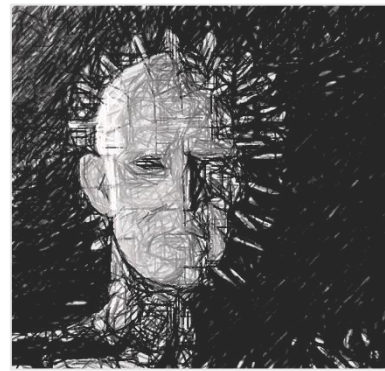


Государственное автономное учреждение здравоохранения
Нижегородской области «Научно-исследовательский институт
клинической онкологии «Нижегородский областной
клинический онкологический диспансер»

Сравнение эффективности паравертебральной блокады и ESP-блока в комбинации с новыми опиоидными агонистами в периоперационном обезболивании торакотомных операций

Круглов М.Е.

Проблема ТОРАКОТОМНАЯ БОЛЬ



Боль в области послеоперационной раны

Боль от ретракции рёбер

Боль в области установки и
проекции плеврального дренажа



Варианты решения

Этап	Рекомендуется
До операции	Габапентин 600 мг per os за 2 часа до операции. Установка эпидурального катетера (Th ₆₋₈), болюс 0,5% ропивакаина 7-8 мл (35-40 мг) или 0,5% левобупивакаина 6-7 мл (30-35 мг). Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) в/в за 20 мин до разреза.
Во время операции	Общая анестезия, ИВЛ, ЭА в качестве компонента (ропивакаин болюсно 0, 5% р-р или левобупивакаин 0,375% по 4-5 мл или инфузия ропивакаина 0,2% 5-6 мл/час).
После операции	Продленная ЭА ропивакаин 0,2% 6-8 мл/час в течение ≈48 час. Кеторолак 30 мг (лорноксикам 8 мг, кетопрофен 100 мг) x 2-3 р/сут в/в или в/м + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин x 4 р/сут ± трамадол 100-200 мг в/в, в/м. При необходимости – промедол 20 мг.

Затруднения.

ВГЭА:

-техника исполнения

-гемодинамические осложнения

-повреждение спинного мозга

НА:

-эметогенность

-угнетение дыхания

-угнетение сознания

Альтернативы ВГЭА

Паравертебральная блокада



ESP блокада



ЦЕЛЬ.

- Сравнить эффективность паравертебральной и ESP блокад в сочетании с тафалгином как компонентов мультимодальной анальгезии в периоперационном периоде у пациентов, перенесших торакальное оперативное вмешательство (лобэктомия) с торакотомным доступом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

- 29 пациентов.
- Характеристики пациентов: 66,5 лет; II-III по ASA; ECOG I.
- Анестезиологическое обеспечение оперативного вмешательства:
- **индукция анестезии:** пропофол 2 мг/кг, фентанил 200 мкг, миоплегия эсмероном 0.6 мг/кг.
- **Основная анестезия:** ИА севофлураном 0.7-0.9 МАК, фентанил (100 мкг на этапе кожного разреза, торакотомии, далее – каждые 30-40 мин), миоплегия – эсмерон.
- **ИВЛ с раздельной вентиляцией лёгких.**
- В зависимости от метода п/о обезболивания в 1е сутки все пациенты стратифицированы на две группы:
- **1я группа:** ESP+тафалгин 0.4%-1мл п/к №4+парацетамол 1г в/в №4; N=14
- **2я группа:** ПВБ+тафалгин 0.4%-1мл п/к №4+парацетамол 1г в/в №4; N1=15
- Блокада выполнялась иглой SpinoCan 20G
- Оценка болевого синдрома выполнялась по цифровой рейтинговой шкале боли через 2, 4, 8, 12 и 24 часа от момента пробуждения.

