

Клинический случай лечения ишемического болевого синдрома верхней конечности с применением длительной блокады плечевого сплетения

Д. В. Морозов, О. И. Пашкова

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко,
ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница» № 1

Case report: treatment of upper limb ischemic pain syndrome by prolonged blockade of brachial plexus

D. V. Morozov, O. I. Pashkova

*Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko
Voronezh Regional Clinical Hospital № 1*

В настоящей статье рассматривается клинический случай лечения болевого синдрома верхней конечности ишемического генеза, резистентного к традиционной терапии. Привлечение анестезиологов к лечению данной пациентки произошло на позднем этапе, когда ставился вопрос о возможности сохранения ишемизированной конечности. При этом не последнюю роль в возможных показаниях для ампутации играл интенсивный болевой синдром, не купируемый высокими дозами опиоидных анальгетиков.

Анамнез заболевания: больная в течение последних 2 лет страдала эндометриозом, маточными кровотечениями. Находилась на лечении в гинекологическом отделении одной из городских больниц, где проводилась терапия регивидоном (до 6 таблеток в сут) и гемостатическая терапия.

На 9-й день лечения у больной развилась острая ишемия левой верхней конечности, вероятнее всего тромбэмболического характера. В тот же день больной была выполнена тромбэктомия из левой локтевой и лучевой артерии. Адекватный кровоток в послеоперационном периоде не восстановился, и больная была переведена в отделение сосудистой хирургии областной клинической больницы с диагнозом: «Тромбэмболия левой локтевой и лучевой артерии. Состояние после тромбэктомии из левой локтевой и лучевой артерии, ретромбоз. Эндометриоз. Обильное кровотечение в предменопаузном периоде. Анемия. Хронический необструктивный бронхит, обострение. ДН I».

На следующие сутки пациентка была переведена в отделение сосудистой хирургии областной клинической больницы. Выполнено УЗДС артерий левой верхней конечности с ЦДК, выявлена окклюзия артерий левого предплечья. В этот же день была выполнена операция «Ревизия артерий левого предплечья, тромбэктомия» в условиях блокады плечевого сплетения надключичным доступом слева Sol. Naropini 0,625% –

30 ml. Анестезия на интраоперационном этапе была адекватной. Боли в оперированной конечности в послеоперационном периоде появились через 7 ч.

В послеоперационном периоде ишемия нижней трети плеча, предплечья и кисти сохранялась. Ввиду наличия тотального тромбоза дистального сосудистого русла дальнейшее оперативное лечение не проводилось. Отмечались бледность, цианоз кисти и предплечья до средней трети, гипотермия предплечья и кисти, снижение чувствительности и объема активных движений. Пульсация сохранялась только на подмышечной артерии, дистальнее отсутствовала.

Проводилось консервативное лечение: гепарин, вазопростан, весел ду эф, галидор, плавикс, флебодиа, актовегин, ГБО, физиотерапия, ЭЛОК. Больная продолжала жаловаться на интенсивные боли в левой верхней конечности, парестезии, снижение объема активных движений, нарушение ночного сна. Интенсивность болевого синдрома достигала 9–10 баллов по ВАШ, кроме этого наблюдались дизестезия и аллодиния. Терапия болевого синдрома включала в себя метамизол, парацетамол (перфалган), внутримышечное введение опиоидов (промедол). Со слов больной, интенсивность и характер болей после введения анальгетиков не изменялись, за исключением появления сонливости после введения промедола.

В связи с неэффективностью проводимой терапии к лечению больной был привлечен анестезиолог. Учитывая ишемическую причину болевого синдрома и наличие симптомов нейропатии, необходимо было выявить зависимость данного болевого синдрома от симпатической иннервации. Для этого была выполнена симпатическая блокада верхней конечности – блокада звездчатого ганглия слева Sol. Marcaini 0,25% – 10 ml.

Техника выполнения блокады

Пациент укладывается на спину на ровную поверхность. У внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне перстневидного хряща

пальпируется двумя пальцами поперечный отросток 6-го шейного позвонка. При этом грудинно-ключично-сосцевидная мышца отодвигается кнаружи. Игла длиной не более 40 мм вводится между пальцами врача до костного контакта с поперечным отростком, после чего отодвигается на 2 мм. Вводится 8–10 мл раствора местного анестетика. Сразу после инъекции пациенту придается сидячее положение.

