

dermatosclerosis, large dissection of subfascial space and SEPS duration >30 min compared to the cases of focal dermatosclerosis, moderate subfascial dissection and the average SEPS duration ≤ 30 min – $0,79 \pm 0,07$ vs $0,68 \pm 0,11$ days; $0,81 \pm 0,11$ vs $0,72 \pm 0,07$ and $0,89 \pm 0,08$ vs $0,58 \pm 0,09$ days, respectively. Both, the total duration of PA and the need for opioids prescription were greater in the cases of PVs transection without prior vasal luminal occlusion and intraoperative subfascial bleeding with subsequent development of hematoma comparing to the cases of PVs interruption by other methods (coagulation or clipping) and absence of subfascial haemorrhagia during SEPS – $4,5 \pm 0,84$ and $0,8 \pm 0,2$ vs $3,54 \pm 0,41$ and $0,65 \pm 0,09$ days; and $3,92 \pm 0,81$ and $0,83 \pm 0,11$ vs $3,61 \pm 0,3$ and $0,7 \pm 0,07$ days, respectively. Opioids requirement was lower after spinal than consecutively intravenous or endotracheal anesthetics – $0,57 \pm 0,15$ vs $0,83 \pm 0,11$ and $0,85 \pm 0,06$ days, respectively. Duration of PA after spinal anesthesia was significantly lower than after general – $2,83 \pm 0,44$ vs $4,61 \pm 0,54$ days ($p < 0,01$). PA was not influenced by additional surgical techniques (open PVs ligation and phlebectomy).

Conclusions. Absence of lipodermatosclerosis, subfascial fibrosis and intraoperative bleeding; careful subfascial dissection; gas insufflation pressure ≤ 15 mm Hg; duration of SEPS ≤ 30 min; PVs interruption by clipping as well as using of spinal anesthesia are associated with reduced PA duration and/or opioids requirement after SEPS. Subsequent larger studies of factors influencing postoperative pain after SEPS might contribute to faster recovery of patients with severe CVI.

CĂILE AERIENE DIFICILE ÎN CHIRURGIA MAXILO-FACIALĂ (Caz clinic)

G. Frunza¹, S. Șandru², S. Cobiletschi³, I. Ursu⁴, D. Scerbatiuc⁵, M. Cebotari⁶,

1 – doctorand; 2 – dr. în med. Conf. univ.; 3 – asistent univ.; 4 – rezident;

Catedra Anesteziologie și Reanimatologie Nr 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

5 – dr. hab. în med., prof. univ.; 6 – asistent univ.

Catedra Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

Introducere

Confruntarea cu un pacient neventilat și neintubat reprezintă o încercare serioasă pentru anestezist. Identificarea pacienților cu risc de intubare dificilă este un pas esențial în examenul preanestezic ce poate reduce morbiditatea și mortalitatea legată de căile aeriene dificile. Aplicarea anesteziei generale, a sedării intravenoase induce depresie respiratorie, care necesită asistență respiratorie cu protejarea căilor aeriene. Intubarea dificilă este definită ca necesitatea de a efectua mai mult de 3 încercări de intubare, sau mai mult de 10 minute, utilizând laringoscopie clasică. Laringoscopia dificilă este atunci, când nu este posibil de a vedea nici o porțiune a corzilor vocale prin laringoscopie clasică.

În precizarea căilor aeriene dificile sunt importante următoarele: anamnesticul, examinarea, măsurările, sistemele de scoruri, eșecurile.

Anamnesticul

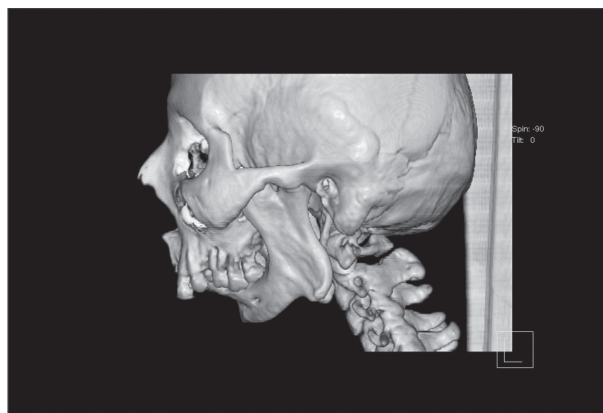
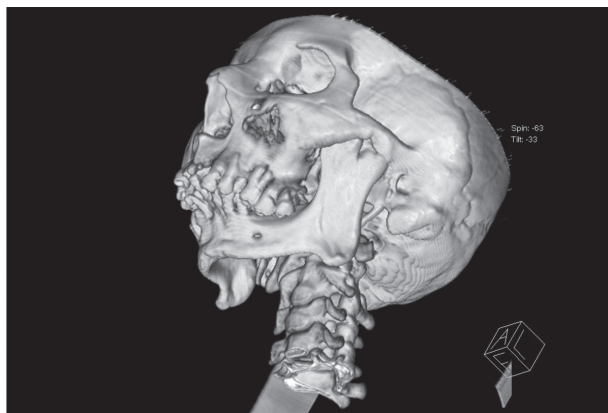
Este necesar de colectat anamnesticul detaliat de la pacient, rude, înregistrări din fișa medicală despre intubare dificilă în anamnestice, anomalii congenitale, trauma căilor aeriene, operații pe căile aeriene, patologii (spondilită anchilozată, diabet zaharat, artrită reumatoidă). În cazul intubării dificile în anamnestice trebuie să verificăm dacă: intubările precedente au fost cu succes, dar au necesitat încercări multiple. Intubările precedente au fost abandonate din cauza dificultăților.

