

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТАР-БЛОКУ В ЗНЕБОЛЕННІ ТА РАННІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПАХВИННИМИ ГРИЖАМИ

¹ КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня», м. Львів, Україна

² ЛНМУ імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Актуальність: ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) – програма періопераційної допомоги, впровадження якої передбачає покращення результатів лікування та зменшення витрат на лікувальний процес. Рекомендації PROSPECT для періопераційного знеболювання при хірургічному лікуванні пахвинних гриж включають парацетамол, нестероїдні протизапальні препарати або селективні ЦОГ-2-інгібітори, внутрішньовенний дексаметазон та регіонарні методи (гернія-блок або ТАР-блок). Опіоїди рекомендовані тільки при неадекватності вищенаведених методик знеболювання.

Мета роботи: оцінити ефективність ТАР-блоку в знеболенні та ранній реабілітації у пацієнтів з пахвинними грижами.

Матеріали і методи: До дослідження включено 56 пацієнтів, яким проведено лапароскопічну пластику (ТАРР) пахвинних гриж протягом 2020 року у хірургічному відділенні №3 Львівської обласної клінічної лікарні. Середній вік хворих склав $63,2 \pm 12,2$ років, маса тіла хворих становила 79 ± 4 кг. У лікуванні всіх 56 пацієнтів ми застосували принципи протоколів ERAS. Передопераційна підготовка здійснювалась без седативних засобів та без премедикації. Тверду їжу ці пацієнти припиняли їсти за 6 годин до операції, рідину за 2 години, спеціальна очистка ШКТ не проводилась. Всім пацієнтам проводилась загальна інгаляційна анестезія севофлураном. Інтраопераційно фентаніл вводили в дозі 100 мкг перед інтубацією трахеї, у подальшому по потребі при гемодинамічних ознаках недостатньої аналгезії. Міорелаксанти – атракуріум. Для профілактики післяопераційної нудоти і блювання вводили ондансетрон 4 мг та дексаметазон 8 мг. Пацієнтів поділили на 2 групи. У пацієнтів І групи ($n = 32$) ми застосовували внутрішньовенну мультимодальну неопіоїдну аналгезію після

операції (парацетамол 1000 мг 3 рази на добу, декскетпрофен 50 мг 3 рази на добу). У ІІ групі ($n=24$) після введення в наркоз та інтубації трахеї виконували ТАР-блок під УЗ-контролем бупівакаїном 0,25 % 30 мл у поєднанні з лідокаїном 200 мг та дексаметазоном 4 мг. Після операції за потреби вводили в/в декскетпрофен 50 мг. Обидві групи статистично вірогідно не відрізнялися за віком, масою тіла та розміром грижі за класифікацією Європейської асоціації герніологів. Анестезіологічний ризик у хворих обох груп було оцінено як ASA ІІ-ІІІ.

Результати: Інтраопераційно потреба у фентанілі становила в І групі 280 ± 54 мкг., в ІІ групі 120 ± 40 мкг. Середня інтенсивність болю за ВАШ за першу добу після операції становило в І групі $2,5 \pm 0,5$ балів, в ІІ групі $1,2 \pm 0,4$ бали. Додаткового однократного введення декскетпрофену за першу добу після операції потребували всього 3 пацієнта (12,5 %) з ІІ групи. Потреби в опіоїдах в післяопераційному періоді не було у жодного пацієнта в обох групах. У І групі післяопераційна нудота мала місце у 4 пацієнтів (12,5 %) та блювання – у одного пацієнта (3,1 %). В ІІ групі епізодів післяопераційної нудоти та блювання не було в жодного пацієнта. Пацієнти І групи були спроможні до вертикалізації та ходіння в середньому через 12 годин після закінчення операції, цей інтервал в ІІ групі становив – 6 годин. Перший повноцінний прийом їжі в І групі відбувся в середньому за 7 годин після операції, а в ІІ групі – за 4 години після операції.

Висновки: Застосування ТАР-блоку значно покращує якість знеболювання, зменшує інтраопераційну потребу в опіоїдах та прискорює реабілітацію пацієнтів після хірургічного лікування пахвинних гриж

