

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

А.Т.Ерметов. Програмована санаційна відеолапароскопія в діагностиці та лікуванні післяопераційного перитоніту. Ташкент, Узбекистан.

Ключові слова: перитоніт, лапароскопія.

У статті представлені результати лікування 64 хворих з післяопераційним перитонітом. 1 групу (основну) склали 28 повторно оперованих хворих, у комплексному лікуванні яких проводилася програмована санаційна відеолапароскопія. 2 групу (контрольну) склали 36 пацієнтів, яким в комплексному лікуванні проводилася санаційна релапаротомія. Результати лікування екстрених хворих з післяопераційним перитонітом вивчені шляхом проведення діагностичної та лікувальної лапароскопії. При порівняльному аналізі результатів лікування хворих на післяопераційний перитоніт встановлено, що відеолапароскопічна санація черевної порожнини має суттєві переваги перед традиційною релапаротомією, а летальність при післяопераційному перитоніті після операції достовірно знизилася з 19,4% у контрольній групі до 10,7% в основній.

A.T.Ermetov. Programmed sanitation videolaparoscopy in diagnostics and treatment of postoperative peritonitis. Tashkent, Uzbekistan.

Key words: peritonitis, laparoscopy.

Analysis of treatment of 64 patients with postoperative peritonitis was resulted. Basic group included 28 repeatedly operated patients with programmed sanitation videolaparoscopy, control group included 36 patients with sanitation relaparotomy. Indications, contraindications, and algorithm of diagnostics and results of the treatment were studied. At the comparative analysis of results of treatment of patients from software it is established, that videolaparoscopic sanitation of an abdominal cavity has essential advantages versus traditional relaparotomy, and the mortality decreased from 19,4% in basic group to 10,7% in the control group.

Надійшла до редакції 10.09.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2009
УДК 615.816: 616.12 — 089

Унілатеральна спінальна анестезія в абдомінальній хірургії

С.М.Бишовець

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
(ректор — член-кор. АМН України, професор Ю.В.Вороненко)
Київ, Україна

Основній 1 групі (n=15, I-II ASA) виконано унілатеральну спінальну анестезію 10 мг гіпербаричного розчину бупівакаїну в поєднанні з 0,06 мг бупренорфіну для знеболювання операцій з приводу гострого апендициту та пахової грижі. Контрольній 2 групі (n=15, I-II ASA) проведено симетричну спінальну анестезію 15 мг гіпербаричного розчину бупівакаїну у поєднанні з 0,12 мг бупренорфіну для знеболювання операцій з приводу гострого холециститу та грижі передньої черевної стінки. Інtrateкальна анестезія в обох групах ефективно забезпечувала знеболення операцій й тривалу післяопераційну аналгезію. При унілатеральній спінальній анестезії гемодинаміка була стабільною за рахунок латерального, а не білатерального симпатичного блоку, не потрібна була інфузія симпатоміметиків, на відміну від симетричної інtrateкальної анестезії. Покращення якості аналгезії дозволяло проводити ранню активізацію та ентérale харчування пацієнтів й скорочувало період реабілітації. Інtrateкальне застосування розчину бупівакаїну з додаванням бупренорфіну характеризувалось значно меншою кількістю негативних побічних ефектів у порівнянні з відповідним введенням інших опіоїдних аналгетиків.

Ключові слова: унілатеральна спінальна анестезія, асиметрична спінальна анестезія, бупренорфін, нейроаксіальна анестезія, інtrateкальна анестезія.

*Бувають шляхи, по яким не йдуть;
бувають армії, на які не нападають;
бувають фортеці, за які не борються;
бувають місцевості, за які не б'ються.
Сунь-Цзи, VI-V ст. до н.е. [7].*

Вступ

Відомо, що нейроаксіальна анестезія локальними анестетиками створює якісний аферентний блок ноцицептивних імпульсів [5, 9]. Позитивний вплив регіонарних методів знеболювання на патофізіологію операційної травми, висока ефективність, відносна простота, економічність та мінімальна дія на функції життєво важливих органів призвели до суттєвого збільшення нейроаксіальних анестезій у загальній структурі методів знеболення. Частота застосування цих способів у країнах Європи та Північної Америки складає 35-40%, а в Скандинавському регіоні — 85% [4]. Спінальна анестезія (СА) часто використовується при оперативних втручаннях в урології, проктології, травматології й ортопедії та судинній хірургії (нижні кінцівки) [8, 20]. Для пролонгації блокади й покращення якості СА до розчинів локальних анестетиків традиційно додають опіоїдні анальгетики, як правило, фентаніл або морфін [2, 10].

