

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СЕЛЕКТИВНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Насриев С.А.¹, Хамдамова Э.Г.², Маллаев С.С.³, Акрамов Б.Р.⁴, Пардаев Ш.К.⁵

¹Насриев Сухроб Ашурович – магистрант;

²Хамдамова Элеонора Гаффаровна – старший ассистент;

³Маллаев Сурад Саъдуллаевич – ассистент;

⁴Акрамов Баходир Рахмонович – ассистент;

⁵Пардаев Шужур Куйлиевич – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: седельная спинальная анестезия (СА) является один из вариантов селективной спинальной анестезии используемые в проктологической практике. В исследование были включены 28 больных, которым были выполнены различные операции в аноректальной области. В зависимости от проводимого вида анестезии больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе основная 14 больным проводили седельную СА 7,5 мг Лонгокаином Хеви, во 2-й группе контрольная 14 больным проводили традиционную СА 15 мг Лонгокаином. Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех больных отмечалось достоверное повышение АД и ЧСС. У 10 (71,4%) больных из контрольной группы, несмотря на предоперационную инфузионную терапию кристаллоидами, АД и ЧСС снизилось до 15%, а у 4-х (28,6%) больных до 30 % от исходного (пришлось использовать симпатомиметик – мезатон в дозе 0,15-4 мкг/кг/мин), а у основной группы клинически значимые изменения гемодинамики (снижение АД до 5%) не наблюдались.

Ключевые слова: Спинальная анестезия, седельная, традиционная, гипербарический раствор, изобарический раствор.

Введение: Снижение артериального давления является одним из нежелательных проявлений спинальной блокады, приводя к гипотензии в 20-80% случаев [1]. Высокая степень риска гипотензии, низкая управляемость высотой спинального блока привела к модификации традиционной спинальной анестезии (СА) с целью повышения ее предсказуемости и управляемости [4]. «Spinal saddle block» был впервые описан R. Parmley и J. Adriani в 1946 году и очень быстро получил широкое распространение в анестезиологической практике во всем мире [3]. Седельная спинальная анестезия подразумевает возможность блокады спинномозговых нервов только в нижнем сегменте, при этом уменьшаются неблагоприятные гемодинамические эффекты, снижается доза местного анестетика (МА) [5]. Использование малых доз МА способствует быстрому восстановлению сенсорно-моторного блока, низкой частоте задержек мочеиспускания, сохранение движений конечностей, что служит основанием для выполнения седельной СА [2].

Цель работы: Сравнительная гемодинамическая оценка седельной и традиционной СА при проктологических операциях.

Материалы и методы исследования: В отделении проктологии 1 клиники СамМИ в исследование были включены 28 больных (12 мужчин и 16 женщин) в возрасте 23-58 лет, которым были выполнены различные операции в аноректальной области. Распределение пациентов по полу, возрасту, сопутствующей патологии и по степени анестезиологического риска межгрупповых различий не имело места. Всем пациентам проводили стандартную премедикацию 30-40 минут до проведения анестезии. В зависимости от проводимого вида анестезии больные были разделены на 2 группы: Пациентам 1-группы (n=14) проводили седельную СА. Пункцию субарахноидального пространства осуществляли в положении пациента сидя на уровне VL_{II-III, III-IV}. В качестве анестетика использовали 7,5мг гипербарический раствор бупивакаина (Лонгокаина Хеви, «Юрия-Фарм», Украина). Анестетик вводили медленно со скоростью примерно 1 мл/мин для обеспечения селективности его действия. После введения раствора анестетика пациент оставался в положении сидя в течение 15 мин. Затем больному дали операционную позу. Пациентам 2-группы (n=14) проводили традиционную СА 15мг 0,5% изобарическим раствором бупивакаина (Лонгокаина «Юрия-Фарм», Украина). Во всех случаях использовали атравматические иглы калибра 25 G, типа «pencil point» (производства Берлин-Германия). Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick». Эффективность обезболивания оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Показатели периферической гемодинамики оценивали неинвазивными измерениями АД средний и ЧСС (монитор МПР6-03-«Тритон», Россия). Исследования проводились в 4 этапа: 1-й этап – исходный за 30 мин до операции, 2-й этап – перед кожным разрезом, 3-й этап – наиболее травматичный момент операции, 4-й этап – через 120 мин после операции. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли критерием Стьюдента с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты: Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех больных отмечалось достоверное повышение АД и ЧСС. У 10 (71,4%) больных из контрольной группы, несмотря на предоперационную инфузионную терапию кристаллоидами АД и ЧСС снизилось до 15%, а у 4-х (28,6%) больных до 30 % от исходного (пришлось использовать симпатомиметик – мезатон в дозе 0,15-4 мкг/кг/мин), а у основной группы клинически-значимые изменения гемодинамики (снижение АД до 5%) не наблюдались (Таблица-1.).

Таблица 1. Межгрупповые изменение гемодинамические показатели на этапах анестезии(М±m)

Показатели	Группы	Этапы исследования			
		I-этап	II-этап	III-этап	IV-этап
ЧСС (в мин)	1-я	83,6±4,6	81,1±6,5	78,7±5,5	81,3±6,4
	2-я	83,2±5,2	67,4±7,3*	66,4±5,3*	76,1±6,7
АДср(мм рт ст)	1-я	97,7±11,5	95,4±11,2	94,1±10,2	96,2±7,6
	2-я	98,0±11,8	83,5±11,4*	81,2±11,6*	85,3±8,6

Примечание: *- достоверность различий (p<0,05) сравнение между исследуемыми группами.

В ходе исследования обратил на себя внимание тот факт, что в обеих группах боли не ощущал ни один пациент (по ВАШ 0-4мм, 0 балл). Максимальный уровень сенсорного блока в 1-группе достигало до S3-4, а в 2-группе достигало до Th9 и выше. Это утверждает, что чем выше уровень сенсорного блока, тем больше гемодинамические сдвиги (риск брадикардии и артериальной гипотензии).

Вывод: Таким образом, при проктологических операциях седельная СА гипербарическим раствором бупивакаина (Лонгокаина Хеви) обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии, отсутствие значительной фармакологической нагрузки на больного, а также наблюдается гладкое течение послеоперационного периода и при этой методике низкая доза местного анестетика снижает риск их побочных действий. Седельная СА является самым безопасным и эффективным заменяемым видом анестезии по сравнению с традиционной СА при проктологических операциях.

Список литературы

1. *Корячкин В.А.* Нейроаксиальные блокады / В.А. Корячкин. СПб.: ЭЛБИ, 2013. 544 с.
2. *Лахин Р.Е.* Оценка дозозависимого характера седельного блока/ Р.Е. Лахин, А.В. Щеголев, В.А. Панов// Регионарная анестезия и лечение острой боли 2014. Том VIII. №4. С. 36–40.
3. *Лахин Р.Е.* «Селективная спинальная анестезия у больных, раненых и пострадавших»// Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. Санкт-Петербург 2015. С. 163-165.
4. *Forster J.G.* Short-acting spinal anesthesia in the ambulatory setting./ J.G. Forster // Curr. Opin. Anaesthesiol. 2014. Vol. 27, № 6. P. 597–604.
5. *Gebhardt V., Herold A., Weiss C., Samakas A., Schmittner M.D.* Dosage finding for low-dose spinal anaesthesia using hyperbaric prilocaine in patients undergoing perianal outpatient surgery. ActaAnaesthesiol Scand. 2013 Feb; 57(2): P. 249–256.