



СПІНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ТА ПЕРИОПЕРАЦІЙНЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЇ

Сергій Бишовець

доцент кафедри анестезіології та інтенсивної
терапії НМАПО імені П.Л. Шупика

- Сучасний тренд абдомінальної хірургії – лапароскопічні втручання
- Головним завданням анестезії залишається адекватна екзогенна антиноцицепція, що дозволяє контролювати біль й стрес
- На сьогодні при ЛС панує метод знеболювання – загальна анестезія

- ЗА, усуваючи перцепцію болю, не забезпечує повноцінної блокади ноцицепції на рівні спинного мозку на відміну від НАА
- СА позитивно впливає на патофізіологію операційної травми і характеризується високою ефективністю, відносною простотою, економічністю та мінімальною дією на функції життєво важливих органів

- СА зменшують ризик багатьох суттєвих ускладнень при різних оперативних втручаннях, запобігають розвитку інфекції, імунодепресії і метастазуванню, тромбозу глибоких вен, зменшують необхідність гемотрансфузій
- Додаткове мультимодальне периопераційне знеболювання у поєднанні зі СА призводить до тривалого аналгетичного «хвоста»

Традиційна сфера СА

- Нижні кінцівки
- Мискостегновий суглоб
- Промежина
- Нижній абдомінальний поверх
- Акушерство

СА для лапароскопії:

n=20, I-II ASA, X/E Пункція – Th_x
5 мг бупівакаїна + 2,5 мкг суфентаніла

Позитивно, але небезпечно – с. мозок
ФРЕНІКУС, гіпотензія
глибока седация/симультанна анестезія

А.А. Van Zundert та співавт., Netherlands, 2007
(Br. J. Anes.)

1000 лапароскопій

- жовчно-кам'яна хвороба
- гострий апендицит
- грижі
- кіста яєчника
- фіброміома матки
- діагностична

РА для ЛАПАРОСКОПІЇ

- СА
- поверхнева блокада шийного сплет.
- ЛА абдомінальної інтервенції
- термінальна анестезія діафрагми

ПЕРИОПЕРАЦІЙНА МЕДИКАЦІЯ

- **МЕЛАТОНІН:** орально 6 мг перед сном та за 1 год до операції **СТРЕЗАМ 50 мг**
- **ПАРАЦЕТАМОЛ:** 1 г за 2 год до операції та кожні 8 год протягом 2 діб
- **ДЕКСАЛГІН:** ВВ 50 мг до операції та кожні 8 год протягом 2 діб
- **АКУПАН:** ВМ 20 мг за 40 хв до операції
- **ДЕКСАМЕТАЗОН:** ВВ 8 мг до операції
- **ОНДАНСЕТРОН:** ВВ 8 мг до операції

СА

- голки “Ball Pen”
- рівень інтєрвенції до СМК L_{II-III}
- бутівакаїн + декстроза 15-20 мг
- позиціонування t=15-20 хв
- рівень блоку від Th_{IV}

ПРАВОБІЧНИЙ поверхневий блок шийного сплетіння

0,125% - 10 мл бупівакаїну



ЛА абдомінальної інтевенції

- 0,25% - 16 мл бупівакаїна

Термінальна анестезія діафрагми

- 0,25% - 16 мл бупівакаїна
- спрей-форсунка

- Не було потреби активного втручання у функціонування дихальної системи
- Спостерігалось тільки ізольоване послаблення грудних м'язів
- В нормі в стані спокою діафрагма є єдиним інспіраторним м'язом, що забезпечує дихання

- Збереження тону́су діафрагми запобігало її суттєвому перерозтяганню й подразненню діафрагмального нерву, що ↓ ПОНБ (збереження тону́су кардіо-езофагального сфінктера)

- Діафрагмальне спонтанне дихання сприяє зниженню трансторакального тиску й зменшує вентиляційно-перфузійні порушення на відміну від ШВЛ

- Факт, що зусиль діафрагми достатньо для здолаання пневмоперітонеуму, не викликає сумнівів, так як **тиск в черевній порожнині** досягав **10-12** мм рт. ст., а **сила вдиху** складає приблизно **106** мм рт. ст., **видиху** — до **180** мм рт. ст.
- До того ж, тиск газу на діафрагму сприяє збільшенню її скоротливості

Гази крові

	До	Після
pH	7,41	7,40
pCO ₂ , mm Hg	36,1	34,6
pO ₂ , mm Hg	86,6	116,7
SpO ₂ , %	96,8	98,2

ПОЗИТИВИ МЕТОДИКИ



- Якісне знеболювання (інтра/пост)
- Адекватна міорелаксація
- Відсутність наркозу
- «Зменшення» кішечника
- Інор. тіла – (дренаж, зонд, кліпси)
- Френікус –
- П/О інфузія –
- Ентеральне харчування
- Швидка активізація
- Мінімал. ліжко-день