



«Опыт применения седловидной анестезии в оперативном лечении геморроя»

*Кохан Аркадий Миронович,
анестезиолог*

Хочу сразу оговориться, что общее обезболивание для процедуры HAL-RAR не является облигатным. Сами авторы методики лигирования геморроидальных артерий прямо об этом заявляют в рекомендациях по пособию, доказывая этим экономичность и простоту предложенного ими вмешательства, однако, отдавая должное справедливости их слов, следует помнить о том, в какой части тела проводится операция.

Неудобное положение на столе, стеснительность лиц обоего пола, тонус сфинктера, создающий сопротивление вводимому датчику, нежелание присутствовать на собственной операции - всё это заставляет пациента, пусть даже обезболенного локально, переживать эмоции, по отрицательному воздействию сравнимые с сильной болью. Потому, учитывая наш опыт проведения HAL-RAR вмешательств, мы считаем, что пациенту показано хотя бы минимальное анестезиологическое пособие в виде медикаментозной седации.

Кроме того, следует учитывать возможные осложнения во время выполнения местной анестезии: гематомы на местах перианального ввода анестетика, которые сами по себе требуют послеоперационного обезболивания.

При выборе методики анестезиологического пособия, нами рассматривалось три его вида:

1. Глубокая медикаментозная седация в сочетании с местной анестезией
2. Эндотрахеальный наркоз
3. Регионарная анестезия (интратекальная или эпидуральная).

Учитывая условия проведения вмешательства и постоперационного содержания пациента (дневной стационар) нами был выбран первый метод, как наименее агрессивный, что было рассмотрено в предыдущей статье. С течением времени условия постоперационного содержания и наблюдения пациента прогрессировали и мы сочли возможным для себя применение медикаментозной седации с вариантом интратекальной анестезии – «седловидной» анестезией. Первое упоминание о ней найдено мною в переводной монографии Ж. Мейер-Мея «Современное обезболивание в хирургии» под редакцией профессора Ю. Ю. Джанелидзе Медгиз Москва 1948 год:

«Анестезия промежности. В этих случаях люмбальная пункция делается больному, находящемуся в сидячем положении с согнутыми коленями и пятками, подтянутыми к ягодичным областям, в то время как руки обхватывают лодыжки. После этого медленно вводят 1 см³ вышеописанного раствора перкаина 1 :200 в глюкозе. Через 5 минут больного кладут на спину, слегка приподнимая голову и плечи, для чего подкладывают подушку. Таким путем получают седловидную анестезию, почти не захватывающую нижних конечностей особенно их двигательную функцию».

Минимально необходимое оборудование для проведения пособия:

1. Дыхательная аппаратура.
2. Набор для интубации трахеи.

3. Воздуховоды и ларингеальные маски.
4. Катетеры для периферических и центральных вен.
5. Хирургический отсасыватель и набор катетеров для отсасывания
6. Системы для капельного введения препаратов.
7. Шприцы.
8. Липкие повязки для фиксации внутривенных катетеров.
9. Анестезиологический монитор.
10. Набор инструментов для спинальной анестезии.
11. Местный анестетик
12. Спинальный анестетик гипербарический по отношению к спинномозговой жидкости.

Лекарственные препараты:

1. Стандартный набор препаратов на случай возникновения анафилаксии и гипотонии.
2. Седативные препараты.
3. Местный анестетик
4. Спинальный анестетик гипербарический по отношению к спинномозговой жидкости

Премедикация:

антигистаминными и ненаркотическими анальгетиками (последние вводятся для купирования постоперационных болей). С целью седации мы назначаем 1 мг феназепама сублингвально.

Пациент поступает в операционную пешком в сопровождении медсестры.

В положении пациента лёжа на спине, ему катетеризируется периферическая вена, накладываются датчики монитора, после чего пациент усаживается в положение для спинальной пункции. После антисептической обработки кожи в месте предполагаемого укола, проводится локальное обезболивание места пункции (как правило, это межкостистые промежутки позвоночного столба L₂ - L₃, хотя существенного значения это не имеет, так как гипербарический препарат перемещается под действием силы тяжести в нижний конец дурального мешка.) 2 мл 2% раствора Лидокаина. После этого пунктируется спинальное пространство интратекальной иглой 27 G и вводится 1 мл 0,5% раствора Маркаина Спинал Хэви.

В большинстве случаев, уже в момент введения анестетика, пациент определяет ощущение тепла в области промежности и ягодицах. После извлечения иглы на место пункции накладывается асептическая наклейка и пациент в течении 10 минут находится в положении сидя, после чего укладывается в литотомическое положение.

В процессе операции пациентам, как правило, не вводятся седативные препараты, так как премедикация феназепамом достаточна для седации пациента во время операции. При необходимости можно добавить мидазолам или пропофол внутривенно исходя из клинической ситуации.

По окончании операции пациент самостоятельно переходит с операционного стола на кресло-каталку, так как движения в нижних конечностях присутствуют, самостоятельно переходит с неё на кровать в палате.

Незначительным недостатком методики является возникающая у некоторых пациентов вазовагальная реакция на проведение местной анестезии лидокаином, которая легко купируется приданием горизонтального положения пациенту, ускорением внутривенной инфузии и вдыханием паров аммиака.

Преимущества его заключаются в:

- практическом отсутствии противопоказаний,
- лёгкой доступности необходимых препаратов,
- простоте выполнения, не требующей наличия помощников у анестезиолога,
- хорошей эффективности,
- послеоперационном обезболивании 3 – 4 часа,
- быстрой социальной адаптации пациента.

Инtrateкальная анестезия промежности (седловидная анестезия) может быть рекомендована для проведения в условиях дневного стационара не только процедуры HAL-RAR, но и при других амбулаторных хирургических вмешательствах в области промежности, половых органов и ануса.

А.М. Кохан, март 2011.