



Оптимальный выбор метода анестезии при оперативных вмешательствах на половом члене

Ю.А. Мягков¹, С.Н. Казанцев², А.А. Самойлов¹, А.Ю. Мягкова³

¹Филиал № 2 ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого» Минобороны России; Россия, 143420 Московская область, Красногорский район, п/о Архангельское, пос. Новый;

²ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; Россия, 121099 Москва, ул. Новый Арбат, 32;

³кафедра урологии Московского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств»; Россия, 125080 Москва, Волоколамское шоссе, 11

Контакты: Юрий Андреевич Мягков andro-maygkov@mail.ru

Спинальная анестезия как методика центральной нейроаксиальной блокады является оптимальным вариантом при операциях на половом члене по ряду причин: защита от интраоперационного стресса, ранней послеоперационной боли, простая техника исполнения вне зависимости от конституциональных и анатомических особенностей пациента, профилактика послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: спинальная анестезия, оперативные вмешательства на половом члене, профилактика послеоперационных осложнений

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-4-50-52

Optimal anaesthesia techniques for penile surgeries

Yu. A. Myagkov¹, S. N. Kazantzev², A. A. Samoilo¹, A. Yu. Myagkova³

¹Branch No 2 of A.A. Vishnevskiy 3rd Central Military Clinical Hospital, Ministry of Defense of Russia; Settlement Novyy, PO Arkhangel'skoe, Krasnogorskiy District, Moscow Region 143420, Russia;

²Russian Scientific Centre of Medical Rehabilitation and Balneology, Ministry of Health of Russia; 32 Novyy Arbat St., Moscow 121099, Russia;

³Department of Urology, Moscow Institute of Postgraduate Medical Education, Moscow State University of Food Production; 11 Volokolamskoe Shosse, Moscow 125080, Russia

Spinal anaesthesia as a method of central neuraxial blockade is the best choice for penile surgeries due to the following reasons: protection against intraoperative stress and early postoperative pain, simplicity of the procedure which does not depend on constitutional and anatomical features of a patient, prevention of postoperative complications.

Key words: spinal anaesthesia, penile surgeries, prevention of postoperative complications

Важным направлением современной уроандрологии является хирургическое лечение эректильной дисфункции, врожденных и приобретенных (болезнь Пейрони, последствия ранений полового члена мирного времени и локальных войн) деформаций полового члена. При выполнении оперативных вмешательств на половом члене существует ряд специфических моментов.

Данные хирургические вмешательства на половом члене проводятся на всем протяжении кавернозных тел от головки до места прикрепления к седалищным костям, что делает нецелесообразным применение проводниковой анестезии при этом вмешательстве, поскольку требуется блокада не только дорзальных, но и срамных нервов полового члена. Также отсутствует

необходимость в продленной послеоперационной анальгезии вследствие незначительного послеоперационного болевого синдрома.

Мы убедились, что применение общей анестезии с наркотическими анальгетиками часто приводило к развитию достаточно выраженного послеоперационного болевого синдрома. В дальнейшем стало ясно, что наркотические анальгетики являются причиной послеоперационной гипералгезии, не говоря уже о постнаркотической депрессии сознания и дыхания. Возрастной критерий (большинство пациентов старше 40 лет) не позволял применять каудальную анестезию, поскольку крестцово-копчиковая связка, прикрывающая сакральную щель, в этом возрасте часто оссифицирована



и может стать причиной неудачных попыток блокады и осложнений (внутрикостное введение анестетика с быстрым попаданием его в кровь и развитием системной токсичности). Дополнительные трудности в использовании данной методики вызывает анатомическая вариабельность строения крестцового канала вплоть до его отсутствия.

Таким образом, из всего арсенала анестезиологических возможностей мы отдавали предпочтение только центральной нейроаксиальной блокаде — спинальной и эпидуральной методикам. Впрочем, эпидуральная блокада также не вполне устраивала по сложности исполнения, по использованию режущих толстых игл Туохи с достаточно высоким риском развития постпункционных осложнений.

Спинальная методика центральной нейроаксиальной блокады имеет ряд существенных преимуществ перед другими техниками анестезиологического обеспечения: осуществляет надежную защиту от интраоперационного стресса, имеет среднюю длительность действия (4–8 ч), оказывает профилактику ранней послеоперационной боли, является простой для исполнения техникой вне зависимости от конституциональных и анатомических особенностей пациента, позволяет без риска развития постпункционной головной боли проводить раннюю активизацию пациентов благодаря использованию современных безопасных тонких игл, что способствует не только профилактике кардиальных осложнений, но и послеоперационной задержки мочи, методика не сопровождается послеоперационной гиперальгезией, свойственной для наркотических анальгетиков.

