

Застосування каудальної анестезії при емболізації маткових артерій.

Дзюба Д.О.
к. мед.н., асистент кафедри
анестезіології та ІТ
• НМАПО імені П.Л. Шупика




Одним з найбільш поширених доброякісних пухлин органів малого тазу у жінок є фіброміома матки.

У жінок репродуктивного віку частота захворюваності складає 15-30%, а у жінок у перименопаузальному періоді – до 50-70%

Вихляева Е.М 2004.

Михалевич С.И., Капуста А.В. 2011



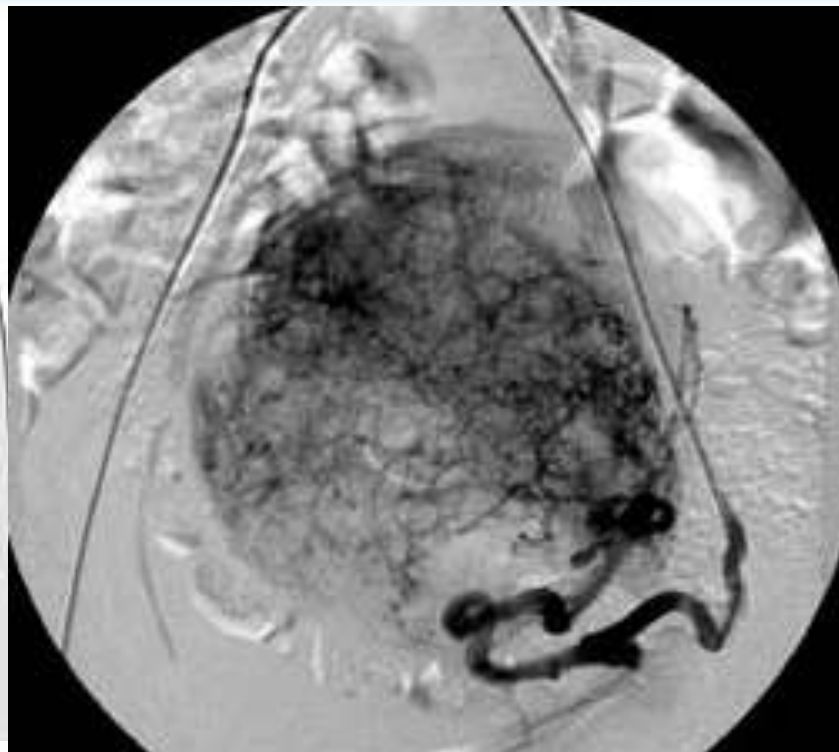
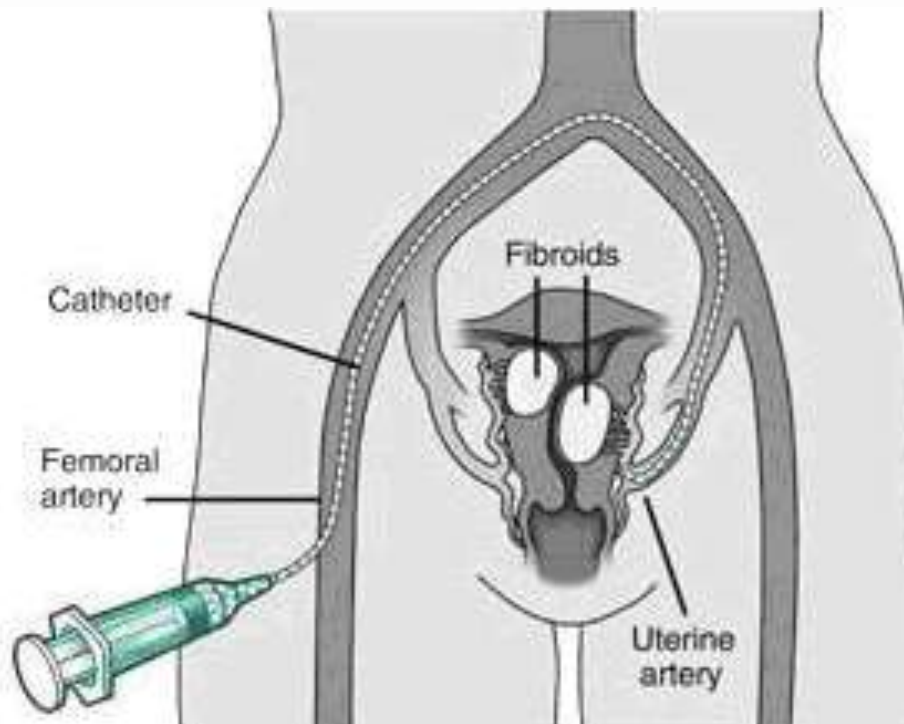