Оптимізація СА шляхом застосування унілатерального варіанту блоку в абдомінальній хірургії є клінічно необхідною. Якщо планується оперативне втручання в ділянці, яка локалізована в одному з боків живота, то й необхідно знеболити саме цю зону, не викликаючи анестезію інтактною половиною черева.

За даними літератури, асиметрична СА застосовується для знеболювання операцій з приводу травм та дефектів нижніх кінцівок [13, 15, 17, 18], артроскопії коліна [11, 16, 19], ендопротезування мискостегнового суглоба [6], перелому стегна [12], варикозної хвороби вен нижніх кінцівок [3], пахової грижі [14].

Метою роботи було дослідити переваги унілатеральної спінальної анестезії (УСА) бупівакаїном, аугментованою бупренорфіном, в абдомінальній хірургії.

Матеріали та методи дослідження

Досліджено в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги після отримання інформованої згоди 30 пацієнтів (21 жінка і 9 чоловіків), що були розподілені на дві групи по 15 осіб. Основну 1 групу склали 15 хворих, яким проводили УСА 10 мг омнікаїну (гіпербаричного бупівакаїну), поєднаного з 0,06 мг бупренорфіну гідрохлориду. Захворювання, з приводу яких ви-

конувались операції в ургентному й плановому порядку в 1 групі: гострий апендицит (9 пацієнтів) та пахові грижі (6 хворих). Фізичні параметри хворих основної групи: вік — $37,0 \pm 4,1$ року, маса тіла (МТ) — $72,3 \pm 4,4$ кг, індекс маси тіла (ІМТ) — $24,9 \pm 1,3$ кг/м², фізичний статус — I-II клас ASA. Контрольна 2 група — 15 пацієнтів, яким проводили симетричну СА 15 мг омнікаїну, поєднаного з 0,12 мг бупренорфіну гідрохлориду. Захворювання, з приводу яких виконувались операції в ургентному й плановому порядку в 2 групі: гострий холецистит (12 хворих) та грижі передньої черевної стінки (3 пацієнти). Фізичні параметри хворих контрольної групи: вік — $43,7 \pm 0,9$ року, МТ — $75,3 \pm 3,5$ кг, ІМТ — $28,4 \pm 1,6$ кг/м², фізичний статус — I-II клас ASA. Середня тривалість оперативних втручань — 58 ± 10 хв.

СА виконували в положенні «на боці». УСА — на тому боці, де виконували операцію, і в цій позиції пацієнт знаходився 15-20 хв. після субарахноїдальної ін'єкції. Інтервенція була на рівні L₂-L₃ атравматичними голками діаметрами G 22, 26 (B. Braun, ФРН). Для локальної анестезії місця входу спінальної голки використовували 1 мл 2% розчину лідокаїну. Інтраопераційна інфузія проводилася 0,9% розчином натрію хлориду. Для корекції брадикардії (пульс менше 60 ударів за хв.) використовували інтравенозно 0,1% розчин атропіну. Премедикацію здійснювали внутрішньом'язовим введенням 20 мг нефопаму за 40 хв. до початку оперативного втручання. За 20-30 хв. до операції інтравенозно вводили 50 мг дексалгіну і в подальшому по 50 мг кожні 8 год. з метою післяопераційного знеболювання [1].

Пацієнтів оперували зі збереженою притомністю. Клінічний стан хворих оцінювали неінвазивно (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, кардіограма, пульсоксиметрія) за допомогою мультифункціонального пристрою «Viridia T3» (Hewlett Packard, M3046A, ФРН) до СА, через 15, 30, 45 і 60 хв. після СА.

Виразність післяопераційного болю оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) болю від 0 до 10 балів через 1, 4, 10, 24 та 48 год. після операції [1, 2, 21].

Матеріали оброблено статистично з використанням пакета статистичного аналізу програм Excel Microsoft Office.

Результати дослідження та їх обговорення

За фізичними ознаками хворі в обох групах були тотожні.

