

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КРЫЛОНЕБНО-ОРБИТАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Показаны возможности применения крылонебно-орбитальной блокады при офтальмологических операциях. Предложен новый вариант выполнения блокады. Эффективность и безопасность методики доказаны большим опытом выполнения анестезий. Препаратом выбора является ропивокаин.

Ключевые слова. Анестезия, офтальмологические операции, крылонебно-орбитальная блокада, ропивокаин.

Актуальность

Регионарная анестезия является высокоэффективным методом защиты организма от хирургической травмы, выгодна с экономических позиций, оптимальна при значительных потоках больных и значительной нагрузке на медицинский персонал.

Эффективность и безопасность регионарной анестезии в первую очередь зависит от методики проведения и выбора местного анестетика. Чем селективнее выполнена блокада, тем она эффективнее.

Крылонебный ганглий - важная для офтальмохирургии анатомо-физиологическая структура. Блокада крылонебного ганглия обеспечивает денервацию нервных структур, имеющих отношение к глазу, орбите, параорбитальной клетчатке.

В связи с развитием анестезиологической техники ряд авторов считают, что крылонебная блокада теряет свою актуальность (1).

Цель исследования - клиническая оценка эффективности применения крылонебной блокады при офтальмологических операциях.

Материал и методы

Существует несколько методик крылонебной блокады с разными способами доступа. В своей работе мы пользуемся вариантом методики, основанной на крылонебно-орбитальной блокаде (КОБ), предложенной в МНТК «Микрохирургия глаза» (2).

В таком расширенном варианте КОБ выполняем только на операциях по поводу циркулярного экзантерирования орбиты. При этом достигается нужная глубина анальгезии и акинезии, необходимые для операции. Положе-

ние больного горизонтальное, на спине, голова несколько запрокинута назад. Иглой длиной 7 см диаметром 0,9 мм производится вкол в области угла, образованного скуловой дугой и вечным отростком нижней челюсти, впереди на 0,5-1,5 см от жевательной мышцы. При этом, направление вкола иглы ориентируем на середину орбиты под углом 60–70° к поверхности кожи, и угол продвижения после заглубления иглы на 1-1,5 см уменьшаем до 40-30°, как-бы «подныриваем» под кость и под этим углом игла продвигается в полость орбиты через нижнюю глазничную щель что идентифицируется как чувство «провала» и потери сопротивления. Обычно глубина вкола около 5–6 см. Анестетик в объеме 3мл должен вводиться без сопротивления и в этот момент пациент может отмечать чувство распирания в орбите и визуально может наблюдаться легкий экзофтальм. Непосредственная блокада крылонебного узла выполняется при извлечении иглы 5 мл анестетика примерно на глубине 3-4 см от поверхности кожи. Такая последовательность позволяет избежать травматизацию нервных структур при возникновении каких-либо технических сложностей и задержки выполнения блокады. Если игла сразу не попадает в нижнюю глазничную щель и упирается в кость, то она оттягивается на 0,5 см и вводится под другим углом.

Результаты и обсуждение

При ряде операций, в том числе и при витреальных операциях, дакриоцисториностомии, снятии приступа глаукомы и т.д. в качестве компонента анестезии можно использовать только блокаду крылонебного ганглия. При этом используется обычная внутримышечная игла, что

уменьшает травматизацию тканей за счет меньшего диаметра иглы и удешевляет блокаду. Игла вводится по направлению крылонебной ямки на глубину 3-4 см. Особой верификации положения иглы не требуется. Введение 8 мл анестетика гарантированно вызывает блокаду. Единственно на что стоит обратить внимание – это анестетик должен вводиться без сопротивления.

В такой модификации крылонебная блокада выполнена более чем у 900 человек. Осложнений, в виде гематом, травматических невритов, токсических реакций, ни в одном наблюдении не отмечалось

Что касается выбора местного анестетика, то здесь необходимо сочетание управляемости, предсказуемости эффекта и высокой безопасности. В качестве анестетика используем лидокаин 2%, маркаин 0.5%. Но в качестве препарата выбора предпочтение отдаем 1% наропину, ко-

торый является эффективным и безопасным местным анестетиком с относительно коротким латентным периодом и значительной продолжительностью действия.

Выводы

Одним из важных компонентом современной анестезиологии является адекватная защита больного от операционного стресса за счет дальнейшего поиска путей совершенствования известных и разработки новых способов анестезии. Применяемая методика показала свою безопасность и эффективность. Упрощение техники выполнения и использование современных анестетиков позволяет расширить показания безопасного выполнения крылонебной блокады с учетом того, что, как правило, риск анестезии у офтальмологических пациентов превышает риск операции.

14.10.2011

Список литературы:

1. Анестезия в офтальмологии. Москва 2007.-552с.
2. «Офтальмохирургия» №1, 1991 год,- С. 49-58.

UDC 617.7-089.5

Prokopyev M.A., Pislegina V.A., Zaytsev A.L., Ivashkina E.V, Korepanov A.V.

PECULIARITIES OF PTERYGOPALATINE-ORBITAL BLOCKADE PERFORMANCE

The possibilities of pterygopalatine-orbital blockade in ophthalmic operations were shown. Authors propose the new variant of the blockade performing. The efficacy and safety of this method were proved by a great experience of anesthesia conducting. Ropivokain was found as the drug of choice.

Key words: Anesthesia, ophthalmic operations, pterygopalatine-orbital blockade, Ropivokain.

Bibliography:

1. Anesthesia in ophthalmology. Moscow 2007. – 552 p.
2. «Ophthalmosurgery» №1, 1991, - P. 49-58.