

Согласно имеющимся в литературе данным, секреция кортизола корковым слоем надпочечников быстро увеличивается сразу же после начала. С исходного уровня около 400 нмоль/л концентрация кортизола повышается до максимума в течение 4-6 ч и может достичь уровня >1500 нмоль/л, в зависимости от тяжести хирургической травмы.

Выводы. Паравертебральная блокада на уровне с Th-1 по Th-6 как компонент анестезиологического обеспечения в комбинации с многокомпонентной сбалансированной эндотрахеальной анестезией при выполнении радикальной мастэктомии характеризуется следующей динамикой содержания кортизола: до начала операции – 503,2 (379,5; 582,0) нмоль/л, через 30 минут после начала операции – 533,4 (273,9; 940,1) нмоль/л, через 2 часа после окончания операции – 1379,9 (668,8; 1687,0) нмоль/л, через 24 часа после окончания операции – 525,4 (404,3; 625,2) нмоль/л.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕРХНЕГРУДНОЙ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Яскевич В. В.

УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»,
г/ Бобруйск, Республика Беларусь

Введение. Основным путем повышения качества анестезиологического обеспечения при различных высокотравматичных хирургических вмешательствах является применение мультимодальной анестезии. В качестве базового компонента для обеспечения ноцицептивной защиты предлагается использовать разные лекарственные средства, как правило, наркотические анальгетики и НПВС. Кроме того, многие исследования предлагают включать одним из обязательных компонентов анестезиологического обеспечения методы регионарной анестезии: эпидуральная, спинальная, проводниковые блокады. В последние десятилетия возрос интерес к паравертебральной блокаде (ПВБ) в верхнегрудном отделе позвоночника для повышения качества

анестезиологического обеспечения торакальных операций и операций на грудной клетке.

Цель: повышение безопасности и эффективности выполнения паравертебральной блокады с использованием ультразвуковой навигации.

Материал и методы. В исследование были включены 94 женщины, которым в плановом порядке проводилось хирургическое лечение рака молочной железы на базе УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер». Для анестезиологического обеспечения применяли верхнегрудную ПВБ на уровне с Th-1 по Th-6 в комбинации с многокомпонентной сбалансированной эндотрахеальной анестезией. Для блокады применяли 0,75% раствор ропивакаина в объемах: 2,5-3,0 мл (n=10), 2,0 мл (n=29) и 1,5 мл (n=55).

Техника блокады спинномозговых нервов в грудном отделе заключалась в следующем. Положение пациента – сидя на операционном столе. Обработка кожи раствором антисептика. Для обработки кожи применяли «Септоцид-синерджи» (ЗАО «БелАсептика», Республика Беларусь) согласно инструкции по применению, способом для «антисептической обработки операционного поля». Для обезболивания процедуры проводили инфильтрацию кожи и подкожной клетчатки 1% раствором лидокаина в общем объеме от 6 до 8 мл по линии на 2,5 см латеральнее от остистых отростков на стороне блокады.

Для верификации положения иглы и контроля за введением анестетика применяли ультразвуковую визуализацию аппаратом «НІТАСНІ ЕUB-405» с использованием линейного датчика 7,5 МГц. Для блокады применяли спинальные иглы длиной 90 мм типа “Quinke” диаметром 22-23G (Greatcare Medical Instruments Co., Ltd. China). Датчик располагали латеральнее по отношению к игле. После верификации на мониторе сонографической картины паравертебрального пространства на уровнях Th-1, Th-2, Th-3, Th-4, Th-5 и Th-6, под ультразвуковым наведением методом «out of plane» (вне плоскости датчика) вводили инъекционную иглу в ткани до достижения кончика иглы паравертебрального пространства на требуемом уровне. Затем, после выполнения аспирационной пробы, вводили 0,5 мл 0,75% раствора

ропивакаина, с ультразвуковым контролем за распространением местного анестетика (МА) в паравертебральном пространстве, а далее, после проведения аспирационной пробы повторно, вводили еще 0,75% раствор ропивакаина, в рассчитанном объеме.

Оптимальное положение инъекционной иглы в паравертебральном пространстве для введения МА в расчетном объеме и количестве определяли по ультразвуковой визуализации кончика иглы в паравертебральном пространстве (на УЗ-мониторе акустическая тень кончика иглы в виде гиперэхогенной (светлой) точки располагалась между париетальной плеврой и верхней реберно-поперечной связкой, которые также являются гиперэхогенными), распространению МА в тканях под ультразвуковым контролем по смещению мягких тканей и париетальной плеврой во время введения местного анестетика. После выполнения блокады, на спину в области проведения инъекций, накладывали асептическую повязку, которую фиксировали лейкопластырем. Затем пациента укладывали на операционный стол в положение на спину. Утрату болевой чувствительности на поверхности грудной клетки после проведенной ПVB оценивали методом «pin prick» (касания иглой). Далее проводили многокомпонентную сбалансированную эндотрахеальную анестезию с искусственной вентиляцией легких. После операции с целью исключения пневмоторакса пациентам выполняли рентгенографию ОГК, также они осматривались врачом анестезиологом-реаниматологом с целью исключения осложнений анестезии.

Результаты и обсуждение. Время, затраченное на выполнение верхнегрудной ПVB на уровнях с Th-1 по Th-6, составило 15,0 (10,0; 20,0) минут от первой инъекции МА, для обезболивания кожи пациента, до накладывания асептической повязки. Время развития сенсорного блока от последней инъекции МА – 15,0 (12,0; 20,0) минут. У всех пациентов после проведения ПVB зарегистрировано развитие сенсорного блока в области хирургического вмешательства. Проведение ПVB на уровнях с Th-1 по Th-6 многоинъекционной техникой с применением ультразвуковой визуализации позволило обеспечить у всех пациентов развитие эффективной блокады. Не

зарегистрировано ни одного случая пневмоторакса. Не было отмечено и каких-либо других осложнений после проведенной ПVB.

Выводы. Ультразвуковой контроль при проведении верхнегрудной паравертебральной блокады является безопасным и высокоэффективным методом контроля за введением и распространением МА в паравертебральном пространстве и позволяет обеспечить эффективную анестезию у всех пациентов.

Репозиторий ГРГМУ