Після премедикації нефопамом усі хворі перебували в достатньо комфортному стані.

Таблиця 1

Параметри гемодинаміки пацієнтів 1 групи (M±m)

| | До УСА | Через 15 хв. | Через 30 хв. | Через 45 хв. | Через 60 хв. |
|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| АТ _с , мм рт.ст. | 123,5±3,5 | 113,5±2,1 (p<0,05) | 110,0±2,1 (p<0,05) | 113,5±2,1 (p<0,05) | 116,0±2,4 (p=0,10) |
| АТ _д , мм рт.ст. | 75,0±3,1 | 67,0±2,4 (p=0,05) | 66,5±2,0 (p<0,05) | 68,5±2,1 (p=0,10) | 69,0±1,8 (p=0,11) |
| САТ, мм рт.ст. | 91,5±3,2 | 81,5±1,8 (p<0,05) | 81,6±1,8 (p<0,05) | 83,4±1,8 (p<0,05) | 84,8±1,9 (p=0,09) |
| ЧСС, уд./хв. | 87,0±3,0 | 82,1±2,6 (p=0,23) | 76,4±1,5 (p<0,05) | 74,2±2,2 (p<0,05) | 76,8±1,9 (p<0,05) |

Тремтіння у них до, під час операції та в післяопераційному періоді не спостерігалось.

Швидкість розвитку анестезії та її тривалість в обох групах були практично однакові.

Температурна чутливість знижувалася через 3-4 хв., аналгезія розвилася через 7-8 хв., якісний моторний блок — через 10 хв. Блокада розповсюджувалася на зону іннервації Th₂₋₄₋₈—S₅. Тривалість якісного моторного блоку була 102±6 хв. Хворі починали згинати ноги за командою через 133±6 хв.

У 1 групі не користувалися для стабілізації гемодинаміки симпатоміметиками. Систолічний артеріальний тиск (АТ_с) достовірно знижувався після УСА: через 15 хв. — на 8,1%, через 30 хв. — на 10,9%, через 45 хв. — на 8,1% та не достовірно через 60 хв. — на 6,1%. Діастолічний артеріальний тиск (АТ_д) зменшився через відповідні хвилинні інтервали на 10,7% (не достовірно), 11,3% (достовірно), 8,7% (не достовірно), 8,0% (не достовірно). Середній артеріальний тиск (САТ) достовірно знижувався відповідно вказаного терміну на 10,9%, 10,8%, 8,9% та 7,3% (не достовірно). Під час УСА зберігався синусовий серцевий ритм. Частота серцевих скорочень (ЧСС) не потребувала корекції і після УСА не достовірно зменшилась через 15 хв. на 5,6% і достовірно уповільнилась: через 30 хв. — на 12,2%, через 45 хв. — на 14,7%, через 60 хв. — на 11,7%. Параметри гемодинаміки пацієнтів 1 групи наведені в табл. 1.

У 2 групі в 11 (73,3%) випадках для стабілізації гемодинаміки застосовували симпатоміметики, при цьому АТ_с достовірно знижувався піс-

ля СА: через 15 хв. — на 18,2%, через 30 хв. — на 21,6%, через 45 хв. — на 20,1% та через 60 хв. — на 19,7%. АТ_д достовірно зменшився через відповідні хвилинні інтервали на 14,5%, 16,4%, 15,1% й 17,8%. САТ достовірно знижувався відповідно вказаного терміну на 14,6%, 17,3%, 15,8% й 17,1%. Під час СА зберігався синусовий серцевий ритм. ЧСС після СА не достовірно зменшилась через 15 хв. на 9,4% і достовірно уповільнилась: через 30 хв. — на 18,1%, через 45 хв. — на 16,1% та через 60 хв. — на 19,2%, при цьому в 3 (20%) випадках при досягненні ЧСС 60 уд./хв. титровано інтравенозно вводили атропін. Параметри гемодинаміки пацієнтів 2 групи наведені в табл. 2.

Таким чином, при УСА гемодинаміка була стабільною за рахунок латерального, а не білатерального симпатичного блоку, не потрібна була корекція симпатоміметиками на відміну від симетричної СА.

В обох групах частота дихання була в межах 12-16 за хв. Сатурація (SpO₂) зберігалась на рівні 98-99% при спонтанному диханні повітрям, збагаченим потоком кисню, — 4 л/хв.

