



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37879 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОЛОНГОВАНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯХ

1

2

(21) u200809332

(22) 17.07.2008

(24) 10.12.2008

(46) 10.12.2008, Бюл.№ 23, 2008 р.

(72) ТЕРЕХОВСЬКИЙ АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ, UA,
ГОЛАНОВ ПАВЛО ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
ВОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ ОЛЕГОВИЧ, UA, ТЕРЕХОВСЬКА
ОЛЕНА ІВАНІВНА, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб пролонгованої епідуральної анестезії у людей похилого віку при лапароскопічних холецистектоміях, який полягає в тому, що проводять пункцію епідурального простору на рівні 7-10 грудних хребців, в епідуральний простір вводять 5 мл 0,5% розчину бупівакаїну, потім встановлюють перидуральний катетер до рівня 5-6 грудних хребців і вводять 10-20 мл 0,5% розчину бупівакаїну в залежності від росту хворого.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до анестезіології і може бути використана для проведення знеболення у хворих похилого віку при проведенні лапароскопічної холецистектомії.

Відомий спосіб знеболення полягає в тому, що використовують багатокomпонентну внутрішньовенну анестезію (сібазон, пропафол, тіопентал натрію, кетамін, фентаніл) з ендотрахеальною штучною вентиляцією легень, міорелаксацією та керованою гіпотензією по необхідності [Мельник О.Б., Шлепкина М.А., Ломова М.А. Сравнительная оценка трех видов анестезиологического обеспечения лапароскопической холецистектомии / Вестник интенсивной терапии. - 2005. - №1. - С. 45-48].

Однак відомий спосіб має недоліки, а саме: у хворих похилого віку при субкомпенсованій супутній патології депресивний вплив методик загальної анестезії є частою причиною відмови хворому в плановому оперативному втручанні; фазна штучна вентиляція легень має негативний вплив на маніпуляції хірурга в операційному полі, що робить операцію більш довготривалою та травматичною; довготривала депресія дихання в післяопераційному періоді, яка прямо пропорційна віку пацієнтів, післяопераційна блювота та тошнота, гіпертензія; виникнення або загострення трахеобронхіту.

В основу корисної моделі «Спосіб пролонгованої епідуральної анестезії у людей похилого віку при лапароскопічних холецистектоміях» поставлено завдання шляхом використання пролонгованої

епідуральної анестезії досягти адекватного знеболення у пацієнтів похилого віку при лапароскопічній холецистектомії.

Це досягається способом, який полягає в тому, що проводять пункцію епідурального простору на рівні 7-10 грудних хребців, в епідуральний простір вводять 5мл 0,5% розчину бупівакаїну, потім встановлюють перидуральний катетер до рівня 5-6 грудних хребців і вводять 10-20мл 0,5% розчину бупівакаїну в залежності від росту хворого.

Спосіб здійснюється таким чином. Попередньо (за 2-3 години до операції внутрішньовенно крапельно вводять 7-10мл/кг ваги тіла фізіологічного розчину NaCl. За 40 хвилин до операції проводять премедикацію кетановом, димедролом та атропіном. Пункцію епідурального простору виконують на рівні 7-10 грудних хребців за класичною методикою. У епідуральний простір вводять 5мл 0,5% розчину бупівакаїну, потім проводять установку перидурального катетера до рівня 5-6 грудних хребців. По катетеру вводять ще 10-20мл 0,5% розчину бупівакаїну (в залежності від росту хворого). Адекватний рівень анестезії розвивається на 30-40 хвилину після введення місцевого анестетика. Інфузійна підтримка під час операції включає введення фізіологічного розчину NaCl у дозі 15-20мл/кг ваги тіла та розчину препаратів гідроксипропілкрахмалю 500мл. Під час операції медикаментозну седацію проводять шляхом введення каліпсоли у субнаркологічних дозі (0,2-0,5мг/ кг ваги тіла). Проводять моніторинг артеріального тиску, пульсу, та насичення крові киснем пульсоксимет-

(13) U

(11) 37879

(19) UA

ром. У післяопераційному періоді знеболення проводять введенням у епідуральний простір третини від початкової дози бупівакаїну кожні 6-8 годин. Видаляють катетер через 40-48 годин після оперативного втручання.

Приклад. Хвора К., 1925 року народження. Діагноз: Хронічний калькульозний холецистит. Ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний міокардіосклероз СН₁. Гіпертонічна хвороба II ступеню. Хронічний бронхіт у стадії ремісії. Пневмосклероз ДН₁. Ожиріння II ступеню. За 2 години до оперативного втручання внутрішньовенно почали інфузію фізіологічного розчину NaCl у об'ємі 700мл. Премедикація - за 40 хвилин до операції - внутрішньом'язово кетанов 3% - 1мл, димедрол 1% 1мл, атропін 0,1% 1мл. У положенні сидячи проведено пункцію епідурального простору на рівні 8-9 грудного хребця та введено 5мл 0,5% розчину бупіва-

каїну. Епідуральний катетер проведено до рівня 5 грудного хребця і введено ще 15мл 0,5% розчину бупівакаїну. Операцію розпочато через 45 хвилин. Під час операції хворій було введено фізіологічного розчину NaCl 1600мл, з інтервалом 15 хвилин з метою санації вводили по 10мг каліпсоу внутрішньовенно. Операція тривала 75 хвилин. Протягом операції гемодинамічні показники та показники насичення крові киснем були в межах норми. Після операції хвору перевели в палату інтенсивної терапії. У післяопераційному періоді хвора отримувала інфузійну, антибактеріальну, антикоагулянтну та симптоматичну терапію. З метою знеболення в першу добу кожні 6 годин, на 2 добу кожні 8 годин вводили по 6мл 0,5% розчину бупівакаїну в епідуральний простір. Через 48 годин катетер було видалено. Стан хворої був задовільний. На 5 добу після операції хвора виписана із стаціонару.