- **Результаты**
- Среднее значение NRS в распределении по часам составил:
- ЕСП+тафалгин

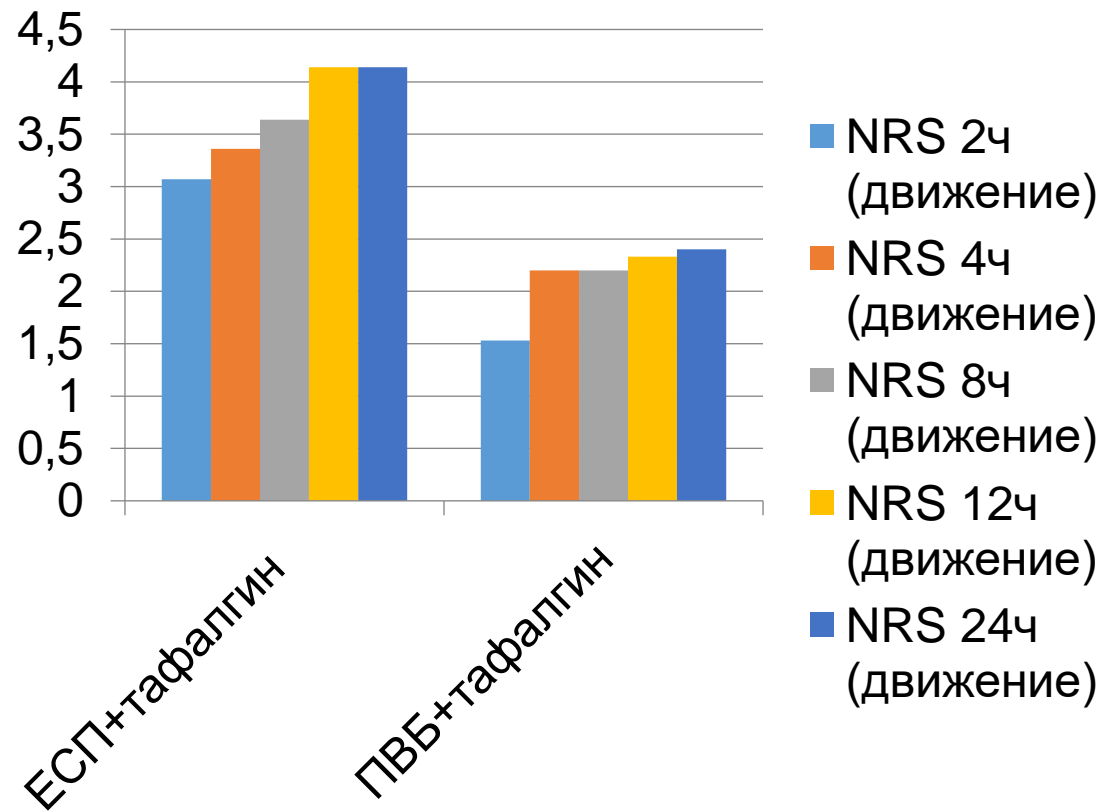
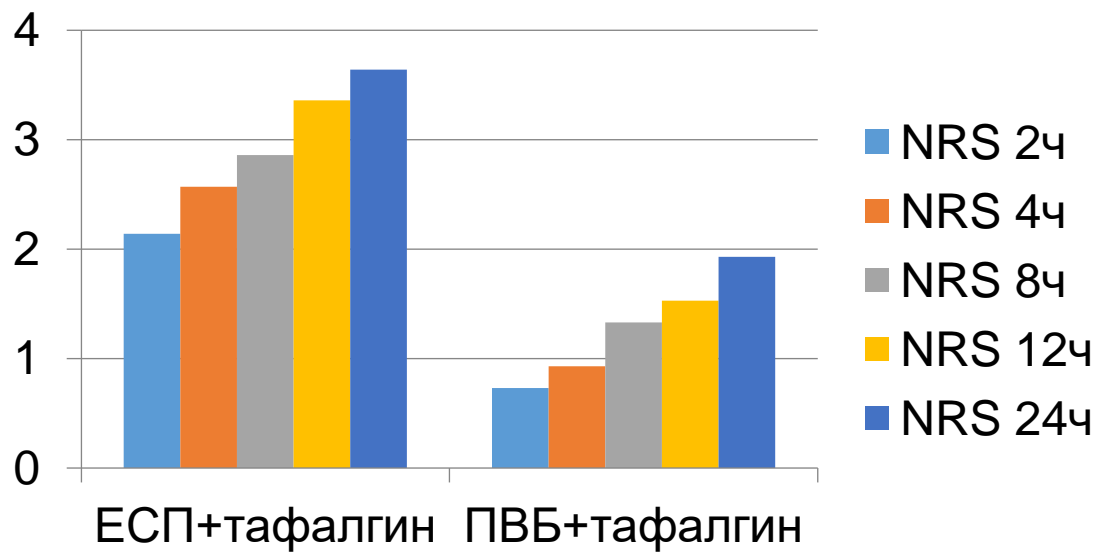
NRS 2ч	NRS 4ч	NRS 8ч	NRS 12ч	NRS 24ч	NRS 2ч движение	NRS 4ч движение	NRS 8ч движение	NRS 12ч движение	NRS 24ч движение
2,14	2,57	2,86	3,36	3,64	3,07	3,36	3,64	4,14	4,14

