

# РЕГІОНАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ В УРОЛОГІЇ

Михайлов Богдан  
Володимирович

БУС-2013

# Актуальність

- Похилий вік людини є найнебезпечнішим супутнім станом при проведенні операції та анестезії, тому вибір методу анестезії і може бути тим чинником, завдяки якому літній пацієнт може отримати шанс вижити і зберегти життєву активність.

# Актуальність

- За своє життя людина накопичує свій досвід (кількість) больових епізодів. Емоційне переживання кожного з них в подальшому стає більш “болючим” (зниження порогу болю). Тому літні люди потребують уважнішого ставлення до запобігання болю.

# Похилий вік

- 15% населення України старше 65 років
- У відділенні урології 23,8% хворих старше 65
- Оперативна активність 28,9% (2012 р.)
- Серед них оперується 63,5% старше 65 років

# Досвід

- Багаторічна робота в якості анестезіолога у міжрайонному відділенні урології (з 1990 року) та проведення 2887 анестезій дозволили провести аналіз безпеки та ефективності комбінованих анестезій із застосуванням регіональних методик.

# Регіональні методи

- Подовжена епідуральна анестезія/анальгезія (2467 анестезій)
- Паравертебральна анестезія (32)
- Трансабдомінальна блокада (27)
- Інфільтрація післяопераційної рани (37)
- Блокада нервів чоловічого статевого органу (324)

# Подовжена епідуральна анестезія/анальгезія

з 1998 року

# Види операцій

- Відкрита простатектомія
- Реконструктивні операції на сечовому міхурі
- Абдомінальна онкоурологія
- Пластичні операції



# Подовжена епідуральна анестезія/анальгезія

- Декскетопрофен 50 мг в/в до операції,
- Інтраопераційно - встановлення епідурального катетера на рівні Т11-Т12-L1, краніально на 30-35 мм, болюсно 100-150 мг ропівакаїна,
- Кетамин 15 мг до операції,
- Підключення МІП до епідурального катетеру через 60 хвилин після болюсного введення ропівакаїну.

# Стандартне заповнення МІП

- 0.2% р-н Наропіна – 100 мл (200 мг)
- 0.05% р-н фентаніла – 4 мл (200 мкг)
- 0.18% р-н адреналіна – 0,2 мл (200 мкг)

# Подача МА при проведені епідуральної анальгезії

- Катетерна технологія з 1998 року, з 2008 року тільки з безперервною інфузією
- Безперервна інфузія зі швидкістю 6-10 мл/год та болюсом 2-6 мл/год
- Безперервна інфузія зі швидкістю 6-10 мл/год та болюсом **6-8 мл кожні 6 годин** (остані 10 місяців)

# Після операції

- Декскетопрофен 50 мг кожні 12 годин (3-4 доби)
- Морфін 10 мг (поодинокі випадки, надвечір)
- Рання активізація (на перев'язку самостійно через 44-48 годин)
- Видалення катетеру після зняття дренажу

# Оцінка

- За ВАШ: максимальні значення 15/22 мм (1 доба), 10/16 мм (2-3 доба)
- Відсутність епізодів гіпертензії та гіпотонії
- Емоційний комфорт (відчуття гумору)
- Сон

# Паравертебральна анестезія

з 2012 року

# Види операцій

- Гідроцеле
- Грижі
- Орхектомії
- Епідідимектомії
- Травми мошонки

# Паравертебральна анестезія

- За 40-60 хвилин до операції на рівні T12-L1 на стороні операції ропівакаїн 100 мг
- Стандартна медикація на столі
- Пропофол 100-120 мг (25-40 хвилин)
- Після операції декскетопрофен 2 рази на добу



# Оцінка

- За ВАШ: максимально 8/12 мм (1 доба)
- Посилення (поява) болю через 16-20 годин після операції (за ВАШ-12/20 мм)
- Самостійне пересування через 4-5 годин
- Не застосовуємо опіоїди
- Без порушень сечевиділення
- Відсутність збудження

# ТАВ

- Епіцистостомія
- рецистостомія
- Пластика передньої стінки
  
- З обох сторін по 10 мл 0,75% ропівакаїну за 25-30 хвилин до операції
- Пропофол 150 мг (40 хвилин)

