

7 БЛОКІВ «ПЛАН А» – ОБОВ'ЯЗКОВА КОМПОНЕНТА НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

Суслов О. С.

*аспірант кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини
невідкладних станів спеціальності 222 – Медицина
Міжнародний університет
м. Одеса, Україна*

Збільшення випадків використання регіонарної анестезії як компоненти концепції мультимодальної анальгезії у сучасній анестезіології пов'язано з рядом причин – підвищення безпеки для пацієнта при використанні УЗ-навігації; розширення спектру місцевих анестетиків зі зменшенням переліку побічних явищ для сучасних препаратів; новітні техніки з більш локалізованою зоною знеболення; співвідношення економічної складової та ефективності у використанні сучасних блоків. Проте поруч з позитивними явищами у застосуванні периферичних блокад дослідники виділяють і ряд негативних [1]: брак узгодженості у назві певних видів втручань; дефекти техніки та широка варіація доз в залежності від географічного регіону; опис технік, які жодним чином не впливають на якість чи ефективність блокад, а створені більше для привернення уваги, генерації наукового та науково-популярного контенту.

На фоні вищеперерахованих позитивних та негативних моментів постає логічне питання: які з регіонарних технік варто включати у навчальні програми підготовки спеціалістів зі спеціальності анестезіологія? У своїй статті Turbitt та співавтори виділяють 7 варіантів блокад верхньої, нижньої кінцівки та тулуба, які стануть вагомим доповненням до знань спеціалістів у галузі знеболення [1]. Стаття авторів є не лише керівництвом до дії у питаннях освіти – на момент виходу вона отримала широку підтримку з боку інших науковців, які погодилися виділити наведені блокади у фундаментальні основи боротьби з болем дотичних до цього процесу спеціалістів [1; 2; 3; 4]. Більш того, цей та наступні матеріали стали теоретичною базою для створення навчальних програм у Великобританії та інших європейських країн.

Нижче, окремими блоками, наведені самі регіонарні блокади, що включені до так званого «плану А» при оперативних втручаннях – та їх стислі призначення.

Міждрабинчаста блокада плечового сплетіння (interscalene brachial plexus block). Виконується для проведення процедур на зоні плеча

та плечового суглоба. Частково перекриває чутливість у зоні ключиці та може бути використана при операціях на її дистальному кінці. Частково перекриває чутливість на передпліччі та пальцях (зазвичай в проєкції променевої кістки та I-III пальців кисті), однак не буде достатньою для процедур на передпліччі чи кисті [2].

Аксиллярна блокада плечового сплетіння (axillary brachial plexus block). Даний вид блокади показаний при проведенні процедури у зоні нижче за плече. Є гарним доповненням до міждрабинчастої блокади у випадку розширених процедур на передпліччі та кисті, або комбінованих втручаннях на верхній кінцівці. Проте, при комбінації цих двох методик (як і у разі комбінації будь-яких інших блоkad) варто пам'ятати про перестороги щодо максимально дозволених концентрацій місцевих анестетиків відносно маси тіла пацієнта та системну токсичність місцевих анестетиків.

ESP-блок (erector spinae plain block). Даний вид блокади є гарним варіантом саме анальгетичного забезпечення у випадку травм грудної клітини та переломів ребер. Варто зазначити, що даний тип блокади найкраще підійде як компонент анальгезії при маніпуляції на шкірі грудної стінки (торакотомія, торакоскопія, резекція грудних залоз та лімфатичних вузлів, тощо); у випадку розширених пластичних втручань, травм тіл хребців та процедур у зоні верхнього полюсу великого грудного м'язу ефективність даної техніки відсутня.

Rectus sheath блок (RS-блок, блокада піхви прямого м'язу живота). Ця методика показана при маніпуляціях у зоні середньої лінії живота. Варто зазначити, що для досягнення ефекту використовується лише двостороння техніка, під час якої вкрай важливо не перевищувати рекомендованих доз місцевих анестетиків.

Блокада стегового нерву. Цей вид блокади використовується для процедур на кісткових структурах стегна та коліна, а також надає анальгезію у зоні медіальної поверхності стегна та гомілки. У випадку масштабних процедур на нижній кінцівці дана техніка доповнюється варіантами блоkad, що описані нижче, і не застосовується як моно-техніка під час оперативного втручання.

Блокада нервів у привідному каналі/блокада стегового трикутника (adductor canal block/femoral triangle block). Дана варіація регіонарної анестезії показана при процедурах на колінному суглобі, медіальній поверхні м'яких тканин коліна та гомілки. Як самостійна техніка використовується вкрай рідко лише при артроскопічних процедурах.

Блокада сідничного нерва підколінним доступом (popliteal sciatic nerve block). Цей вид блокади дозволяє виконувати процедури на гомілці та стопі, охоплює зону стопи повністю та у більшій ступені – латеральну

поверхню гомілки. Зазвичай використовується у комбінаціях з вищенаведеними блокадами нижньої кінцівки для досягнення максимального ефекту.

Обговорення. Вищенаведені блоки були віднесені Turbitt та співавторами до умовного списку «план А» не випадково: при уважному вивченні їх властивостей можна впевнено стверджувати, що ці варіанти регіонарної анестезії дозволяють ефективно проводити менеджмент болю у верхній та нижній кінцівках, а також у зонах типових розрізів при торакальних та абдомінальних хірургічних втручаннях [1; 2]. Більш того, важливою частиною включення їх саме до навчальних програм є простота у виконанні та високий ступінь відтворюваності – анатомічні та соноанатомічні орієнтири прості, не потребують специфічних знань та навичок у своєму визначенні. Наступним критичним елементом у впровадженні підходу 7 блоків плану А є узгодженість у їх номенклатурі – дані техніки мають найменшу варіативність при своєму описі у підручниках.

Висновки. Всі вищезазначені фактори сприяють включенню так званих 7 блоків плану А до навчальних програм з анестезіології, інтенсивної терапії та медицини болю як простого в опануванні та ефективного у використанні інструменту менеджменту больового синдрому у пацієнтів.

Література:

1. Turbitt, L. R., Mariano, E. R., El-Boghdadly, K. Future directions in regional anaesthesia: not just for the cognoscenti. *Anaesthesia*. 2020 Mar;75(3):293–297. doi: 10.1111/anae.14768. Epub 2019 Jul 3
2. Frances, F. et al. Latest Advances in Regional Anaesthesia. *Medicina* (Kaunas). 2024 Apr 28;60(5):735. doi: 10.3390/medicina60050735. PMID: 38792918; PMCID: PMC11123025
3. O'Neill A., Lirk P. Multimodal Analgesia. *Anesthesiol. Clin.* 2022;40:455–468. doi: 10.1016/j.anclin.2022.04.002. DOI - PubMed
4. Admiraal M., Marhofer P., Hopkins P.M., Hollmann M.W. Peripheral regional anaesthesia and outcomes: A narrative review of the literature from 2013 to 2023. *Br. J. Anaesth.* 2023;132:1082–1096. doi: 10.1016/j.bja.2023.10.013. – DOI - PMC - PubMed