Examenul clinic

Examinarea căilor aeriene este orientată spre depistarea semnelor anatomice asociate laringoscopiei normale. Cauze congenitale de căi aeriene dificile pot fi situațiile ca: Sindrom Pierre Robin, Higrroma cistica, Sindrom Treacher Collins, Gargoilism, Ahondroplazia, Sindrom Marfan, Sindrom Goldehar. Factori anatomici care contribuie la intubare dificilă sunt: obezitatea, limbă mare, gât muscular, scurt (gât bovin), incisivi protruzivi, palat arcat, cavitate bucală lungă și îngustă, mandibulă recisivă (micrognatie), formațiuni masive cervicale, ale cavității bucale, regiunii toracice superioare, distanță redusă dintre os occipital și procesul spinos al C1.

Estimarea gradului de dificultate al intubării

Deschiderea cav bucale trebuie să fie adecvată ca să permită intrarea laringoscopului + tub endotraheal (minimal 2,5-3 cm). Spațiul în orofaringe trebuie să fie adecvat pentru plasarea lamei laringoscopului plus tub traheal. O importanță mare au de asemenea efectuarea măsurărilor: distanța dintre incisivi variază în normă între 4-6 cm. Aceasta vorbește despre mobilitate temporo-mandibulară normală. Spațiul anterior laringelui determină cât de bine axul laringian face linie dreaptă cu axul faringian atunci când gâtul este în extensie. Când spațiul mandibular este mare (laringe situat posterior) limba este ușor comprimată în spațiu



pentru a permite vizualizarea bună a laringelui. Distanța tiromentonieră (distanța patilă) distanța normală este de > 6 cm. Cu o distanță tiromentonieră scurtă, axa laringiană va face un unghi mult mai acut cu axa faringiană chiar la o extensie atlantooccipitală optimală. Distanța tiromentonieră mai mare de 6 cm și o lungime a părții orizontale a mandibulei mai mult de 9 cm prezic o laringoscopie ușoară.

Scorurile utilizate în diagnosticarea intubării dificile

- ✓ Scorul Mallampati
- ✓ Scorul Wilson
- ✓ Scorul Bellhouse-Dore

Caz clinic:

Pacienta Boico L. femeia de 30 ani, s-a adresat la C.N.Ș.P.M.U. cu micrognatie congenitală în asociere cu anchiloza totală a articulației temporomandibulare. Din anamneză; anestezii nu a suportat, acuze la imposibilitatea deschiderii gurii, nutriție doar cu alimente lichide. Obiectiv: dezvoltarea insuficientă a mandibulei (micrognatie gr III), cu o limbă prea mare pentru așa cavitate bucală. Deschiderea gurii 0 cm, mobilitatea temporo-mandibulară 30 de grade. Scorul Mallampati gr IV. Scorul Wilson 7 puncte. Scorul Bellhouse-Dore gradul II.

Efectuată CT cu confirmarea diagnosticului.

Am stabilit că în cazul dat intubația va fi dificilă. Am ținut cont de recomandările A.S.A în caz de căi aeriene dificile cunoscute sau suspectate, ce includ :

- ✓ informarea pacientului despre riscurile posibile;
- ✓ organizarea ajutorului;
- ✓ luarea în considerație a preoxigenării suplimentare în timpul managementului căilor aeriene.

În cazul dat metodele de alternativă ca masca laringiana, combitub, cobra etc. nu sunt reale din cauza intervenției localizate în cavitatea bucală.

Pregătirea preoperatorie a fost obișnuită. După montarea trusei de perfuzie i.v. în sala de operație sa administrat premedicația tradițională cu sedare superficială cu s. dormicum 1 mg. Efectuată anestezia locală a căilor aeriene superioare cu s. lidocaină 10% cu aerodispersie. Ventilația a fost dificilă, cu SpO₂ în scădere până la valorile 82-84%, tahicardie 110 b/min. Intubația nazotraheală a fost efectuată cu ajutorul fibroscopului optic cu tub 7 mm din a doua tentativă. Între tentativele de intubație, pacienta a fost protejată respirator prin mască.

Algoritmul ASA task force este util în cazul dat, pentru a avea un standard de acțiuni bine stabilite și a preveni eșecurile și complicațiile posibile.

A NEW METHOD OF THE PHANTOM LIMB PAIN TREATMENT

GALUSHKO O.A.

Assistant of the anesthesiology and intensive therapy chair, candidate of the medicine, National Medical Academy of Postgraduate Education named after Platon L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Introduction

The heavy phantom limb pain after surgical operation strike from 50% before 72% patient. The pathophysiology remains unclear and the treatment difficult and often unsuccessful. The unsatisfactory results of the pain therapy dictate need of searching