Одним з найперспективніших та сучасних хірургічних методів лікування цієї патології є емболізація маткових артерії


Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. 2004.
Савельєва Г.М., Бреусенко В.Г 2005



Емболізація маткових артерії (ЕМА)



ЕМА (доступ крізь стегнову артерію)




Однак, в ранньому післяопераційному періоді розвивається, так званий, постемболізаційний синдром.

Тихомиров Л., Лубнин Д. 2003

Постемболізаційний синдром:

- потужний больовий синдром
- субфібрильна температура тіла
- кров'янисті виділення
- нудота




Больовий синдром пов'язано з припиненням кровообігу органу, однак це є свідомством ефективності впровадженої емболізації.

Під час оперативного втручання пацієнтки зазвичай не відчувають дискомфорту.

Больові відчуття починаються протягом перших годин після оперативного втручання та носять зростаючий характер.

Тихомиров Л., Лубнин Д. 2003



Після ЕМА 35-40% пацієнток відчують
больовий синдром середньої тяжкості (4-7
балів за ВАШ) та 25-30% - тяжкий (8-10 балів
за ВАШ)

Тривалість післяопераційного больового
синдрому складає в середньому 12-18 годин
після оперативного втручання

Ю. Э. Доброхотова С. А. Капранов Б. Ю. Бобров 2005
Lampmann L., Lohe P.2007



Лікування больового синдрому після емболізації маткових артерій проводять за схемою:

- НПЗП при легкому та помірному больовому синдромі
- При потужному больовому синдромі додають наркотичні анальгетики

Тихомиров Л., Лубнин Д. 2003

Осипова Н.А., Петрова В.В. 2006


Jansen LL hedeberg G..2008





Patient admission	IV drip infusion and urine bladder catheter
Recovery room	▼ PCA connection and instruction Dipidolor, 2-mg bolus injection PCA dipidolor, 2 mg/ 5 min
Angiography suite	▼ Pulse oximeter monitoring Dipidolor, 2 mg IV, during procedure PCA operation by patient if needed
Recovery room	▼ PCA reset to 1 mg Additional: diclophenac, 100-mg suppository Additional: paracetamol, 1000-mg suppository Nausea: zofran, 4 mg IV Unbearable pain: Droperidol, 1.25 mg IV (1 or 2×) Dexamethason, 5 mg IV Pain stabilization completed
Re-admission to ward	▼ PCA overnight Diclophenac, 100 mg/paracetamol, 1000-mg suppository, 4× daily Zofran, 4 mg IV, if necessary
Next morning	▼ Removal of PCA, IV drip, and urine bladder catheter Diclophenac, 100 mg/paracetamol, 1000-mg suppository, if necessary

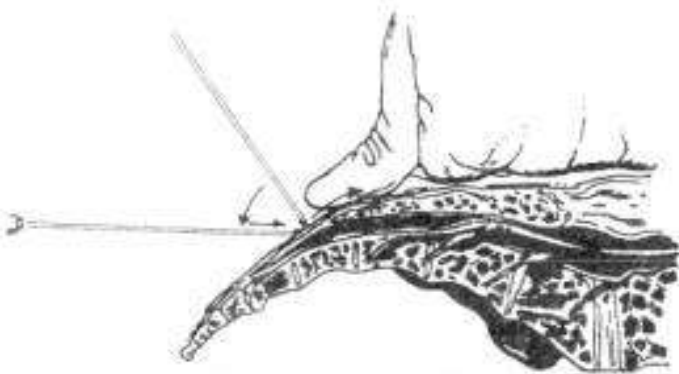




Доведено, що найбільш ефективними методами контролю ПБС є використання центральних блокад. Центральні блокади створюють якісний аферентний блок ноцицептивних імпульсів

Осипова Н. А. , Петрова В. В. 2006

Одним з різновидів нейроаксіальних методів знеболювання є КА. Вона має понад столітню історію застосування і є самим безпечним доступом до епідурального простору.



