

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л.Шупіка

**КАФЕДРА АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ
ТЕРАПІЇ**

**ЗАСТОСУВАННЯ ВАРІАНТІВ
ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПІД ЧАС
ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ
БАЛОНОПЛАСТИКИ ОБЛІТЕРУЮЧОГО
АТЕРОСКЛЕРОЗУ СУДИН НИЖНІХ
КІНЦІВОК**

Доповідач: к.мед.н. Дзюба Д.О.

На хронічну артеріальну недостатність нижніх кінцівок страждає 2-3% населення, серед яких частка облітеруючого артеріосклерозу (ОАС) становить 80-90%

Богданец Л.И., Кошкин В.М., 2007

Серед усіх хворих , що мають цю патологію, кожен другий вмирає протягом 10 років від маніфестації клінічних симптомів

Оболенский В.Н., Яншин Д.В., 2010

У хворих з ОАС підвищується вірогідність виникнення інфаркту та інсульту


М. А. Lambert & J. J. F. Belch, 2013

Гемодинамічні прояви ОАС нижніх кінцівок є у 15% населення у віці понад 55 років та до 20% у похилому віці

Покровский А.В. 2007

Особливо швидко це захворювання проявляється та прогресує у пацієнтів з цукровим діабетом, гіпертоніків та курців

Кошкин В.М., Дадова Л.В., 2002



Найбільш проблемним питанням для анестезіолога є наявність у пацієнта “критичної ішемії”

Цей симптомокомплекс формується при ХАНК III-IV ст.

Критична ішемія НК – це прояв ОАС, що включає до себе больовий синдром в спокої, з ішемічними трофічними розладами та переміжачою кульгавістю, що виникає при русі на дистанції менш ніж 30м

Кротовский Г.С., Зудин А.М. 2005

При критичній ішемії формується потужний больовий синдром при якому використання традиційних підходів аналгезії опіатами окремо чи в поєднанні з НПЗП є недостатніми

J.D. Beard 2000

У 70-80 роках ХХ сторіччя на фоні бурхливого розвитку радіології, із неї відокремилась спеціальність – інтервенційна радіологія.

Ця молода наука на сучасному етапі – є однією з найперспективніших серед усіх, що формують стратегію малоінвазивних оперативних втручань.

Одним з найбільш сучасних методів лікування ОАС – є ендovasкулярна балонопластика судин нижніх кінцівок.



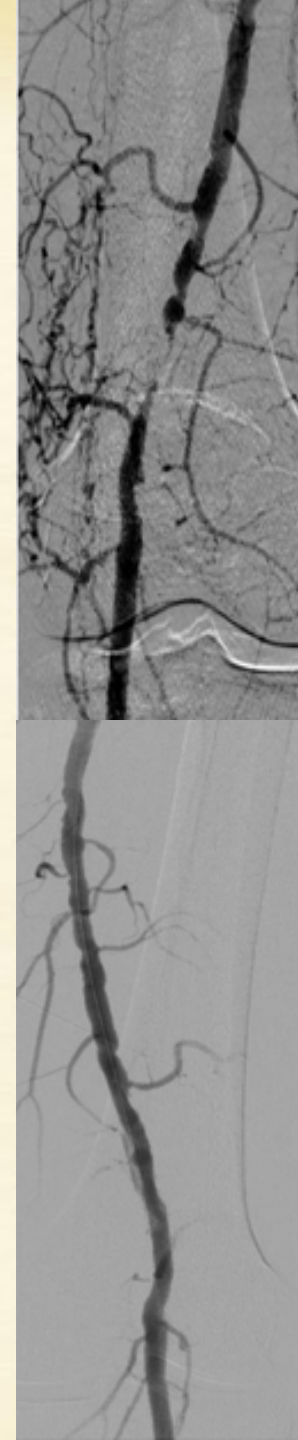
Однак, інтраопераційне введення контрастної рідини, включення кровоплину ішемізованих ділянок нижніх кінцівок з формуванням реперфузійного синдрому, тільки збільшують ноцицептивну стимуляцію.

М. Brooks, 2014

Косарев В.В., Бабанов С.А..2014

Реперфузійний синдром має прояви у вигляді потужного больового синдрому, післяопераційного набряку та збільшення зони трофічних змін.