# Оцінка

- За ВАШ: максимально 10/16 мм (1 доба)
- Відсутність посилення болю через 16-20 годин після операції
- Самостійне пересування через 4-5 годин
- Не застосовуємо опіоїди
- Відсутність збудження

# Інфільтрація післяопераційної рани

з 2010 року

# Види операцій

- Нефректомія
- Реконструктивні операції на ПУС та сечовику
- Пієлолітотомія

# Анестезія

- Премедикація
- Епідуральна блокада T9-T10-T11, ропівакаїн 100-150 мг
- Комбінований ендотрахеальний наркоз
- Встановлення по закінченню операції катетеру для інфільтрації на апоневроз зовнішнього косого м'яза

# Інфільтрація післяопераційної рани

- Перевірка прохідності катетеру: ропівакаїн 0,5% - 10 мл (0,25% бупівакаїн)
- Підключення МІП: 0,2% ропівакаїн 300 мл





# Вибір анестетика для анальгезії

Ропивакаин является первым МА,  
который с момента создания  
рассматривался как препарат выбора  
для длительной инфузии в  
послеоперационный период ...



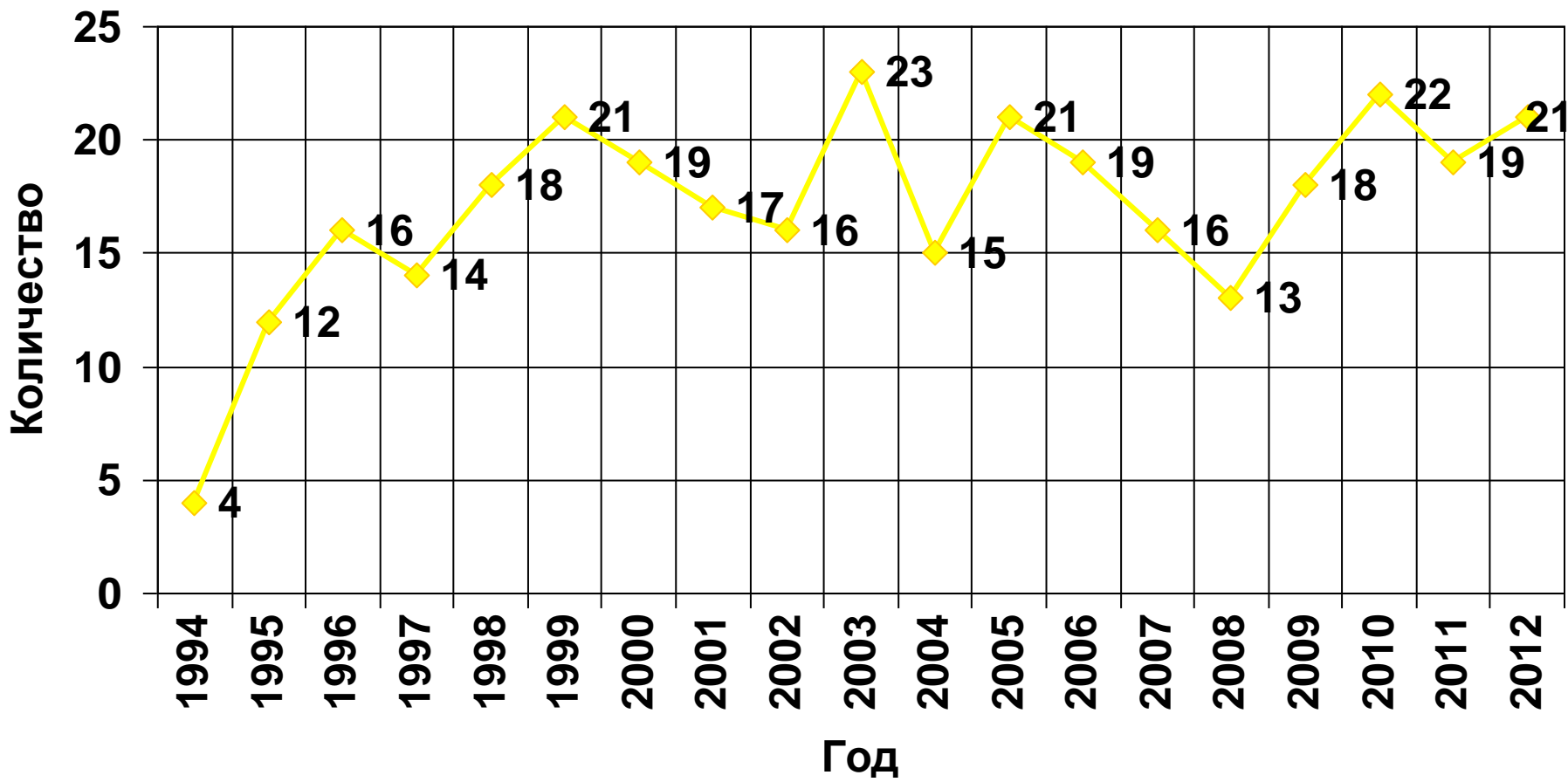
# Блокада нервів чоловічого статевого органу