- ПVB+тафалгин

NRS 2ч	NRS 4ч	NRS 8ч	NRS 12ч	NRS 24ч	NRS 2ч движение	NRS 4ч движение	NRS 8ч движение	NRS 12ч движение	NRS 24ч движение
0,73	0,93	1,33	1,53	1,93	1,53	2,20	2,20	2,33	2,40

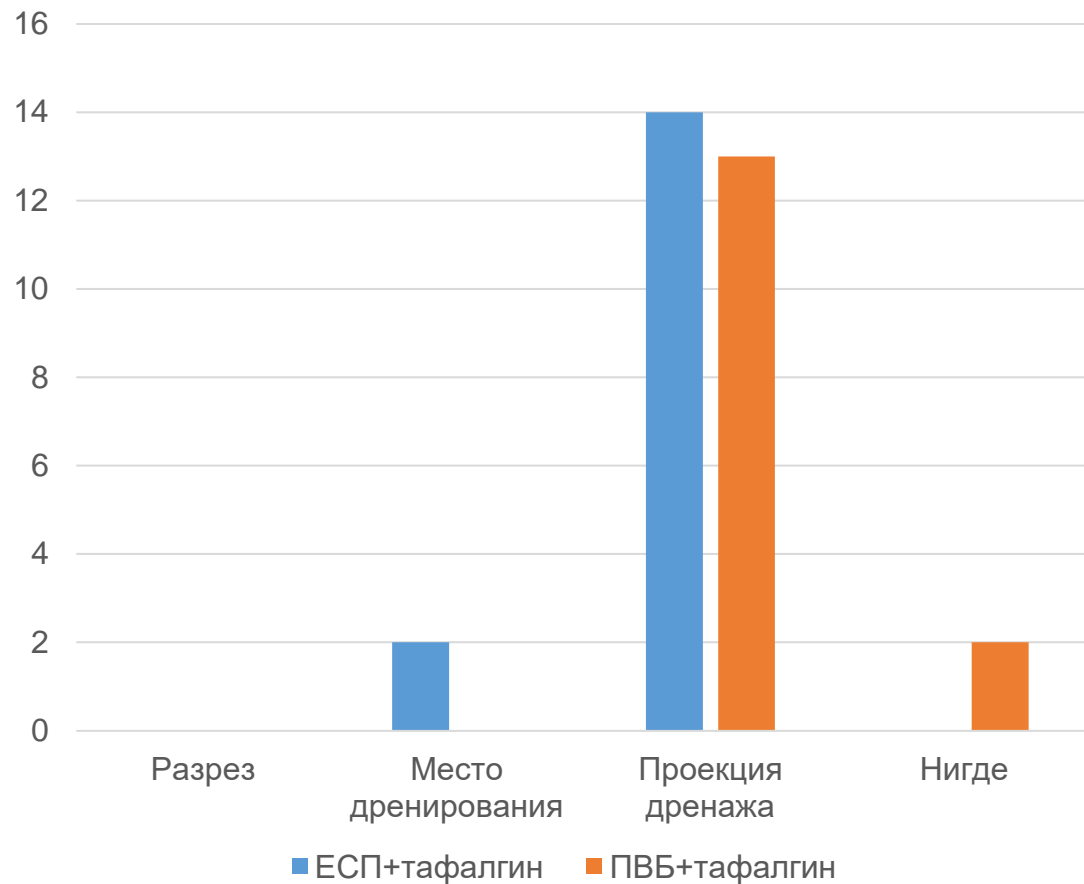
- Разница NRS 1,41-1,82 в покое и 1,16-1,81 при движении
- Не зарегистрировано нежелательных явлений, характерных для опиоидных анальгетиков, при использовании тафалгина