Після операції пацієнтів переводили до профільних хірургічних відділень зі збереженою аналгезією і частковим моторним блоком. Під час транспортування та подальшого лікування у відділеннях хірургії хворі були в ясній притомності, гемодинамічні параметри і дихальна функція лишалися стабільними.

Вже в першу післяопераційну добу вислуховувалась активна перистальтика та відходили

Таблиця 2

Параметри гемодинаміки пацієнтів 2 групи (M±m)

| | До СА | Через 15 хв. | Через 30 хв. | Через 45 хв. | Через 60 хв. |
|-----------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| АТ _с , мм рт.ст. | 132,0±4,8 | 108,0±3,2 (p<0,05) | 103,5±2,7 (p<0,05) | 105,5±2,3 (p<0,05) | 106,0±2,3 (p<0,05) |
| АТ _д , мм рт.ст. | 76,0±4,1 | 65,0±2,1 (p<0,05) | 63,5±2,1 (p<0,05) | 64,5±1,9 (p<0,05) | 62,5±1,9 (p<0,05) |
| САТ, мм рт.ст. | 93,0±4,3 | 79,4±2,1 (p<0,05) | 76,9±1,9 (p<0,05) | 78,3±1,9 (p<0,05) | 77,1±1,9 (p<0,05) |
| ЧСС, уд./хв. | 85,3±3,8 | 77,3±4,4 (p=0,18) | 69,9±1,9 (p<0,05) | 71,6±2,1 (p<0,05) | 68,9±2,1 (p<0,05) |

Таблиця 3
Динаміка ступеня післяопераційного болю ($p < 0,05$)

| Год. | 1 | 4 | 10 | 24 | 48 |
|------|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| ВАШ | 0 | 0,13 $\pm 0,05$ | 0,33 $\pm 0,08$ | 0,67 $\pm 0,09$ | 0,60 $\pm 0,08$ |

гази. Термін першого самостійного підйому з ліжка визначався тривалістю нейроаксіального моторного блоку. У середньому хворі починали активно рухатися через 2-3 год. після переведення з операційної. З першої доби після операції починали раннє ентеральне харчування.

Післяопераційне знеболювання здійснювали дексалгіном у дозі 50 мг кожні 8 год. на протязі двох діб. У подальшому призначали таблетовані форми солпадеїну в загально прийнятих дозуваннях. Якість постопераційного аналгетичного профілю характеризувалася позитивно в обох групах. Необхідності додаткового призначення опіоїдних аналгетиків не виникло. Виразність післяопераційного болю за ВАШ оцінювали через 1, 4, 10, 24 та 48 год. після операції. Динаміка ступеня післяопераційного болю відображена в табл. 3.

У хворих 2 групи відмічалися наступні ускладнення: постопераційні нудота й блювання — у 5 (33,3%) пацієнтів жіночої статі після лапароскопічних холецистектомій, легкий свербіж — в 1 (6,7%) хворого, затримка сечі — в 1 (6,7%) пацієнта. У 1 групі ускладнень не спостерігали. Опіоїди, особливо морфін, часто викликають депресію дихання, нудоту й блювання, затримку сечі та свербіж [10]. Інтратакальне застосування розчину бупівакаїну з додаванням бупренорфіну характеризувалося

значно меншою кількістю негативних побічних ефектів у порівнянні з відповідним введенням інших опіоїдних аналгетиків.

Таким чином, аналіз результатів дослідження показав, що фармакологічний вплив на процеси больової імпульсації, модуляції ноцицепції за допомогою специфічних агентів дозволяє значно зменшити рівень больового потоку на всьому шляху його слідування — від периферичних ноцицепторів до центральних структур мозку, що забезпечує ефективне периопераційне знеболювання, попередження та лікування післяопераційного болю, а також створює сприятливі умови для виконання оперативного втручання.

