

Анестезиолого-реанимационная помощь

ID: 2013-03-4-A-2063

Краткое сообщение

Долинко Н.А., Балакирева Т.В.

Практический опыт применения эпидуральной и спинальной анестезии при одномоментных аденомэктомиях

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи**Научный руководитель: к.м.н., доц. Насекин В.А.*

Резюме

В статье представлены материалы по особенностям использования эпидуральной и спинальной анестезии при одномоментных аденомэктомиях.

Ключевые слова: эпидуральная анестезия, спинальная анестезия, аденомэктомия

Актуальность

Стремительный прогресс хирургии в значительной мере меняет классические представления об операционном риске и травматичности хирургических вмешательств. По этой причине требует пересмотра и тактика анестезиологических пособий при урологических операциях. В статье представлен накопленный нами опыт использования эпидуральной и спинальной анестезии при одномоментных аденомэктомиях.

Интересно отметить, что перидуральное введение морфина в комбинации с местным анестетиком перед операцией вызывает адекватную анестезию (хороший сенсорный и моторный блок, достаточное расслабление наружного сфинктера прямой кишки, эмоциональная стабильность пациента), снижает интенсивность послеоперационной боли в сочетании с уменьшением дозы опиоидов в послеоперационном периоде.

Цель. Сравнение качества течения спинальной и эпидуральной анестезии, достигнутых введением местного анестетика в одних случаях и комбинацией местного анестетика и наркотического анальгетика в другом.

Материалы и методы

Исследования проводились проспективно. Все пациенты были разделены на три группы по 15 человек. Основной контингент оперируемых больных – пожилые мужчины (средний возраст 67 ± 5 лет) с целым рядом сопутствующих заболеваний. Оценку физического статуса проводили по классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA), она варьировала от II (87%) до III (13%) класса.

Первой группе осуществлялась спинальная анестезия срединным доступом спинальной иглой «Spinokan» G22 на уровне L1-L2, интратекально вводилось 80 мг 2%-ого раствора лидокаина.

Второй и третьей группе осуществлялась эпидуральная анестезия срединным доступом с использованием иглы Tuohi и набора для катетеризации перидурального пространства «Perifix» на уровне L2-L3, катетер вводился краниально на 4 см. В перидуральное пространство вводилось 280-400 мг 2%-ого раствора лидокаина во второй группе и 80 мг 2%-ого раствора лидокаина и 5 мг 1%-ого раствора морфина в третьей.

Пациентам с тяжёлой кардиальной патологией осуществлялась инспираторная поддержка маской с ингаляцией 50% O₂.

Глубину моторного и сенсорного блока оценивали по шкале Bromage и вербальной ранговой шкале соответственно.

Согласно шкале Bromage моторная блокада определялась следующим образом:

- 0 баллов – больной может поднять и удерживать выпрямленную в коленном суставе ногу;
- 1 балл – больной может поднять и удерживать только согнутую в коленном суставе ногу;
- 2 балла – больной не может поднять ногу, однако сгибание в тазобедренном и коленном суставах возможны;
- 3 балла – больной может осуществлять движение только в голеностопном и первом плюсне-фаланговом суставах;
- 4 балла – движения в нижних конечностях не возможны.

Степень выраженности сенсорного блока и болевого синдрома в ранний послеоперационный период оценивалась субъективно. Вербальная ранговая шкала состоит из набора слов, характеризующих интенсивность болевых ощущений. Слова выстраиваются в ряд, отражающий степень нарастания боли, и последовательно нумеруются от меньшей тяжести к большей. Мы использовали следующий ряд дескрипторов: боли нет (0), слабая боль (1), умеренная боль (2), сильная боль (3), очень сильная (4) и нестерпимая (невыносимая) боль (5). Пациент выбирает слово, наиболее точно соответствующее его ощущениям. Шкала проста в использовании, адекватно отражает интенсивность боли у пациента и может быть использована для контроля за эффективностью обезболивания.

Психо-эмоциональная сфера пациента оценивалась по предложенной нами шкале:

- 0 баллов – спокоен, уравновешен, не ощущает страха и психо-эмоционального дискомфорта;
- 1 балл – есть небольшое волнение, беспокойство, страх ощущения боли;
- 2 балла – крайне взволнован, напряжён, испытывает сильный страх, не в силах контролировать свои эмоции.

Результаты

Таблица

Клинические характеристики	Спинальная анестезия (лидокаин)	Перидуральная анестезия (лидокаин)	Перидуральная анестезия (лидокаин+морфин)
Моторный блок (по шкале Bromage)	2-3 балла	1-2 балла	4 балла
Сенсорный блок	1 балл	1 балл	0 баллов
Необходимость интраоперационного введения спазмолитиков	+	++	-
Эмоциональная сфера пациента во время оперативного вмешательства	1 балл	1-2 балла	0 баллов
Управляемость	+	+++	-/+
Продолжительность анестезии	50-70 минут	40-50 минут	420-960 минут
Потребность в наркотических анальгетиках в ранний послеоперационный период	++	+	-
Возможность продлённой регионарной анестезии в ранний послеоперационный период	-	+	+
Средний койко-день пациента	8-10	8-10	6-7
Наличие нежелательных гемодинамических эффектов (гипотония, брадикардия)	8%	10%	2%
Кожный зуд	0%	0%	10%

Выводы

1. Эпидуральная анестезия с сочетанным применением лидокаина и морфина в приведённых выше дозах является достаточно эффективным и надёжным методом обезболивания при выполнении одномоментных аденомэктомий. Она обеспечивает анальгезию, развивающуюся в течение 15 минут и продолжающуюся от 420 до 960 минут, и не требующую дополнительного введения спазмолитиков и наркотических анальгетиков в периоперационный период.

2. В подавляющем большинстве случаев (94%) эпидуральная анестезия, сопровождающаяся введением морфина, протекала без брадикардии и артериальной гипотензии, требовавших применения холиноблокаторов и вазопрессоров соответственно.

3. Добавление наркотических анальгетиков (морфина) паратекально также существенно улучшает течение раннего послеоперационного периода, способствует ранней активизации и быстрой реабилитации пациентов (средний койко-день таких пациентов уменьшается на 2е - 3е суток).

Литература

1. Морган Дж.Э., Михаил М.С. Клиническая анестезиология: кн. 2-я: пер. с англ. М., СПб.: Бином – Невский Диалект, 2000.
2. Калви Т.Н., Уильямс Н.Е. Фармакология для анестезиолога: пер. с англ. М.: Бином, 2007.
3. Журнал «Медицина неотложных состояний» №4 (17), 2008 г. А.М. Овечкин, С.А. Осипов, «Осложнения спинальной анестезии: факторы риска, профилактика и лечение», Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва.