

ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ ФУТЛЯРНО-ПРОВОДНИКОВЫЕ БЛОКАДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*И.А. Ибатуллин, К.А. Корейба, Ф.А. Давлеткильдеев, И.А. Строителев,
Г.З. Гильмутдинова*

*Кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав. — доц. Р.Г. Мингазов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования,
городская клиническая больница № 5 (главрач — Д.И. Гафуров), г. Казань*

В настоящее время число послеоперационных осложнений, в частности гнойных воспалений ран, в ургентной хирургии продолжает оставаться на высоком уровне. Это приводит, с одной стороны, к увеличению числа койко-дней и к повышению материальных затрат на лечение [3, 7], а с другой — к повышению летальности [3, 4]. По нашему мнению, методом выбора профилактики послеоперационных осложнений являются новокаиновые блокады как метод неспецифической и патогенетической терапии различных воспалительных и дистрофических процессов [2, 12]. В основе воздействия блокад лежит не только обезболивающий, но и лечебный их эффект, поскольку слабые растворы местных анестетиков ведут к нормализации и улучшению микроциркуляции, последняя же лежит в основе репаративно-пролиферативных процессов. Послеоперационное осложнение вызывает, как правило, воспаление — нарушение микроциркуляции. Футлярно-проводниковая анестезия в комплексном лечении снижает выраженность фазы экссудации и улучшает регенеративные процессы.

Мы предлагаем использовать метод футлярно-проводниковой анестезии в комплексном лечении и для профилактики послеоперационных осложнений, который дает возможность в послеоперационном периоде одновременно воздействовать на сосудисто-нервные образования переднебоковой брюшной стенки, диафрагмы, стволов больших и малых чревных нервов (удостов. на рац. предложение № 1071/10, выданное КГМУ 15.09.97 г.). После закрытия раны при чревосечении больного укладыва-

ем набок. Находим середину расстояния между углом лопатки и вертебральной линией по седьмому межреберью. После создания “лимонной корочки” производим прокол межреберного мышечного каркаса по нижнему краю ребра до ощущения легкого провала. Вводим 20,0 мл 0,25% раствора новокаина. То же самое выполняем в девятом межреберье, но только иглу вкалываем от предыдущего прокола на 1 см латеральнее, в одиннадцатом межреберье — еще на 1 см латеральнее. Такую же манипуляцию производим с другой стороны. Общее количество 0,25% раствора новокаина составляет около 100,0—120,0 мл.

Преимущества данного метода:

- 1) раствор новокаина вводим в область угла ребра и в нижний его край. По результатам нашего исследования, проведенного на 24 свежих трупах, именно здесь все межреберные элементы — артерия, вена, нерв — собираются вместе. До угла ребра и после него они веерообразно расходятся в пределах всего межреберного промежутка;
- 2) по углу ребра проходит граница внутренней грудной фасции и внутренней грудной межреберной мышцы, таким образом раствор новокаина, не имея преград, распространяется медиально к позвонкам как вверх, так и вниз, омывая большой (начало от V—XI грудных позвонков) и малый (начало от X—XI грудных позвонков) чревные нервы, ответственные за симпатическую иннервацию всех органов брюшной полости;
- 3) блок нервных волокон распространяется до отхождения от межреберных нервов к диафрагме, плевре, задней, боковой и передней брюшной стенкам;
- 4) осуществляется одновременное воз-

Таблица 1

Группы больных с послеоперационными осложнениями

Обследованные группы	Число обследованных		Частота осложнений	
	абс.	%	гнойно-воспалительных (%)	бронхолегочных (%)
Группа с активной аспирацией содержимого раневого канала	28 23	54,9 45,1	5,9	7,8
Группа с активной аспирацией содержимого раневого канала и футлярно-проводниковой анестезией	29 24	54,7 45,3	—	—

Примечание. В числителе — показатели мужчин, в знаменателе — показатели женщин.

действие и на двигательные, и на симпатические нервы.

В клинике нами были обследованы 2 группы больных. У пациентов 1-й группы после завершения основного этапа операции срединную рану ушивали наглухо и оставляли в подкожной жировой клетчатке трубчатый ПВХ-дренаж для активной аспирации содержимого раневого канала в послеоперационном периоде. Больным 2-й группы делали то же самое и, кроме того, после выведения их из наркотической депрессии производили им футлярно-проводниковую анестезию по предложенному нами методу. Обе группы были идентичными по возрасту, половому составу (табл. 1) и основной патологии (табл. 2). В обеих группах больные получали одинаковую симптоматическую терапию. Течение послеоперационного периода ежедневно контролировали по следующим показателям: количеству раневого отделяемого, индексу Кальф-Калифа, содержанию общего белка раневого отделяемого, состоянию бронхолегочной системы (аускультативные данные и рентгеноконтроль), времени, с которого кишечник начал работать (активность перистальтики и начало отхождения газов).

