доступа и вида БППЖ пациенты разделены на 4 группы: 1 группа – 14 пациентов, резекция печени, оперативный доступ-Ј, билатеральный подреберный наклонный БППЖ, наропин 0,25% 25мл*2(50мл); 2 группа – 5 пациентов, реконструкция желчных протоков, оперативный доступ-Ј, правосторонний подреберный наклонный БППЖ, наропин 0,25% 30мл; 3 группа – 7 пациентов, реконструкция желчных протоков, оперативный доступ-Ј, билатеральный подреберный наклонный БППЖ, наропин 0,25% 25мл*2(50мл); 4 группа – 13 пациентов, холецистэктомия, субкостальный доступ, бупивакаин 0,375% 30мл.

В послеоперационном периоде продолжено болюсное введение локальных анестетиков в ППЖ в течение 72-х часов. В течение первых 48 часов после операции пациентам назначались НПВП.

Результаты. Интраоперационный период у всех пациентов характеризовался стабильностью гомеостаза. У 3-х пациентов 1гр (21,4%), 3-х пациентов 2 гр (60,0%), 2-х пациентов 3 гр (28,6%) и 5-ти в 4 гр (38,5%) через 2-4 часа после пробуждения развился болевой синдром до 4-х баллов ВАШ (в верхней части раны), потребовавший 1-2-х кратного введения опиатов. Осложнений не было.

Заключение. Билатеральная БППЖ снижает интенсивность и частоту развития болевого синдрома. БППЖ представляется безопасным и эффективным региональным компонентом комбинированной ОЭТА при операциях на печени и желчевыводящих путях. Метод требует дальнейшего усовершенствования.