Sicard A., Cathelin F. 1901

Снісарь В.И. 2003

Мета роботи.

Поліпшити якість постопераційної анальгезії хворих після емболізації маткових артерій шляхом застосування попереджувальної КА бупівакаїном у поєднанні з бупренорфіном.

Матеріали та методи.

Досліджено в Київській обласній клінічній лікарні 20 жінок, що були рандомізовано розподілені на дві групи по 10 осіб.

Всім хворим виконували в плановому порядку емболізацію маткових артерій з приводу фіброміоми матки.

Матеріали та методи.

Інтраопераційно проводилась анальгоседація та в післяопераційному періоді знеболювали кетолонгом у дозі 30 мг кожні 8 годин, а при вираженому болю (при ВАШ > 3 балів) додавали по 20 мг омнопону парентерально.

Матеріали та методи.

Пацієнтам дослідної групи I за 30 хвилин до операції проводили попереджувальну КА в положенні «на боці» 0,125% бупівакаїном у поєднанні з 0,12 мг бупренорфіну в об'ємі 40 мл (патент України).

Контрольну групу II складали пацієнти яким не робили КА.

Матеріали та методи.

Ступінь больового синдрому оцінювали за 10 см візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) болю від 0 до 10 балів. Оцінку проводили: через 1, 3, 8, та 24 годин після операції.

Моніторинг больового синдрому проводили за наступними критеріями: оцінка за ВАШ та потреба в додатковому парентеральному призначені опіату.

Матеріали та методи.

Динаміка больового синдрому за шкалою ВАШ у пацієнтів груп I та II (M±m)

	Через 1 годину	Через 3 <u>ГОДИНИ</u>	Через 8 ГОДИН	Через 24 <u>ГОДИНИ</u>
<u>Група I</u>	0,8±0,25	1,4±0,16	1,6±0,22	1,2±0,25
<u>Група II</u>	2,6±0,49*	4,6±0,47*	3,4±0,52*	1,7±0,41

* – достовірно по зрівнянню з групою I (p<0,05)

Динаміка показників частоти серцевих скорочень та рівня артеріального тиску у пацієнтів груп К, ПОКА та ДОКА (M±m)

	<u>До операції</u>	<u>Через 1 годину</u>	<u>Через 3 години</u>	<u>Через 8 годин</u>	<u>Через 24 години</u>
<u>Група I, АТ_с</u>	127,1±4,38	126,1±2,7	127,5±3,35	128,7±2,45	124,3±3,19
<u>Група II, АТ_с</u>	124,9±3,1	139,1±5,31*	144,5±5,9*	136,9±3,11	133,5±3,8
<u>Група I, АТ_д</u>	81,6±3,5	84,1±1,63	81,8±2,34	83,4±1,54	81,5±2,91
<u>Група II, АТ_д</u>	80,9±1,55	90,2±3,51*	94,1±3,4*	88,2±1,94	87,2±2,39
<u>Група I, ЧСС</u>	67,8±1,59	71,9±1,14	72,8±1,64	69,4±1,2	72,2±1,21
<u>Група II, ЧСС</u>	71,6±1,73	79,9±2,13*	84,6±3,33*	80,1±3,07*	77,4±2,35

АТ_с – систолічний артеріальний тиск

АТ_д – діастолічний артеріальний тиск

ЧСС – частота серцевих скорочень

Матеріали та методи.

Слід також зауважити, що хворі основної групи не потребували введення опіоїдів, а в контрольній групі 80% пацієнтів додатково отримали наркотичні анальгетики, з них 75% двократно.

У пацієнтів дослідної групи максимальний рівень післяопераційного болю не перевищував 3 балів за ВАШ, в той час, як у контрольній – максимальний рівень за ВАШ сягав 7 балів.

Висновки.

Застосування каудальної аналгезії розчином 0,125% бупівакаїну у поєднанні з 0,12 мг бупренорфіну в об'ємі 40 мл, у порівнянні з рутинним післяопераційним знеболенням, забезпечує значно якіснішу аналгезію при емболізації маткових артерій.



Дякую за увагу!