პერიფერიული ნერვების ბლოკადა, რომელსაც საუკუნეზე მეტი ხნის ისტორია აქვს, გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან ხელახლა იპყრობს ყურადღებას, როგორც მოსახერხებელი, შედარებით უსაფრთხო და იაფი ანესთეზიოლოგიური ტექნიკა. ზედა და ქვედა კიდურებზე ოპერაციებისათვის იგი კლასიფიცირდება, როგორც არჩევის მეთოდი (H. Mehrkens, 1999). ზოგიერთი ავტორი პერიფერიული ნერვების ბლოკადას უწოდებს რეგიონული ანესთეზიის მომავალს.1 ვიმედოვნებთ რა, რომ ეს მეთოდიკა ჩვენს ქვეყანაშიც დაიმკვიდრებს სათანადო ადგილს, გვსურს წარმოვადგინოთ კლინიკური შემთხვევა, სადაც გამოვიყენეთ მხრის წნულის განგრძობითი ბლოკადა.

**კლინიკური შემთხვევა**  
ავადმყოფი გ. ჯ., 70 წლის, მამაკაცი, კლინიკაში შემოვიდა მარცხენა წინამხრის არეში არსებული დაწყლულებული, სისხლმდენი, ჩაღრმავებული, კუნთებში ჩაზრდილი სიმსივნის გამო   
მორფოლოგიური კვლევით დადგენდა კანის ბაზალურ-უჯრედოვანი კარცინომა T4N0M0 და მკურნალობის პირველ ეტაპზე ჩაუტარდა სხივური თერაპია ჯამური დოზით 40 გრეი. სიმსივნე შემცირდა ზომებში    
სხივური თერაპიის შედეგად ოპტიმალური პირობები შეიქმნა ქირურგიული მკურნალობისათვის. დაგეგმილ იქნა სიმსივნის ფართე ამოკვეთა და პლასტიკა მუცლის წინა კედლიდან აღებული თავისუფალი ტრანსპლანტატით. ავადმყოფს აღენიშნებოდა ჰიპერტონული დაავადება III სტადია, რეგულარულად ღებულობდა ჰიპოტენზიურ საშუალებებს. გადაწყდა წინამხრის არეში ოპერაციის წარმოება რეგიონული ანესთეზიის გამოყენებით და მუცლის წინა კედლიდან ტრანსპლანტატის აღება ადგილობრივი ანესთეზიით. ოპერაციამდე 30წთ-ით ადრე ავადმყოფს პრემედიკაციის მიზნით გაუკეთდა Sol. Dormicum 0.08მგ/კგ. ინტრამუსკულური ინექცია. საოპერაციო მაგიდაზე დადგმულ იქნა სისტემა ინტრავენური ინფუზიისათვის და მოიძებნა საინექციო ადგილი ვერტიკალური ინფრაკლავიკულური ბლოკადის (ვიბ) განსახორციელებლად (შუა წერტილი აკრომიონის ვენტრალურ აპოფიზსა და საუღლე ამონაჭდევის შემაერთებელ ხაზზე)   
კანის ასეპტიური დამუშავების შემდგომ გაკეთდა ადგილობრივი ანესთეზია 25G ნემსით (Sol. Lidocaini 1% 4.0), რის შემდეგაც ნეიროსტიმულატორის (Stimuplex S, BBraun, Germany) და სტიმულაციური ნემსის (Contiplex D 55mm, 18G BBraun, Germany) მეშვეობით მოიძებნა მხრის წნული. სტიმულაციური ნემსი შეყვანილ იქნა უშუალოდ ლავიწთან ახლოს, პერპენდიკულარულად. თავდაპირველად გამოყენებულ იქნა 2ჰც სიხშირის 2 მა დენი ძალის იმპულსი. თითების ფლექსორების სტიმულაციის შემდგომ დენის ძალა შემცირებულ იქნა 0.3მა-მდე, რაც ითვლება ოპტიმალურად სტიმულაციური ნემსის პერინევრული მდებარეობის განსაზღვრისათვის   
ფრაქციულად, ყოველი 5მლ. ინექციის შემდგომ ასპირაციული ტესტის გამოყენებით, შეყვანილ იქნა Sol. Lidocaini 1% 20.0, რის შემდგომაც ამოღებულ იქნა სტიმულაციური ნემსი და ინტროდიუსერის მეშვეობით შეყვანილ იქნა Sol. Bupivacaini 0.5% 20მლ. ამის შემდგომ ინტროდიუსერის წვერიდან 3სმ. სიღრმეზე ჩადგმულ იქნა კათეტერი, რომელიც ფიქსირებულ იქნა კანზე სტერილური დოლბანდისა და პლასტირის მეშვეობით. შეყვანილ იქნა ფიზიოლოგიური ხსნარი 2მლ, რითაც შემოწმდა კათეტერის ფუნქციონირება. მხრის დისტალურ ნახევარსა, წინამხრისა და ხელის მტევნის არეში სრული სენსორო-მოტორული ანესთეზია (კიდურის უმოძრაობა, ტკივილის არ არსებობა ჩხვლეტისას) განვითარდა ინექციიდან 15წთ-ს შემდეგ. ავადმყოფს ინტრავენურად გაუკეთდა Sol. Dormicum 0.1მგ/კგ და ჩატარდა დაგეგმილი ოპერაცია. დორმიკუმის ინექციის შედეგად ოპერაციის განმავლობაში ავადმყოფს ეძინა მშვიდად, სუნთქვა და ჰემოდინამიკა იყო სტაბილური. ამოკვეთილ იქნა 8x8სმ ზომის წყლულოვანი ქსოვილი ქვეშმდებარე კუნთის ფასციასთან ერთად   
წინამხრის არეში არსებული დეფექტი დაიფარა მუცლის წინა კედლიდან აღებული თავისუფალი ტრანსპლანტატის გამოყენებით   