Висновки

1. Унілатеральна спінальна анестезія бупівакаїном у поєднанні з бупренорфіном є ефективним методом знеболювання однобічних абдомінальних хірургічних втручань з тривалим позитивним постопераційним аналгетичним профілем.
2. При унілатеральній спінальній анестезії гемодинаміка була стабільною за рахунок латерального, а не білатерального симпатичного блоку, не потрібна була корекція симпатоміметиками, на відміну від симетричної інтратакальної анестезії.
3. Покращення якості анальгезії дозволяло проводити ранню активізацію та ентеральне харчування пацієнтів й, відповідно, скорочувало період реабілітації.
4. Інтратакальне застосування розчину бупівакаїну з додаванням бупренорфіну характеризувалося значно меншою кількістю негативних побічних ефектів у порівнянні з відповідним введенням інших опіоїдних аналгетиків.

Література

1. Бишовець С.М. Досвід застосування дексалгіну для післяопераційного знеболення в абдомінальній хірургії // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2007. — №2. — С. 57-60.
2. Волочков В.А., Игнатов Ю.Д., Страшнов В.И. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 320 с.
3. Кириенко П.А., Винницкий Л.И., Борзенко А.Г., Гриненко А.Г., Рязанцев В.В. Унилатеральная субарахноидальная блокада бупивакаина гидрохлоридом в хирургии вен нижних конечностей / Современные технологии в анестезиологии и реаниматологии: Материалы конгресса анестезиологов-реаниматологов Центрального федерального округа. — М., Петрозаводск: ИнтелТек. — 2003. — С. 75.
4. Овечкин А.М., Федоровский Н.М. // Современные технологии в анестезиологии-реаниматологии. — 2003. — С. 83-84.
5. Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В. и соавт. Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии: проблема выбора // Анестезиол. и реаниматология. — 2006. — №4. — С. 12-16.
6. Сафин Р.Р., Малеев М.В. Изофлюран и асимметричный спинальный блок как компоненты анестезии при операции эндопротезирования тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. — 2006. — №2 (40). — С. 265-266.
7. Сунь-Цзы, У-Цзы. Трактаты о военном искусстве: Пер. с кит. — М.: ООО «Изд-во АСТ»; С.-Пб.: Terra Fantastica, 2003. — 558 с.
8. Чув П.Н., Владика А.С., Басенко И.Л. и соавт. Опыт применения унилатеральной спинальной анестезии в ортопедии // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2003. — №2 (д). — С. 34-36.
9. Шифман Е.М., Бутров А.В., Федулова И.В. Эпидуральная блокада в анестезиологическом обеспечении лапароскопических операций в гинекологии // Анестезиол. и реаниматология. — 2007. — №2. — С. 65-68.

10. Шлапак І.П. Комбінована спінальна опіоїдна анестезія/аналгезія та її оцінка як методу адекватного антиноцицептивного захисту: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 16.01.95 / Київськ. держ. ін-т удосконалення лікарів. — К.: Дільниця офсетного друку «Укрпостачпроект», 1995. — 42 с.
11. Cappelleri G., Aldegheri G., Danelli G., Marchetti C., Nuzzi M., Iannandrea G., Casati A. Spinal anesthesia with hyperbaric levobupivacaine and ropivacaine for outpatient knee arthroscopy: a prospective, randomized, double-blind study // *Anesth. Analg.* — 2005. — Vol. 101 (1). — P. 77-82.
12. Casati A., Aldegheri G., Vinciguerra F., Marsan A., Fracchini G., Torri G. Randomized comparison between sevoflurane anaesthesia and unilateral spinal anaesthesia in elderly patients undergoing orthopaedic surgery // *European journal of anaesthesiology.* — 2003. — Vol. 20. — №8. — P. 640-646.
13. Casati A., Fanelli G., Cappelleri G., Borghi B., Cedrati V., Torri G. Low dose hyperbaric bupivacaine for unilateral spinal anaesthesia // *Canadian Journal of Anesthesia.* — 1998. — Vol. 45. — P. 850-854.
14. Casati A., Moizo E., Marchetti Ch., Vinciguerra F. A Prospective, randomized, double-blind comparison of unilateral spinal anesthesia with hyperbaric bupivacaine, ropivacaine, or levobupivacaine for inguinal herniorrhaphy // *Anesth. Analg.* — 2004. — Vol. 99. — P. 1387-1392.
15. Chohan U., Afshan G., Hoda M.Q., Mahmud S. Haemodynamic effects of unilateral spinal anesthesia in high risk patients // *J. Pak. Med. Assoc.* — 2002. — Vol. 52 (2). — P. 66-69.
16. Esmaoglu A., Karaoglu S., Mizrak A., Boyaci A. Bilateral vs. unilateral spinal anesthesia for outpatient knee arthroscopies // *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy.* — 2004. — Vol. 12. — №2. — P. 155-158.
17. Imbelloni L.E., Beato L., Cordeiro J.A. Unilateral spinal anesthesia with low 0.5% hyperbaric bupivacaine dose // *Rev. Bras. Anesthesiol.* — 2004. — Vol. 54. — №5. — P. 700-706.
18. Kaya M., Oguz S., Aslan K., Kadiogullari N. A low-dose bupivacaine: a comparison of hyperbaric and hypobaric solutions for unilateral spinal anesthesia // *Reg. Anesth. Pain Med.* — 2004. — Vol. 29 (1). — P. 17-22.
19. Kuusniemi K.S., Pihlajamäki K.K., Pitkänen M.T. A low dose of plain or hyperbaric bupivacaine for unilateral spinal anesthesia // *Reg. Anesth. Pain Med.* — 2000. — Vol. 25 (6). — P. 605-610.
20. Niesel H.C., Van Aken H. Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Regionale Schmerztherapie. — Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag. — P. 172-188.
21. Stone A.A., Broderick J.E., Schwartz J.E. Intensive momentary reporting of pain with an electronic diary: reactivity, compliance and patient satisfaction // *Pain.* — 2003. — Vol. 104. — №1-2. — P. 343-351.

С.Н.Бышовец. Унилатеральная спинальная анестезия в абдоминальной хирургии. Киев, Украина.

Ключевые слова: унилатеральная спинальная анестезия, асимметричная спинальная анестезия, бупренорфин, нейроаксиальная анестезия, интратекальная анестезия.

Основной I группе (n=15, I-II ASA) проведена унилатеральная спинальная анестезия 10 мг гипербарического раствора бупивакаина с добавлением 0,06 мг бупренорфина для обезболивания операций по поводу острого аппендицита и паховой грыжи. Контрольной 2 группе (n=15, I-II ASA) выполнена симметричная спинальная анестезия 15 мг гипербарического раствора бупивакаина с добавлением 0,12 мг бупренорфина для обезболивания операций по поводу острого холецистита и грыжи передней стенки живота. Интратекальная анестезия в обеих группах эффективно обеспечивала обезболивание операции и вызывала длительную послеоперационную анальгезию. При унилатеральной спинальной анестезии гемодинамика была стабильной за счет латерального, а не билатерального симпатического блока, не требовалась инфузия симпатомиметиков, в отличие от симметричной интратекальной анестезии. Улучшение качества анальгезии позволяло проводить раннюю активизацию и энтеральное питание пациентов, сокращало период реабилитации. Интратекальное применение раствора бупивакаина с добавлением бупренорфина характеризовалось значительно меньшим количеством негативных побочных эффектов по сравнению с соответствующим введением других опиоидных анальгетиков.

S.M.Byshovets. Unilateral spinal anesthesia in abdominal surgery. Kyiv, Ukraine.

Key words: unilateral spinal anesthesia, dissymmetric spinal anesthesia, buprenorphine, neuraxial anesthesia, intrathecal anesthesia.

At basic group I (n=15, I-II ASA) unilateral spinal anesthesia of 10 mg hyperbaric bupivacaine with addition of 0,06 mg buprenorphine for anesthesia of operations in quinsy appendicitis and bubonocoele was done. At control group II (n=15, I-II ASA) symmetric spinal anesthesia of 15 mg hyperbaric bupivacaine with addition of 0,12 mg buprenorphine for anesthesia of operations in quinsy cholecystitis and a hernia of a forward wall of a belly is executed. Intrathecal anesthesia in both groups effectively provided anesthesia of operation and caused long postoperative analgesia. Unilateral spinal anesthesia is characterized by stable hemodynamics by a structure due to lateral, instead of bilateral the sympathetic block and did not demand infusion sympathostimulatic, unlike symmetric intrathecal anesthesia. Improvement of quality analgesia allowed spending early activization and enteral meal of patients, reduced the period of rehabilitation. Intrathecal injection buprenorphine in combination with bupivacaine is characterized considerably by smaller quantity of negative side effects as compared to others opioid analgetics.

Надійшла до редакції 29.09.2009 р.