Результаты

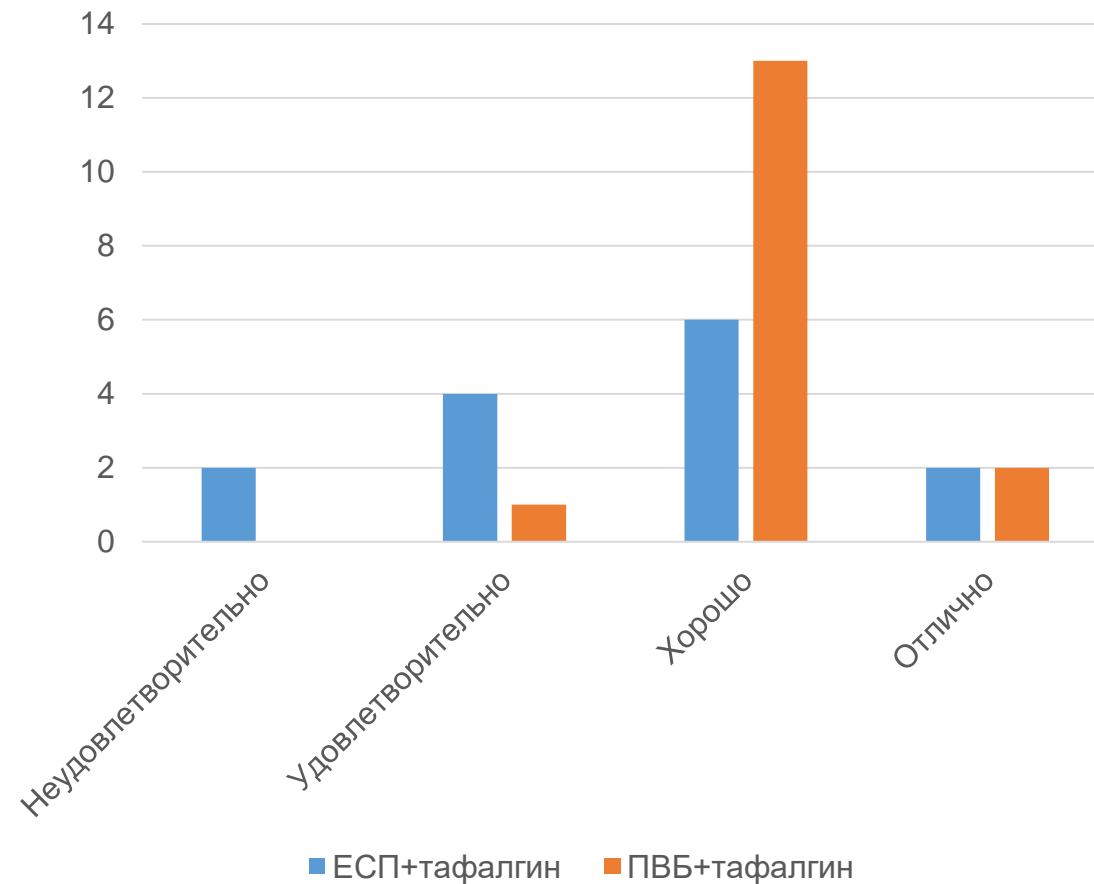


Результаты

Локализация боли



Удовлетворённость лечением



Выводы

Применение и паравертебральной блокады, и ESP-блока в комбинации с тафалгином как вариантов периоперационного обезболивания у больных после торакотомии приводило к контролю болевого синдрома с NRS не более 4 баллов в покое.

ПВБ обеспечивает более выраженное снижение болевого синдрома в покое и при движении в сравнении с ESP.

Использование УЗИ-навигации позволяет избежать осложнений, встречающихся при «слепом» выполнении блокады.

Применение тафалгина в качестве системного компонента мультимодальной анальгезии не привело к развитию нежелательных явлений, характерных для «классических» опиоидных агонистов.