

ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕДЕЛЬНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

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

¹Насриев Сухроб Ашурович – магистрант;

²Хамдамова Элеонора Гаффаровна – старший ассистент;

³Маллаев Сурад Саъдуллаевич – ассистент;

⁴Пардаев Шукур Куйлиевич – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в зависимости от проводимого вида анестезии больные были разделены на 2 группы: Пациентам 1-группы (n=12) проводили седельную СА. Пациентам 2-группы (n=12) проводили традиционную СА 15мг 0,5% Лонгокаина. У 9 (75%) больных из контрольной группы, несмотря на предоперационную инфузионную терапию кристаллоидами АД и ЧСС снизилось на 15%, а у 3-х (25%) больных на 30 % от исходного, а в основной группе клинически-значимые изменения гемодинамики (снижение АД на 5% от исходного) не наблюдались.

Ключевые слова: Седельная спинальная анестезия, спинальная анестезия, сенсомоторная блока, блокада спинномозговых нервов.

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 [3]. Седельная спинальная анестезия подразумевает возможность блокады спинномозговых нервов только в нижнем сегменте, при этом уменьшаются неблагоприятные гемодинамические эффекты, снижается доза местного анестетика (МА) [4]. Использование малых доз МА способствует быстрому восстановлению сенсомоторного блока, низкой частоте задержек мочеиспускания, сохранение движений конечностей, что служит основанием для выполнения седельной СА [2].

Цель работы: Гемодинамическая оценка седельной и традиционной спинальной анестезии при проктологических операциях.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 24 больных (10 мужчин и 14 женщин) в возрасте 23-58 лет. Всем пациентам проводили стандартную премедикацию за 30-40 минут до проведения анестезии. В зависимости от проводимого вида анестезии больные были разделены на 2 группы: Пациентам 1-ой группы (n=12) проводили седельную СА. Пункцию субарахноидального пространства осуществляли в положении пациента сидя на уровне VL_{III-IV}. В качестве анестетика использовали 0,5%-й раствор Лонгокаина Хеви 7,5мг. Во всех случаях 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 придавали операционную позу. Пациентам 2-ой группы (n=12) проводили традиционную СА 0,5% Лонгокаина 15мг. Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick». Эффективность обезболивания оценивали по визуально-аналоговой шкале. Показатели периферической гемодинамики оценивали неинвазивными измерениями АД и ЧСС (монитор МПР6-03-“Тритон”, Россия). Исследования проводились в 4-х этапах: 1-й этап – исходный за 30 мин до операции, 2-й этап – перед кожным разрезом, 3-й этап – наиболее травматичный момент операции, 4-ый этап – через 2 часа после операции. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли по критерии 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.

Таблица 1. Межгрупповые изменения гемодинамических показателей на этапах анестезии (M±m)

Показатели	Группы	Этапы исследования			
		I-этап	II-этап	III-этап	IV-этап
ЧСС (в мин)	1-я	84±4,6	80±6,4	79±5,4	81±6,7
	2-я	83±5,2	68±7,2*	66±5,6*	76±6,9
АДср(мм рт ст)	1-я	97,6±11,6	95,3±11,3	94,4±10,7	96,7±7,8
	2-я	98,2±12,0	83,6±11,6*	81,4±11,8*	85,3±8,4

Примечание: * — статистически значимые различия значений между группами, p<0,05.

У 9 (75%) больных из второй группы, несмотря на интраоперационную инфузионную терапию кристаллоидами АД и ЧСС снизилось на 15%, а у 3-х (25%) больных на 30 % от исходного (пришлось использовать симпатомиметик – мезатон в дозе 0,15-4 мкг/кг/мин), а в основной группе клинически-значимые изменения гемодинамики (снижение АД на 5% от исходного) не наблюдались.

Вывод: Таким образом, при проктологических операциях седельная СА гипербарическим раствором Лонгокаин Хеви обеспечивает гладкое течение анестезии, надежно защищает организм больных от хирургической агрессии и применение низкой дозы местного анестетика снизить риск побочных эффектов. Седельная СА является у таких больных наиболее безопасным и эффективным способом анестезии по сравнению с традиционной СА при проктологических операциях.

Список литературы

1. *Корячкин В.А.* Нейроаксиальные блокады. СПб.: ЭЛБИ, 2013. 544 с.
2. *Лахин Р.Е., Щеголев А.В., Панов В.А.* Оценка дозозависимого характера седельного блока // Регионарная анестезия и лечение острой боли, 2014. Том VIII. №4. С. 36–40.
3. *Forster J.G.* Short-acting spinal anesthesia in the ambulatory setting// Curr. Opin. Anaesthesiol. 2014. Vol. 27. № 6. P. 597–604.
4. *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.