А.В. Ефремов, Е.А. Пахомов 2007

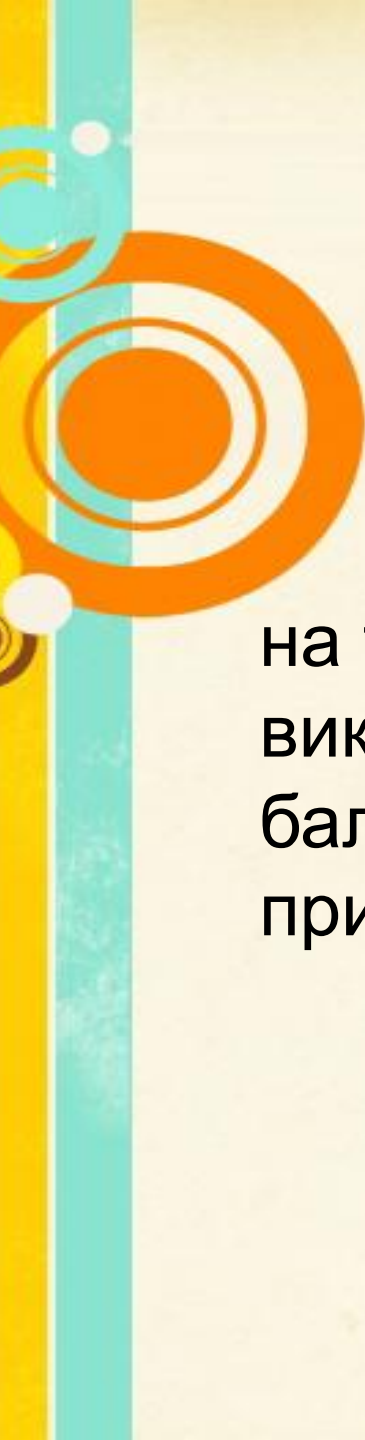




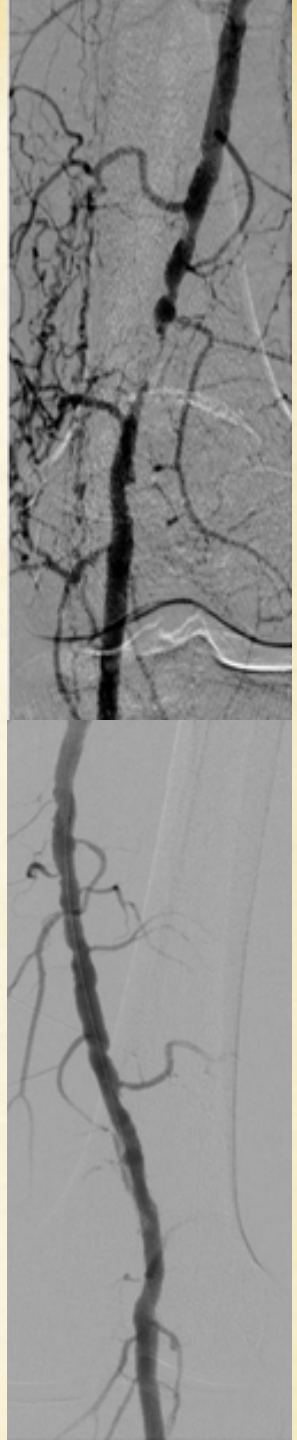
Мета роботи.

Оптимізувати інтраопераційну анестезіологічну тактику під час балноопластики судин нижніх кінцівок шляхом застосування епідуральної та сакральної анестезії.





Досліджено в Київській обласній клінічній лікарні 30 пацієнтів, що були рандомізовано розподілені на три групи по 10 осіб. Всім хворим виконували в плановому порядку балонопластику судин нижніх кінцівок при ОАС.



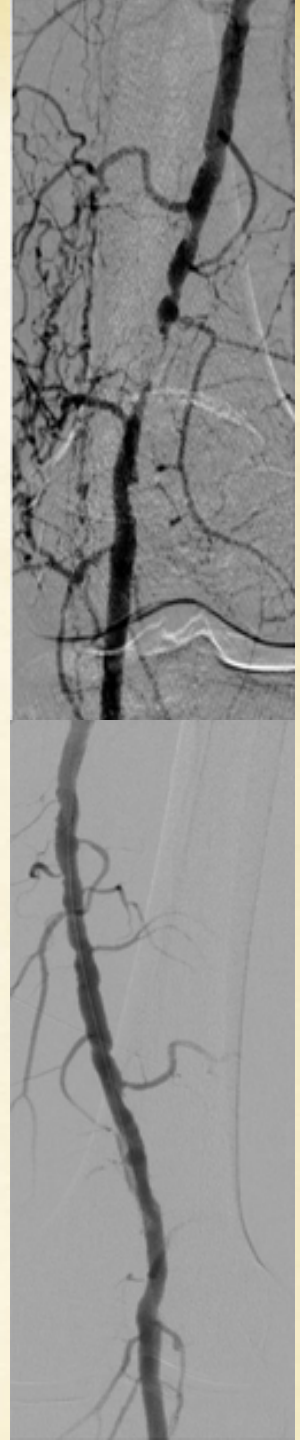
- Пацієнтам I групи проводилась аналгоседація р-ном Фентанілу у дозі 1,5-2 мкг/кг/год та р-ном Сибазону у дозі 10 мг.
 - Пацієнтам II групи за 30 хвилин до операції проводилась постановка епідурального катетеру на рівні L₃ – L₄ та вводилось 25 мл 0,125% розчину бупівакаїну.
- Пацієнтам III групи за 30 хвилин до оперативного втручання проводилась сакральна анестезія р-ном 0,125% бупівакаїну в об'ємі 30 мл з додаванням 0,12 мг р-ну бупренорфіну.



Інтенсивність больового синдрому оцінювали за **числовою рейтинговою шкалою болю (ШБ)** болю від 0 до 10 балів.

Тонус симпатичної нервової системи оцінювали за такими чинниками як: частота серцевих скорочень та рівні артеріального тиску.

Оцінку проводили: до операції, на початку операції, через 15 хвилин після початку операції, через 1 годину після початку операції, після оперативного втручання.

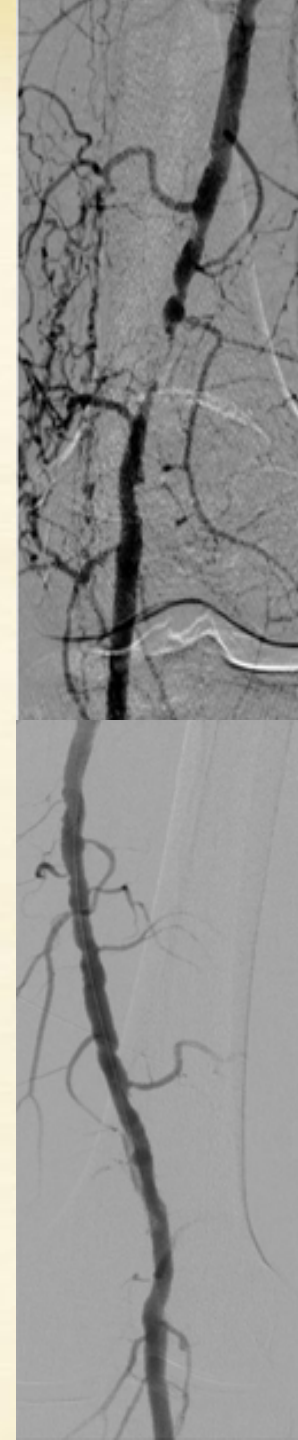


Бали	Характеристика болю
0	Болю немає
1	Відсутність болю в спокої, слабкий біль при кашлі та рухах, не обмежено активність хворого
2-3	Слабкий біль у спокої, помірний біль при кашлі та рухах, обмежено активність пацієнта
4-5	Помірний біль у спокої, сильний біль при кашлі і рухах, обмежено активність хворого та можливість ефективного відкашлювання
6-7	Сильний біль у спокої, при кашлі та рухах, суттєво обмежено активність хворого й можливість ефективного відкашлювання
8-9	Сильний біль у спокої, при кашлі та рухах, значно обмежено активність хворого та виключено можливість ефективного відкашлювання
10	Нестерпний, неподоланий біль

Інтенсивність больового синдрому оцінювали за числовою рейтинговою шкалою болю (ШБ) болю від 0 до 10 балів.