После проведения разработанной нами блокады у больных снижался болевой синдром и потому не возникало необходимости в дополнительном введении им наркотических препаратов при

Таблица 2

Частота заболеваний и травм у обследованных больных (%)

Заболевания и травмы	Группы обследованных	
	с активной аспирацией содержимого раневого канала	с активной аспирацией содержимого раневого канала и футлярно-проводниковой анестезией
Гемолитическая аутоиммунная анемия	1,96	1,88
Внематочная беременность		
Гемоперитонеум	1,96	1,88
Патология гепатобилиарной системы	35,29	32,0
Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Перитонит	5,88	20,96
Непроходимость кишечника. Перитонит	3,9	9,4
Колото-резаные ранения органов брюшной полости	9,8	9,4
Перитонит аппендикулярный	3,9	1,88
Закрытая травма живота	7,8	—
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные кровотечением	15,69	13,2
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки без кровотечения	13,82	9,4

выведении из наркоза. Передняя брюшная стенка заметно начинала участвовать в акте дыхания; через 5—15 минут после завершения блокады уровень АД достоверно снижался на 10—5 мм Нг, что также подтверждало эффективность блокады.

Анализ течения послеоперационного периода показал, что у больных 2-й группы наблюдалась более быстрая нормализация состояния. Благодаря сравнительно небольшому исходному количеству раневого отделяемого и низкому уровню в нем общего белка, частота возникновения гнойно-воспалительных осложнений послеоперационной раны уменьшалась почти в 6 раз (табл. 1), снижался и индекс Кальф-Калифа. Уменьшение у них частоты случаев осложнений со стороны бронхолегочной системы (табл. 1) почти в 8 раз было связано с сохранением подвижности диафрагмы и более ранней их активизацией. У больных 1-й группы отмечалось “плато” в изменении количества раневого отделяемого, что в последующем манифестировалось как гнойно-воспалительное осложнение после операционной раны.

Более раннее начало работы кишечника у больных 2-й группы (в 1-й группе перистальтика определялась на 2—4-е сутки с момента операции, отхождение газов — на 3—5-е сутки; во 2-й — соответственно на 1—2-е и 2—3-и сутки с момента операции) можно объяснить как десимпатизацией вследствие блокады, так и сохранением подвижности передней брюшной стенки с нормализацией внутрибрюшного давления.

Таким образом, клинико-морфо-функциональный анализ показал, что футлярно-проводниковая анестезия в комплексном лечении и профилактике послеоперационных осложнений представляет анестезиологическое пособие, в настоящее время заменяющее перидуральную анестезию. Она увеличивает объем циркулирующей крови в желудочно-кишечном тракте, благотворно влияет на микроциркуляцию, вызывая сокращение фазы экссудации и улучшение репаративно-пролиферативных процессов, в первую очередь в операционной ране и в органах, подвергшихся операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибатуллин И.А., Волянская Н.А., Витюгов Б.И. Всесоюзная научно-практическая конференция. — Винница — М., 1983.
2. Ибатуллин И.А., Мухаметшин И.Г. и др. Хирургическое лечение и профилактика воспалительных заболеваний малого таза и ягодичной области. Обоснование локализации патологии, инъекционных методов лечения и новокаиновых блокад. — Казань — М., 1996.

3. Кострова М.В. Профилактика нагноений послеоперационной раны у больных с повышенным риском их развития: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1990.

4. Курбангалеев С.М. Гнойная инфекция в хирургии. — М., 1985.

5. Ориайфо П. Прогнозирование и профилактика эвентраций после абдоминальных операций: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1990.

6. Рязцев В.Г., Соломка Я.А. Гигиенические аспекты охраны окружающей среды и здоровья человека. — М., 1992.

7. Стручков В.И.//Хирургия. — 1987. — № 7. — С. 18—22.

8. Стручков В.И., Гостищев В.И.//Вестн. хир. — 1982. — № 1. — С. 10—15.

9. Трусов А.Д.//Вестн. хир. — 1977. — № 1. — С. 89—91.

10. Altmeir W.A.//Surg. clin. N. Amer. — 1980. — Vol. 60. — P. 5—13.

11. Cruse P. at al.//Surg. clin. N. Amer. — 1980. — Vol. 60. — P. 27—40.

12. Reynolds F.// Brit. J. Anaesth. — 1987. — Vol. 59. — P. 78—95.

Поступила 04.04.98.

PARAVERTEBRAL CONDUCTION BLOCKS IN COMBINED TREATMENT AND PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

I.A. Ibatullin, K.A. Koreiba, F.A. Davletkildeev,
I.A. Stroitelev, G.Z. Gilmudinova

S u m m a r y

The conduction anesthesia method in combined treatment and for prevention of postoperative complications, which at present replaces peridural anesthesia, is suggested. It increases circulating blood volume in gastroenteric tract, improves microcirculation causing exudation phase contraction and recovery of reparative and proliferating processes in operative zone and organs under operation.