

УДК: 617.54-089.5-089.168.1-76

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ТОРАКАЛЬНОГО ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОГО БЛОКУ З МЕТОЮ ПОКРАЩЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ АНАЛГЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОРАКОТОМІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Могильник А. І.

До теперішнього часу досягнуті значні успіхи в хірургічному лікуванні пацієнтів із захворюваннями органів грудної порожнини. Торакотомічний доступ – одна з найбільш болючих хірургічних маніпуляцій, яка асоціюється зі значно післяопераційною дисфункцією діафрагми і вираженими респіраторними порушеннями, а безпосередньо оперативне втручання супроводжується тракціями і компресією життєво важливих органів та великих рефлексогенних зон.

Інтраопераційний торакальний паравертебральний блок (ІТПБ) є альтернативним доповненням системного знеболення для пацієнтів після торакотомічних оперативних втручань.

Мета дослідження – поліпшити якість післяопераційного знеболення хворих після торакотомічних операцій шляхом розробки методу раціонального інтра- та післяопераційної аналгезії.

Об'єктом дослідження були пацієнти із захворюваннями органів грудної клітини, що потребували анестезіологічної допомоги під час оперативного втручання торакотомічним доступом з послідуною післяопераційною аналгезією.

Методи дослідження. Дослідження проведено на 62 пацієнтах, оперованих в торакальному центрі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського в 2015–2016 роках з приводу захворювань органів грудної порожнини. Пацієнти були розділені на дві групи: групу дослідження (32 хворих), та контрольну групу (30 хворих). В обох групах післяопераційна аналгезія забезпечувалась системним введенням наркотичних та нестероїдних протизапальних засобів. Пацієнтам групи дослідження виконувалась ІТПБ. Пацієнти обох груп не відрізнялись за віком, статтю, ризиком за шкалою American Society of Anesthesiologists (ASA), вагою, тривалістю операції.

Вік пацієнтів групи дослідження становив $49,07 \pm 8,61$ років, в контрольній $51,14 \pm 7,43$ років. Співвідношення пацієнтів з II ступенем ризику до пацієнтів з III ступенем ризику за шкалою ASA (II/III) становила 23/9 20/10, вага становила $77,35 \pm 5,12$ в групі дослідження проти $74,02 \pm 6,25$ в контрольній групі, тривалість оперативного втручання складала $104,7 \pm 13,1$ в досліджуваній групі та $94,4 \pm 11,07$ в контрольній.

Всім хворим було проведено повне клініко-лабораторне обстеження, пульсоксиметрія, кардіомоніторинг, моніторинг артеріального тиску, контроль

діурезу. Досліджувались тривалість штучної вентиляції легенів (ШВЛ), строки видалення ендотрахеальної трубки (ЕТТ), показники артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Інтенсивність больового синдрому оцінювалась за Visual Analogue Scale (VAS).

У групі контролю післяопераційна аналгезія забезпечувалась введенням промедолу дозою 60 мкг/кг/год та парацетамолу дозою 1 мкг/кг/год. Пацієнтам основної групи на фоні системної аналгезії з метою післяопераційного знеболення проводився ІТПБ: перед ушиванням рани з боку грудної порожнини проводилась блокада міжреберних нервів вище та нижче торакотомічного розрізу 5 мл 0,5 % бупівакаїну з додаванням 2,5 мг морфіну.

Результати дослідження. Показники вираженості больового синдрому за шкалою VAS в групі дослідження були достовірно нижче: $3,2 \pm 0,4$ проти $4,7 \pm 0,6$ в контрольній групі через 2 години, $3,5 \pm 0,5$ проти $4,9 \pm 0,6$ через 4 години, $4,2 \pm 0,4$ проти $5,1 \pm 0,6$ через 8 годин та $4,6 \pm 0,6$ проти $4,9 \pm 0,6$ через 12 годин.

У пацієнтів групи дослідження ранній післяопераційний період супроводжувався більш стабільними показниками гемодинаміки та меншою частотою серцевих скорочень, що свідчило про більшу адекватність аналгезії.

Потреба в післяопераційній вентиляційній підтримці та тривалість ШВЛ в групі контролю була більшою на 25,5 % і становила $47,5 \pm 3,6$ хв. проти $35,4 \pm 3,2$ хв. в групі дослідження, що найвірогідніше було пов'язано з потребою використання більших доз наркотичних анальгетиків на заключних етапах оперативного втручання та в ранньому післяопераційному періоді. З цієї ж причини можливість видалення ЕТТ в контрольній групі виникала на 36,4 % пізніше і становила $84,3 \pm 7,6$ хв. порівняно з $53,6 \pm 7,1$ хв. в досліджуваній групі, що також було пов'язано з можливістю більш глибокого дихання на фоні адекватнішої аналгезії у пацієнтів цієї групи.

Висновки. Отримані результати свідчать, що застосування методики ІТПБ забезпечує більш глибоку та адекватну аналгезію після торакотомічних оперативних втручань, що супроводжується стабільнішими показниками гемодинаміки, меншою тривалістю післяопераційної ШВЛ, більш ранньою можливістю видалення ЕТТ та подальшого адекватного самостійного дихання пацієнтів.

Могильник Антон Ігорович, кандидат медичних наук, доцент, кафедра анестезіології з інтенсивною терапією, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36011
E-mail: antonmogilnik@gmail.com