Тонус симпатичної нервової системи оцінювали за такими чинниками як: частота серцевих скорочень та рівні артеріального тиску.

Оцінку проводили: до операції, на початку операції, через 15 хвилин після початку операції, через 1 годину після початку операції, після оперативного втручання.

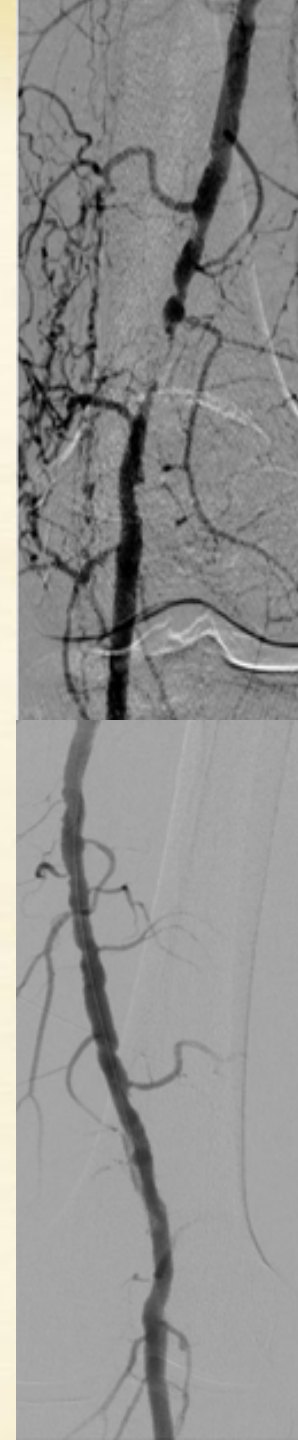


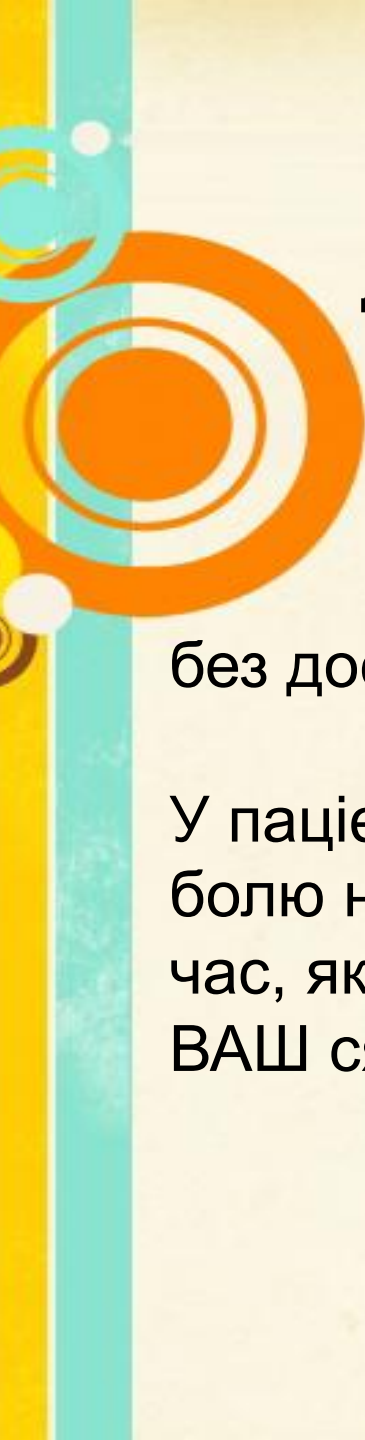
У хворих контрольної групи рівень больового синдрому за ШБ в часових проміжках через 15 хвилин та через годину після початку оперативного втручання був в середньому в два рази більше, аніж у пацієнтів з епідуральними методами аналгезії.