За 16 лет в уроandroлогическом отделении филиала № 2 ФГБУ «Третьего ЦВКГ» Минобороны России, филиале № 4 ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России выполнено 195 фаллоэндопротезирований современными моделями пластических и надувных (2- и 3-компонентных) протезов, 37 оперативных вмешательств при васкулогенной форме эректильной дисфункции с перевязкой вен полового члена по методу Т. ЛУ, 57 операций при врожденных и приобретенных эректильных деформациях полового члена, 15 оперативных вмешательств по поводу болезни Пейрони, которые проводились под спинальной анестезией. Средний возраст пациентов составил 47,5 года. Продолжительность анестезии — 60–180 мин.

Спинальная анестезия осуществлялась по стандартизированной методике, которая включала предоперационную подготовку, премедикацию, прединфузию, собственно манипуляцию пункции субарахноидального пространства и введение в него местного анестетика без адьювантов, интраоперационный мониторинг, сопровождение в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка представляла собой ограничение в питании (голод с 18:00 накануне, запрет

питья в день операции) и назначении анксиолитиков (транквилизаторов) на ночь.

Премедикация в день операции состояла в назначении парентерально (внутримышечно) антигистаминного препарата (хлоропирамин 20 мг), холинолитика (атропина сульфат 0,1 мг/10 кг) и бензодиазепамина (диазепам 10 мг) за 30 мин до прибытия в операционную. В операционной после установки периферического венозного катетера вводился активатор тканевого тромбопластина (этамзилат натрия 500 мг), нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен 100 мг либо кеторолак 30 мг) и антибиотик широкого спектра действия, обычно цефалоспоринового ряда (цефтриаксон 2,0 г, внутривенно).

Преинфузия заключалась в струйном (90–200 мл/мин) внутривенном введении кристаллоидов для восполнения дефицита жидкости в связи с ограничением питья в предоперационном периоде.

Субарахноидальная пункция выполнялась согласно канонам седельного блока иглами карандашного типа калибра 27G. Предпочтение при пункции отдавалось промежутку между остистыми отростками L4 — L5 поясничных позвонков. После проникновения в субарахноидальное пространство окно иглы ориентировали в каудальном направлении. Дозировка бупивакаина составила от 7,5 до 15 мг в зависимости от конституции и массы тела пациента.

Интраоперационный мониторинг соответствовал минимальному стандарту мониторинга в анестезиологии (электрокардиография в 3 отведениях с измерением частоты сердечных сокращений, анализом ритма и сегмента ST, пульсоксиметрия с измерением уровня сатурации крови и частоты пульса, неинвазивным измерением артериального давления, частота дыхания с помощью реографии либо капнометрии). Интраоперационно не было отмечено гемодинамических инцидентов на фоне проведения анестезии и оперативного вмешательства.

В раннем послеоперационном периоде после репресса моторного блока пациенты активизировались без наблюдения каких-либо постпункционных или послеоперационных осложнений. Послеоперационное купирование болевого синдрома осуществлялось нестероидными противовоспалительными средствами и не требовало применения наркотических анальгетиков.

На основании нашего опыта считаем спинальную анестезию оптимальным методом анестезиологического обеспечения при оперативных вмешательствах на половом члене в связи с тем, что она имеет ряд преимуществ перед другими методиками: осуществляет надежную защиту от интраоперационного стресса, имеет среднюю длительность действия, оказывает профилактику ранней послеоперационной боли, является простой в исполнении техника вне зависимости от конституциональных и анатомических особенностей пациента, позволяет проводить



раннюю активизацию пациентов, что является не только профилактикой сердечно-сосудистых осложнений, но и послеоперационной задержки мочи, методика не сопровождается послеоперационной гипералгезией, свойственной для наркотических анальгетиков. Данная методика при подобных операциях позволяет осуществ-

лять подбор препаратов (качественный аспект), их количественный состав, что позволяет не только добиться желаемого эффекта, используя минимальные дозы препаратов селективного действия, но и уменьшить депрессивное влияние на центральную нервную систему, гемодинамику и дыхание.