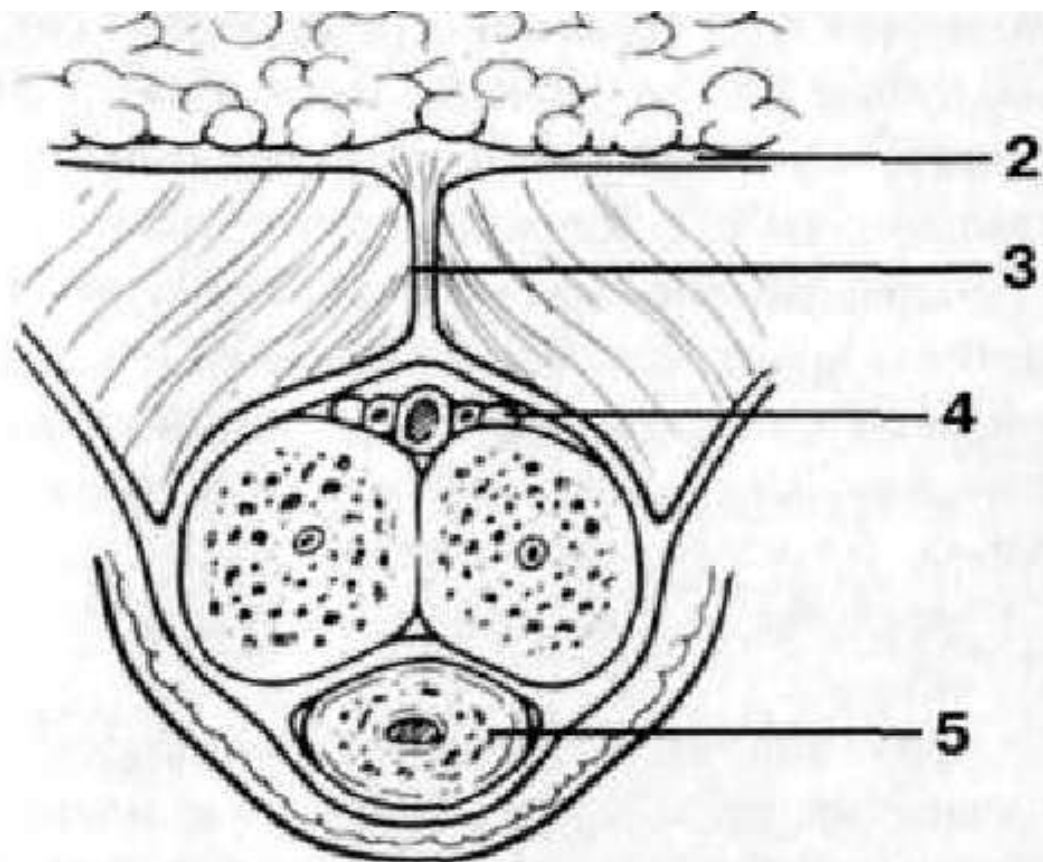
з 1994 року

# Блокада нервів чоловічого статевого органу

- Циркумцизіо
- Пластика термінальної частини уретри
- Інородні тіла головки
- Конділоми

