

О ПРОДЛЕННОЙ И УПРАВЛЯЕМОЙ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

А.А. Назипов, А.В. Шутков, А.К. Саитгараев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. — проф. А.А. Назипов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В настоящее время для проведения региональной анестезии преимущественно используют метод эпидуральной анестезии. Основное достоинство этого метода — управляемость и длительность анестезии в отличие от спинномозговой анестезии. Однако эпидуральная пункция в условиях дефицита времени в случаях кальцификации связок и грубых деформаций позвоночника часто заканчивается у больных с ожирением непреднамеренной пункцией субарахноидального канала и вынужденным проведением спинномозговой анестезии.

Сочетание простоты выполнения спинномозговой пункции с возможностью осуществления длительной и управляемой анестезии реально при катетеризации субарахноидального пространства.

В доступной нам отечественной литературе имеется только одно сообщение о проведении спинальной анестезии через катетер с использованием стандартного набора фирмы "Portex" [1].

Катетеризация спинномозгового канала была выполнена нами у 20 пациентов в возрасте от 52 до 63 лет: в плановом порядке при ампутации нижней конечности — у 12, при аденомэктомии — у 6, при флэбэктомии — у 2.

Ввиду отсутствия достаточного количества специальных наборов для катетеризации спинномозгового канала мы используем набор инструментов для эпидуральной анестезии с дополнениями (игла Туохи, микрокатетер, заглушка для микрокатетера, шприцы). Предоперационная подготовка включает внутривенное введение кристаллоидов в объеме 800 мл и премедикацию. В положении больного сидя или лежа на боку под местной анестезией 0,5% раствором

новокаина с соблюдением правил асептики и антисептики вводим иглу Туохи на уровне L2—L3, направив ее срез параллельно волокнам твердой мозговой оболочки. Пройдя надостистую, межостистую и желтую связку, игла попадает в эпидуральное пространство. Вводим кончик иглы в спинномозговой канал и верифицируем ее попадание по появлении капли ликвора. Микрокатетер вводим в просвет спинномозгового канала, после этого извлекаем иглу Туохи. Катетер фиксируем к коже лейкопластырем, проксимальный конец катетера закрываем заглушкой.

Для проведения анестезии использовали отечественный 2% раствор лидокаина. Начальная доза составляла 100 мг, ее вводили медленно в течение 20—30 секунд. Снижение температуры отмечалось больными в среднем через 5 минут, анальгезия развивалась через 10 минут в зоне иннервации T₉—S₅. Продолжительность действия при однократном введении составляла в среднем 1—1,5 часа, затем вводили половину первоначальной дозы. Операция длилась от 40 минут до 3 часов.

Во время анестезии измеряли АД, подсчитывали частоту пульса и дыхания, осуществляли кардиомониторирование: синусовый ритм сохранялся, частота сердечных сокращений по сравнению с исходной величиной не уменьшалась. АД снижалась в среднем на 20 мм Hg, его корригировали путем внутривенного введения жидкости без применения вазопрессоров. Частота дыхания больных по сравнению с исходными величинами не изменялась. Дыхание оставалось самостоятельным, адекватным.

После операции больных переводили в послеоперационное отделение, где

продолжалось проведение анестезии. Обезболивание в послеоперационном периоде начинали при появлении болевой чувствительности. Через спинномозговую катетер вводили 100 мг 2% раствора лидокаина с добавлением 1 мг морфина гидрохлорида. Продолжительность анестезии при этом увеличивалась и составляла 4—5 часов. Показатели АД, частоты пульса и дыхания существенно не изменялись. Сохранялся синусовый ритм. Во время нахождения катетера больных наблюдали анестезиолог-реаниматолог. Катетер удаляли на 3-и сутки.

При проведении продленной спинальной анестезии в послеоперационном периоде показатели гемодинамики и дыхания оставались стабильными. У 4 больных в ближайшем послеоперационном периоде возникли сильная головная боль, рвота, головокружение. Других осложнений не было.

Применение катетеризации субарахноидального пространства позволило провести адекватную анестезию при ампутациях нижних конечностей, аденэктомии, флебэктомии и пролонгированной анестезии в ближайшем послеоперационном периоде.

В сравнении с эпидуральной анестезией катетеризация субарахноидального пространства имеет следующие преимущества: 1) быстро наступает анестезия; создается более высокий ее уровень; 3) техника выполнения и верификация попадания достаточно просты; 4) применяются значительно меньшие дозы препаратов, в результате чего снижаются их токсичность и стоимость. Основным же недостатком метода является высокая вероятность инфицирования и ликвороистечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энштейн С.Л., Николаев И.В.//Вестн. интенсив. тер. — 1998. — № 1. — С. 30—31.

Поступила 13.04.99.

ON THE PROLONGED AND CONTROLLED CEREBROSPINAL ANESTHESIA

A.A. Nazipov, A.V. Shutov, A.K. Saetgaraev

S u m m a r y

The catheterization of subarachnoid space was used which made it possible to perform the adequate anesthesia in lower extremity amputation, adenectomy and phlebectomy, and the prolonged anesthesia in the immediate postoperative period. The catheterization of subarachnoid space has the following advantages: anesthesia comes earlier, its level is higher, it is easily performed, doses of drugs are less.