

## Опыт использования спинальной анестезии при проведении операций на аноректальной области в амбулаторной клинике

В.Э.ДУБРОВ, В.А.ВЕРЕДЧЕНКО, А.В.КУКТЕНКО, А.М.КОХАН

### Experience in using of spinal anesthesia in operations on the anorectal region in ambulatory clinic

V.E.DUBROV, V.A.VEREDCHENKO, A.V.KUKTENKO, A.M.KOHAN

Тэлла ОН-Клиник, Одинцово

Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова

Отделенческая больница на станции Тула ОАО «РЖД»

За последние годы все большее распространение получают приоритетные направления развития здравоохранения Российской Федерации, стационарозамещающие малоинвазивные технологии [6]. В амбулаторной проктологии получили развитие малоинвазивные методики лечения различных заболеваний аноректальной области, при этом особую актуальность приобретают вопросы выбора анестезии, которая может быть применима в амбулаторных условиях.

При выполнении оперативных вмешательств в области анального канала и нижних отделах прямой кишки применяется местная анестезия как в сочетании с медикаментозной седацией, так и без нее. Однако в месте инъекций анестетика возможно образование гематом, что в послеоперационном периоде может служить дополнительным болевым источником.

Использование медикаментозной седации позволяет исключить психологический дискомфорт для пациента, однако не позволяет избежать образования гематом и добиться полной релаксации аноректальной области [4].

Продолжительность анальгетического эффекта в послеоперационном периоде при использовании местной анестезии в сочетании с медикаментозной седацией недостаточна. Мы считаем, что наиболее предпочтительна спинальная анестезия, в связи с тем, что отсутствует такое осложнение как, образование гематомы в местах перианального введения анестетика, достигаются более выраженная релаксация кишечной стенки и длительный анальгетический эффект в послеоперационном периоде [1, 2, 4].

Цель исследования – подбор оптимального метода анестезии при выполнении операций на аноректальной зоне в амбулаторной клинике.

#### Материалы и методы

В работе использованы данные наблюдений за 291 пациентом в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст  $42 \pm 9,43$  года) находившихся на лечении в ТЭЛЛА ОН Клиник Одинцово с февраля 2009 по настоящее

время, по поводу хронической анальной трещины (70 пациентов); полипов прямой кишки (50); хронического геморроя II – IV стадий (115); кожных анальных бахромок (56).

Методом случайной выборки и в зависимости от вида анестезии все пациенты были разделены на три группы, I группу составили пациенты, которым операции были выполнены под местной анестезией (параанальная, «Нойрапин» 20% 10-60 мл, в зависимости от конституции пациента и вида оперативного вмешательства) [2].

II группу составили пациенты, которым оперативное вмешательство было выполнено под местной анестезией в сочетании с медикаментозной седацией (внутривенным введением «Пропафола») [3].

В III группу вошли пациенты, которым оперативное вмешательство было выполнено с использованием спинальной анестезии (как правило, это межкостистые промежутки позвоночного столба  $L_2 - L_3$ ), в сочетании с медикаментозной седацией (внутривенным введением «Пропафола») [1-3, 11].

Пациентам, страдающим хронической анальной трещиной, выполнялось иссечение трещины с наложением гемостатического шва или с помощью радиоволнового коагулятора Surgitron. Пациентам с полипами прямой кишки – элетроэксцизия полипа радиоволновым коагулятором Surgitron. Пациентам с хроническим геморроем II – IV стадий выполнялась трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки с использованием аппарата компании А.М.И.® (Австрия) HAL RAR для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой [7-9, 12, 13, 16].

Оценка послеоперационного болевого синдрома осуществлялась на основании цифровой рейтинговой шкалы (от 0 «боли нет» до 10 «невыносимая боль»).

Для оценки анальгетического эффекта при местной и спинальной анестезии использовалась градиционная, формализованная шкала по В.Н.Цибуляку, где 1 балл - отсутствие эффекта; 2 балла – слабо выражен-

Таблица 1

Оценка болевого синдрома через 2 часа после операции по цифровой рейтинговой шкале от 0 до 10 баллов

Вид анестезии	Иссечения анальной трещины	Использованные Аппараты HAL-RAR	Электроэксцизия полипов прямой кишки	Удаление анальных бахромок
Местная анестезия	5		2	4
Местная анестезия с медикаментозной седацией	5	3		4
Спинальная анестезия с медикаментозной седацией		0		

Таблица 2

Оценка болевого синдрома через 4 часа после операции по цифровой рейтинговой шкале от 0 до 10 баллов

Вид анестезии	Иссечения анальной трещины	Использованные аппараты HAL-RAR	Электроэксцизия полипов прямой кишки	Удаление анальных бахромок
Местная анестезия	7		2	7
Местная анестезия с медикаментозной седацией	7	7		7
Спинальная анестезия с медикаментозной седацией		5		

ный эффект; 3 балла - хорошо выраженный эффект, сохранены только тактильные ощущения; 4 балла - полное отсутствие всех видов чувствительности. Для обработки данных использовалась программа SPSS 15.0 for Windows.

### Результаты и их обсуждение

Поскольку интенсивность и продолжительность боли у каждого пациента различны и оцениваются субъективно, оценка ее проводилась на основании среднего значения.

При оценке анальгетического эффекта по В.Н. Цибуляку были получены следующие данные. В I и II группах достоверных различий не было и средний бал составил – 3 , а в III группе – 4 балла, что свидетельствует о полном отсутствии чувствительности.

Нами отмечено, что при использовании местной анестезии, как в сочетании с медикаментозной седацией так и без нее, пациенты реагировали на медицинские манипуляции путем непроизвольного сокращения анального сфинктера. В III группе больных, где чувствительность полностью отсутствовала, вышеописанной реакции в ответ на раздражение не отмечалось.