Слід зауважити, що інтраопераційно у 67% хворих додатково вводився р-н Фентанілу у дозі 1-1,5 мкг/кг.

На етапі після оперативного втручання рівень болю за ШБ був 1,5 рази вище в контрольній групі, аніж в II дослідній групі та в 2,5 рази, ніж в групі сакральної анестезії.

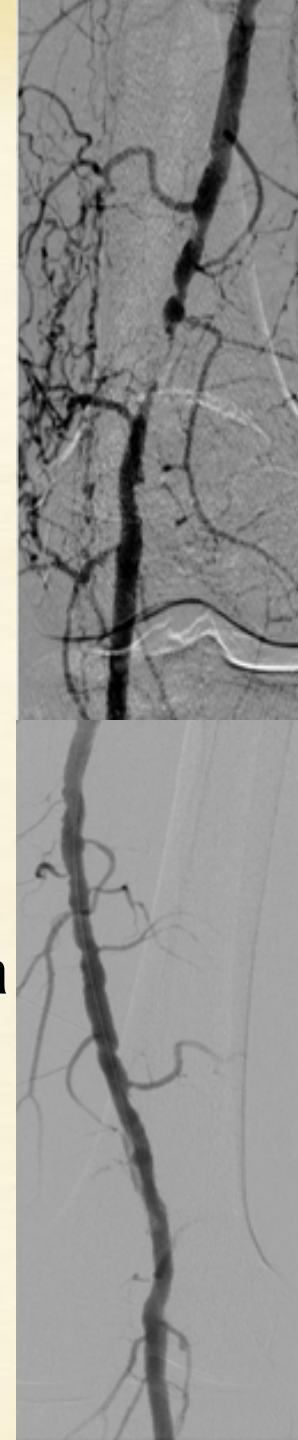
Це ми пов'язуємо з ефектом доданого р-ну бупренорфіну.





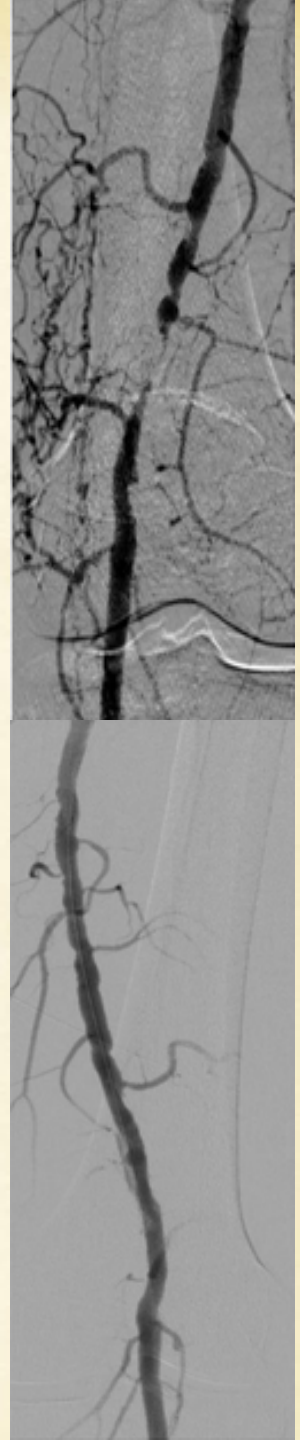
Щодо показників систолічного, діастолічного тиску та ЧСС, то у хворих I групи показники були з тенденцією до гіпердинамії. У пацієнтів II та III дослідних груп показники були більш стабільними та без достовірної різниці.

У пацієнтів II та III групи максимальний рівень болю не перевищував 2 балів за ВАШ, в той час, як у контрольній – максимальний рівень за ВАШ сягав 6 балів.



Висновки.

- При балонопластиці облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок застосування загальноприйнятих методів аналгезії є не завжди достатніми
- Використання епідуральних варіантів аналгезії, забезпечують адекватний рівень аналгезії при балонопластиці облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок.
- Застосування сакральної анестезії 0,125% р-ном бупівакаїну з додаванням бупренорфіну має не гірший інтраопераційний та кращий ранній післяопераційний аналгетичний ефект.



Дякую за увагу!