ერთჯერადად შეყვანილი ანესთეტიკის მოქმედების ხანგრძლივობამ შეადგინა 8 სთ., რის შემდგომაც კათეტერის მეშვეობით კეთდებოდა Sol. Bupivacaini 0.25% 10.0 ინექცია ბოლუსურად 6 სთ-ში ერთხელ. პაციენტს არ ჰქონია ტკივილები, ნაოპერაციევ კიდურზე აღინიშნა მიკროცირკულაციის გაუმჯობესება, ხოლო სუბიექტურად - სითბოს შეგრძნება. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა სტაბილურად, პერინევრული კათეტერი ამოღებულ იქნა ოპერაციიდან მესამე დღეს. ტრანსპლანტატი შეხორცდა პირველადად, ავადმყოფი კლინიკიდან გაწერილ იქნა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

**განსჯა**  
ანესთეზიოლოგიურ პრაქტიკაში რეგიონული ანეს­თეზია ფართოდ გამოიყენება როგორც დამო­უ­კიდებლად, ისე – ზოგად ანესთეზიასთან ერ­თად. ნაჩვენებია, რომ მისი მეშვეობით პერიოპერაციული ავადობა მცირდება, უმჯობესდება მკურნალობის გამოსავალი.1 რეგიონული ანესთეზიის ერთ-ერთი სახეობაა განგრძობითი პერიფერიული ნერვული ბლოკადა (გპნბ). მისი მეშვეობით მიიღწევა ისეთივე ანალგეზია, როგორიც - ნეიროაქსიული (ეპიდურული, სპინალური) ბლოკადის დროს.6 ამავე დროს, გპნბ-ს ახასიათებს სპეციფიური ლოკალური მოქმედება და არ ახასიათებს ნეიროაქსიული ბლოკადისათვის დამახასიათებელი ისეთი მოვლენები, როგორიცაა ჰიპოტენზია, ბრადიკარდია, შარდის შეკავება, მისი გამოყენება შესაძლებელია როგორც სტაციონარული, ისე – ამბულატორიული მკურნალობის დროს, იძლევა ავადმყოფების ადრეული გააქტიურების შესაძლებლობას.5 ქიმიური სიმპათექტომია, რაც მიიღწევა გპნბ-ით, იდეალურია მიკროსისხლძარღვოვანი ოპერაციების, რეიმპლანტაციისა და თავისუფალი ტრანსპლანტატის გადანერგვის პროცედურებისათვის.9 ეს მეთოდი ასევე გამოიყენება ქრონიკული ტკივილის სინდრომების მკურნალობისათვის და პალიატიური მიზნით - ტერმინალური დაავადებების დროს.2  
ქვედა კიდურებზე ოპერაციების დროს ზოგადი ანესთეზიის ალტერნატივას წარმოადგენს როგორც ნეიროაქსიული, ისე - გპნბ, ხოლო ზედა კიდურებზე ოპერაციების დროს ერთადერთი ალტერნატივა არის გპნბ. ჩვენს შემთხვევაში, მისი გამოყენებით, გარდა ოპერაციის შედარებით ნაკლები რისკით ჩატარებისა, უკეთესი პირობები შეიქმნა პოსტოპერაციული გაუტკივარებისა და ტრანსპლანტატის შეხორცებისათვის. მხრის წნულის ბლოკადის სხვა მეთოდებთან (ინტერსკალენური, სუპრაკლავიკულური, იღლიის) შედარებით მხრის დისტალურ ნახევარსა, წინა მხარსა და თითებზე ოპერაციების დროს უპირატესობა ენიჭება ვიბ-ს. ეს განპირობებულია იმით, რომ ამ რეგიონში ნერვული წნული ყველაზე კომპაქტურადაა განლაგებული, მეთოდიკა უსაფრთხოა ინტერსკალენურ და სუპრაკლავიკულურ ბლოკადებთან შედარებით (პნევმოთორაქსის, ჰორნერის სინდრომის, დიაფრაგმის ნერვის პარეზის განვითარების გაცილებით ნაკლები რისკი).4,8 ამასთანავე, ვიბ დროს, იღლიისმხრივი ბლოკადისაგან განსხვავებით, არ წარმოიშობა დამატებითი ბლოკადის (nn. Musculocutaneus, radialis) განხორციელების საჭიროება.3,7 ჩვენს შემთხვევაში განგრძობითი ვიბ-ის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა როგორც ოპერაციის წარმოება, ისე – პოსტოპერაციული პერიოდის სტაბილურად წარმართვა და ტრანსპლანტატის შეხორცებისათვის ოპტიმალური პირობების შექმნა (ქიმიური სიმპათექტომიისა და შესაბამისად, დაავადებულ კიდურში სისხლის ცირკულაცის გაუმჯობესების შედეგად). ოპერაციიდან მესამე დღეს ტკივილების არ არსებობისა და ტრანსპლანტატის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის გამო, მიზანშეწონილად ჩაითვალა კათეტერის ამოღება. განგრძობითი ვიბ წარმოადგენს ანესთეზიის არჩევით მეთოდს მხრის დისტალურ ნახევარსა, წინამხარსა და თითებზე ოპერაციების წარმოების დროს და იგი პერიფერიული ნერვების ბლოკადის სხვა მეთოდებთან ერთად, ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული როგორც ქირურგიულ პრაქტიკაში, ისე – ქრონიკული ტკივილის სინდრომების მკურნალობის დროს.