Симпатическая блокада была эффективной – болевой синдром был полностью купирован, увеличился объем активных движений в конечности, повысилась кожная температура на предплечье. Продолжительность анальгезии составила 8 ч, интенсивность болевого синдрома вернулась к прежней интенсивности через 14 ч.

На следующие сутки была выполнена катетеризация периневрального пространства плечевого сплетения.

Методика катетеризации

Место вкола иглы – на 2 см ниже описанной Winnie точки для блокады плечевого сплетения межлестничным доступом на уровне перстневидного хряща. Выполнена местная анестезия кожи 0,5% лидокаином. Для катетеризации периневрального пространства использована униполярная канюля Contiplex D длиной 55 мм. В качестве нейростимулятора использовался Stimuplex HNS 12. При продвижении канюли вдоль межлестничного промежутка под углом 30° к коже на глубине 2,5 см был получен моторный ответ с двуглавой мышцы плеча, после чего канюля была перенаправлена под более острым углом, на глубине 3 см был получен моторный ответ с мышц разгибателей пальцев. Игла была удалена, через просвет пластиковой канюли введено 10 мл 0,2% раствора наропина, после чего было катетеризовано периневральное пространство. Катетер закреплен фиксатором для эпидуральных катетеров, после чего начата постоянная инфузия 0,2% раствора наропина со скоростью 4 мл/ч.

Был получен хороший анальгетический эффект: интенсивность болевого синдрома снизилась до 1–2 баллов по ВАШ. Наметилась положительная динамика в течении заболевания – повышение кожной температуры на предплечье, уменьшились область цианоза и бледности кожных покровов, были отменены опиоидные анальгетики, нормализовался ночной сон. При возрастании интенсивности боли более 3 баллов по ВАШ вводился дополнительный болюс 4 мл 0,2% раствора наропина. На 15-е сут постоянной инфузии, в связи с возрастанием потребности в количестве болюсов,

концентрация наропина была увеличена до 0,375%. К лечению был добавлен габапентин 300 мг/сут с последующим увеличением дозы до 1800 мг/сут.

К 21-м сут от начала инфузии наблюдалась выраженная положительная динамика в течении заболевания: признаки ишемии на предплечье были купированы, увеличился объем активных движений преимущественно III–V пальцев, болевой синдром сконцентрировался в пальцах кисти, преимущественно в I и II. Катетер был удален из периневрального пространства. Воспалительных изменений кожи и подлежащих тканей в месте нахождения катетера не было.

На следующий день была выполнена блокада кисти (*n. radialis*, *n. ulnaris*, *n. medianus*) с хорошим анальгетическим эффектом. К лечению был добавлен версатис (лидокаиновый пластырь). В связи с формированием ограниченного некроза дистальных фаланг I и II пальцев левой кисти была выполнена операция «Некрэктомия дистальных фаланг I и II пальцев левой кисти», после чего больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Лечение болевого синдрома ишемической природы при невозможности хирургической коррекции представляет собой серьезную мультидисциплинарную проблему. Болевой синдром обычно бывает резистентным к опиоидным анальгетикам и часто приобретает нейропатический характер в связи с возникновением ишемической нейропатии.

В свою очередь, интенсивный болевой синдром вызывает симпатическую гиперактивность, приводящую к ухудшению коллатерального кровоснабжения. Методики пролонгированной изолированной симпатической блокады до настоящего времени не разработаны. Хорошей альтернативой являются пролонгированные блокады нервных сплетений – плечевого или поясничного. С нашей точки зрения, оптимальным методом длительной регионарной анальгезии является метод контролируемой пациентом анальгезии, наиболее объективно отвечающий реальной потребности пациента в анальгетиках.

Таким образом, пролонгированная невральная блокада показала себя эффективным анальгетическим средством, обладающим также терапевтическим эффектом, способствующим разрешению ишемии конечности.