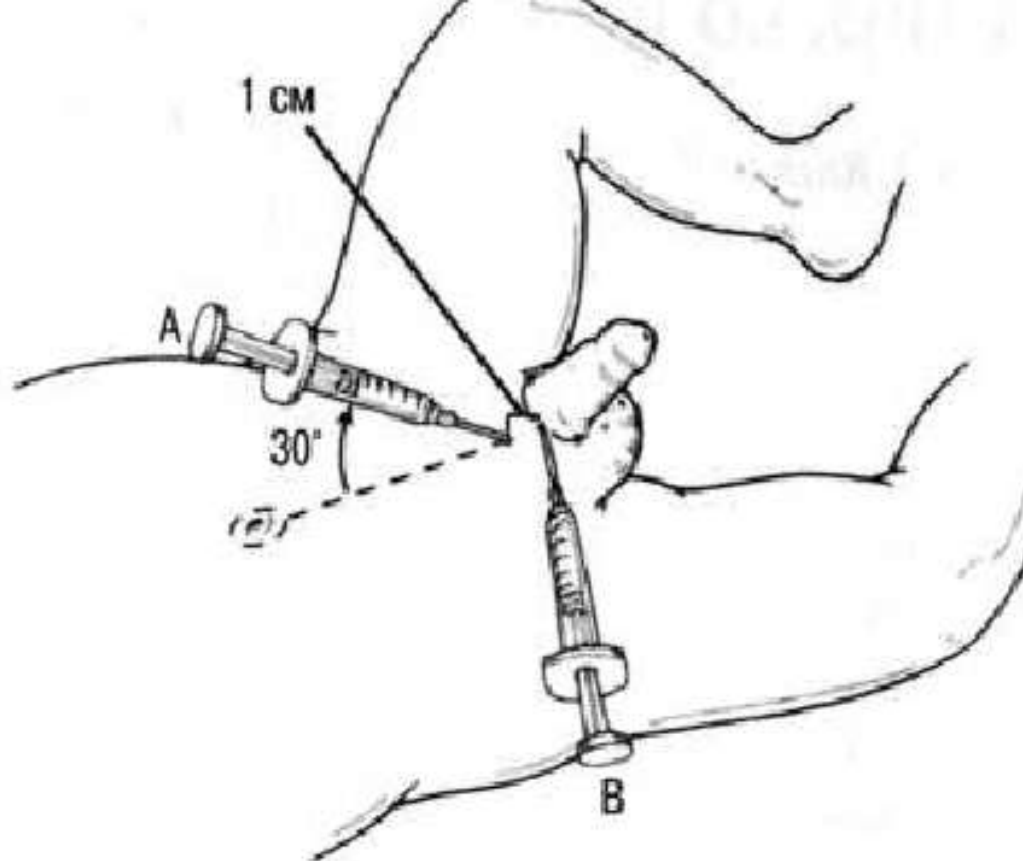
# Досвід





**Рис. 17.5. Анатомия дорсальных нервов пениса.** На поперечном сечении основания пениса показано положение дорсальных нервов пениса, прилежащих к проходящим по средней линии сосудам и лежащим глубже поддерживающей связки и фасции Букка.

1 – кожа, 2 – фасция Букка, 3 – поддерживающая связка, 4 – дорсальный нерв, 5 – уретра.



**Рис. 17.6. Блокада нервов пениса.** Блокада дорсального нерва: игла 27 G вводится со стороны брюшной стенки под углом  $30^\circ$  до встречи с нижним краем симфиза. Игла прокалывает поддерживающую связку и вводится еще на 1 см, куда вводится 1–4 мл местного анестетика (A). Циркулярная блокада: местный анестетик вводится через такую же иглу подкожно вокруг основания ствола пениса (B).

# Методика

- після стандартної премедикації
- 0,8%-1% розчин лідокаїна  
(без адреналіна)
- дорсальні нерви – по 3-4 мл



# Переваги

- Немає затримки сечовиділення
- Больовий комфорт (ВАШ не перевищує 8 мм/15 мм)
- Базове знеболювання НПЗЗ (декскетопрофен, ібупрофен)

# Резюме

- **Регіональні методи підвищують ефективність знеболювання.**
- **Якісне знеболювання сприяє запобіганню післяопераційних ускладнень, ранішній активізації хворих та суттєво зменшує витрати на лікування.**

**Дякую за увагу!**



# «Козацький спис»

ІХ школа-семінар

7-8 травня 2013

о. Хортиця