Применение исключительно местной анестезии не дает возможности хорошего расслабления аноректальной зоны, а так же нельзя исключить психологический дискомфорт для пациента.

Таким образом, при сочетании местной анестезии с медикаментозной седацией исключается психологический дискомфорт для пациента, однако не удается достичь хорошей релаксации аноректальной области. Применение спинальной анестезии в сочетании с медикаментозной седацией позволяет достичь хорошей анальгезии, качественной релаксации кишечной стен-

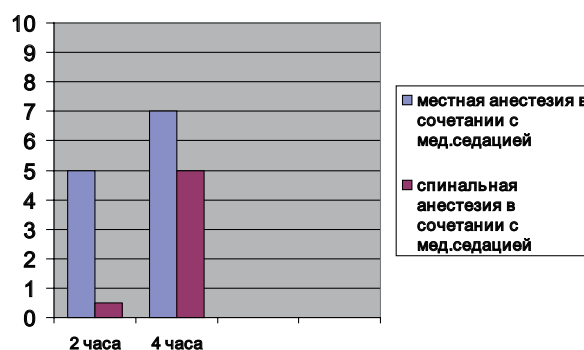


Рис 1. Выраженность болевого синдрома после операции по цифровой рейтинговой шкале при использовании аппарата HAL-RAR в баллах.

ки и так же исключает психологический дискомфорт для пациента. Немаловажным преимуществом является получение более длительного анальгетического эффекта в послеоперационном периоде; в среднем он составил 4 – 6 часов, в отличие от местной анестезии в сочетании с медикаментозной седацией - в среднем, 2 часа (рис. 1). Осложнений при проведении спинальной анестезии в сочетании с медикаментозной седацией не наблюдалось.

### Выводы

Исходя из проведенного нами анализа и опыта проведенных операций, считаем, что спинальная анестезия может быть применима в амбулаторной клинике так как: достигается хороший анальгетический эффект; отмечается качественная релаксация аноректальной зоны; отсутствует психологический дискомфорт для пациента; имеет местодлительный анальгетический эффект в послеоперационном периоде.

## Список литературы

1. Аллабергенов А.Х., Бабаджанов Б.Р. Эпидурально-сакральная анестезия в проктологии. *Анестезиология и реаниматология*. 1983. 1: 66-67.
2. Акунц К.Б. Регионарное обезболивание. М.: Триада-Х. 2003; 120.
3. Барабой В.А., Барабой В.В. Пропофол – новый высокоэффективный внутривенный анестетик. *Врачебное дело*. 2002; 7: 107-111.
4. Блюмин И.И. Новокаиновые блокады в амбулаториях и поликлиниках, Куйбышев. 1965.
5. Воробьев Г.И., Дульцев Ю.В., Зайцев В.Г. Организационные аспекты амбулаторной хирургической помощи проктологическим больным. Актуальные проблемы проктологии: Тез. докл. Всерос. конф. СПб. 1993; 5-8.
6. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Андреев Ю.В. Перспективы стационарозамещающих технологий в хирургии. *Амбулаторная хирургия*. 2007; 4: 79-80.
7. Загрядский Е.А., Горелов С.И. Трансанальная доплерографируемая дезартеризация в сочетании с мукопексией слизистой и закрытая геморроидэктомия в лечении геморроя III-IV стадии. *Колопроктология*. 2010; 2: 32: 8-14.
8. Загрядский Е.А. Опыт лечения хронического геморроя методом шовного лигирования геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии. *Колопроктология*. 2005; 1: 11: 20-26.
9. Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии. Автореф. Дис...канд. мед. наук. 2002; 125.
10. Лихванцев В.В., Большедворов Р.В., Чеканова Е.Г. Безопасный регламент сокращённого операционного обследования пациента в клинике одного дня. *Вестник интенсивной терапии*. 2010; 1: 59-63.
11. Erdman AG. Concise Anatomy for Anaesthesia. Sacral plexus, the autonomic nervous system. London: Greenwich Medical Media. 2002; 56, 59, 70-75.
12. Greenberg R., Karin E., Avital S., Skornick Y., Werbin N. First 100 cases with Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Dis Colon Rectum*. 2006; 49: 485-489.
13. Morinaga K., Yasuda K., Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligations of the hemorrhoidal artery with newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flow meter. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90: 610-613.
14. Read T.E., Henry S.E., Hovis R.M., Fleshman J.W., Birnbaum E.H., Caushaj P.F., Kodner I.J. Prospective evaluation of anesthetic technique for anorectal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2002; 5: 11: 1553-1560.
15. Li S., Coloma M., White P.F., Watcha M.F., Chiu J.W., Li H., Huber P.J. Comparison of the costs and recovery profiles of three anesthetic techniques for ambulatory anorectal surgery. *Anesthesiology*. 2000; 93: 5: 1225-1230.
16. Walega P., Scheyer M., Kenig J., Herman R.M., Arnold S., Nowak M., Cegielnny T. Two-center experience in the treatment of hemorrhoidal disease using Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: functional results after 1-year follow-up. *Surg Endosc*. 2008; 22: 2379-2383.

Поступила 16.10.2011 г.

## Информация об авторах

1. Дубров Вадим Эрикович – д.м.н., проф., зав.кафедрой общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. Ломоносова.
2. Вередченко Виктор Александрович – д.м.н., доц. кафедры общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. Ломоносова Тэлла ОН-Клиник, г. Одинцово; e-mail: viktor-veredchenko@yandex.ru
3. Куктенко Алексей Владимирович – врач Отделенческой больницы на станции Тула; e-mail: vidal21@yandex.ru
4. Кохан Аркадий Миронович – врач Тэлла ОН-Клиник, г. Одинцово; e-mail: pishet@narod.ru