

УДК 616.147.17-007.64-009.614-089.81

© В.А.Верещенко, А.В.Куктенко, В.Э.Дубров, А.М.Кохан

Опыт использования местной анестезии с медикаментозной седацией при проведении трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплерконтролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки в амбулаторной клинике

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

Experience in the use of local anesthesia with sedation medication during transanal hemorrhoidal dearterization nodes under doplerkontrolem with mukopeksiey and lifting of rectal mucosa in an outpatient clinic

V.A.VEREDCHENKO, A.V.KUKTENKO, V.E.DUBRO, A.M.KOCHAN

Тэлла ОН-Клиник, г. Одинцово

Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова

Отделенческая больница на ст. Тула ОАО «РЖД»

Геморроидальная болезнь широко распространена среди населения России. По данным разных авторов, около 60-70% трудоспособного населения старше 45 лет страдают данным заболеванием, около 60% мужчин и 85% рожавших женщин [1, 3, 4].

На сегодняшний день для лечения геморроя III-IV стадии наиболее часто применяется геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Однако при этом методе лечения пациенты отмечают снижение качества жизни за счет болевого синдрома, потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев [6, 8]. В связи с этим, стал актуальным вопрос о выработке малоинвазивных методов лечения, снижающих травматизацию, но не в ущерб эффективности лечения. Так, в 1995 г. японскими хирургами Mōginaga K., Yasuda K., Ikeda [9] разработан и предложен метод трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов. Позже данный метод был несколько изменен и стал включать мукопексию пролабирующей геморроидальной ткани. Данный метод в хирургических клиниках применяется с 2003 года, позволяет снизить травматизацию, сократить реабилитационный период и уменьшить послеоперационный период, что ведет к более раннему возвращению пациента к труду.

В свою очередь, это делает особо актуальными вопросы выбора анестезии, применяемой при этих методах лечения. Помимо исключения болевого синдрома, важным моментом является благоприятное психологическое состояние пациента и релаксация аноректальной области.

Цель исследования – подбор оптимального метода анестезии при выполнении HAL-RAR в амбулаторной клинике.

Материалы и методы

В 2009-2011 гг. в ТЭЛЛА ОН Клиник Одинцово проведено лечение 102 пациентам в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $42 \pm 9,43$ года) хроническим геморроем II и IV стадией. По половому составу: женщин – 38, мужчин – 64. Операции выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И.[®] (Австрия) и специальной насадки RAR-2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой. Методом случайной выборки все пациенты были разделены на две группы в зависимости от анестезии. В I группе (31 пациент) операции выполнены под местной анестезией (Параанальная, «Нойрапин» 20% 40-60 мл, в зависимости от конституции пациента).

Во II группе (51 пациент) местная анестезия дополнялась медикаментозной седацией, внутривенным введением «Пропафола».

Результаты и их обсуждения

Адекватная анестезия была достигнута в обеих группах, однако при применении исключительно местной анестезии полного расслабления аноректальной зоны достигнуто не было. В случаях использования местной анестезии с медикаментозной седацией достигалась хорошая релаксация аноректальной зоны, а так же отсутствовала психологическая травма для пациента, так как все манипуляции проводились после начала медикаментозного сна.

Выход из седации был самостоятельный, занимал, как правило 5-10 минут, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и длительности седации.

В послеоперационном периоде в первой и второй группах анальгетический эффект после местного применения нойрапина составлял 4-6 часов.

Исключение составил 1 (1,2%) случай, когда менее 4 часов понадобилось применение анальгетиков. Болевой синдром соответствовал 1 баллу по четырехбалльной шкале вербальных оценок.

Так же в одном случае (1,2%) при использовании медикаментозной седации у пациента развилась гипотензия – снижение давления составило 10-15 мм рт. ст. от исходного значения, что потребовало медикаментозной коррекции.

Заключение

С учетом нашего опыта и анализа проведенных операций под местной анестезией дополненной медикаментозной седацией можно отметить следующее:

- данный метод не имеет противопоказаний,
- при его применении отсутствуют побочные эффекты со стороны тазовых органов;
- обеспечивается достаточная релаксация аноректальной зоны;
- достигается хорошая эффективность обезболивания,
- отсутствует психологическая травма у пациента.

По нашему мнению местная анестезия в сочетании с медикаментозной седацией может быть применима в амбулаторной клинике при операциях по поводу геморроидальной болезни, отвечает требованиям малоинвазивной хирургии.

Список литературы

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л.А. Геморрой. М: Митра Пресс, 2002; 136–177
2. Барабой В.А., Барабой В.В. Пропофол – новый высокоэффективный внутривенный анестетик. Врачебное дело, 2002; 7: 107-111.
3. Блюмин И.И. Новокаиновые блокады в амбулаториях и поликлиниках. Куйбышев 1965.
4. Загрядский Е.А., Горелов С.И. Трансанальная доплер – контролируемая дезартеризация в сочетании с мукопексией слизистой и закрытая геморроидэктомия в лечении геморроя III–IV стадии. Колопроктология 2010; 2: 32: 8–14.
5. Загрядский Е.А. Опыт лечения хронического геморроя методом шовного лигирования геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии. Колопроктология 2005; 1: 11: 20-26.
6. Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии. автореферат. дисс. ... канд. мед. наук, 2002; 125.
7. 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.
8. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Хмылов А.М., Канаметов М.Х. Выбор способа геморроидэктомии при хроническом геморрое. Хирургия 2003; 8: 40-45.
9. 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.
10. Milligan E., Morgan G. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of hemorrhoids. Lancet 1937; 2: 1119–1124.

Поступила 17.03.2011 г.

Информация об авторах

1. Дубров Вадим Эрикович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова; e-mail: vduort@gmail.com
2. Вередченко Виктор Александрович – д.м.н., ведущий хирург Тэлла ОН-Клиник г. Одинцово, доцент кафедры общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова; e-mail: viktor-veredchenko@yandex.ru
3. Куктенко Алексей Владимирович – врач-хирург Отделенческой больницы на ст. Тула ОАО «РЖД»; e-mail: vidal21@yandex.ru
4. Кохан Аркадий Миронович – врач анестезиолог Тэлла ОН-Клиник г. Одинцово; e-mail: pishet@narod.ru