

**Одинцова Н.А., Довгулевич М.В.,  
Шматова А.А., Агабеков К.Ф.**

УЗ «б-я городская клиническая больница»,  
г. Минск, Беларусь  
УО «Белорусский государственный медицинский  
университет»,  
г. Минск, Беларусь

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.**

**Введение.** Гиперпластические процессы эндометрия – распространенная гинекологическая патология, частота которой увеличивается к перименопаузе.

Традиционно ведущим методом лечения является гормональная терапия. Однако у каждой 10-й пациентки имеются противопоказания к такому лечению в связи с наличием экстрагенитальной патологии.

Оперативное вмешательство, а также вид анестезиологического пособия в период постменопаузы представляет высокий риск интра- и послеоперационных осложнений. Все это делает актуальным внедрение малоинвазивных оперативных методов в условиях оптимальной анестезии.

**Цель.** Обоснование оптимальной методики обезболивания при гистерорезектоскопии (ГРС) у пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе УЗ «б-я городская клиническая больница» г. Минска. Спинальная анестезия (СА) проводилась 23 больным в возрасте от 54 до 72 лет при ГРС. Риск анестезии оценивался III-IV степени по классификации ASA (ХСН ФК II-III, нарушения ритма, ИБС, постинфарктный кардиосклероз, бронхиальная астма).

Премедикация: снотворные препараты на ночь и инъекция за 30 мин до операции наркотического анальгетика (промедол 0,3-0,5 мг/кг), транквилизатора (диазепам 0,1-0,15 мг/кг), холинолитика (атропин до 0,01 мг/кг).

СА выполнялась следующим образом: после премедикации проводили инфузию до 1000 мл (10-15 мл/кг массы тела) кристаллоидных растворов. В положении сидя в выбранном межкостном промежутке (L3-L4 или L2-L3) проводилась пункция спинального пространства. В качестве анестетика использовался бупивокаин спинал в дозе 15 мг (3 мл).

Оценивались уровень систолического, диастолического и среднего артериального давления, ЧСС, ЭКГ, состояние спонтанной вентиляции (SaO<sub>2</sub>), субъективные ощущения (головокружение, тошнота).

При оценке эффективности СА следует учитывать скорость развития и продолжительность сенсо-моторного блока, выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), показатели гемодинамики и удовлетворенность пациента качеством обезболивания.

Группа исследования была однородна по виду и продолжительности операций, по возрастной принадлежности пациентов, антропометрическим показателям и соматическому статусу по критериям ASA, а также по характеру интеркуррентной патологии.

Результаты обработаны методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Применение методики спинальной анестезии у пациенток с экстрагенитальной патологией анестезия характеризовалась высоким качеством с наименьшими гемодинамическими нарушениями, сохранялось адекватное спонтанное дыхание. Во время проведения анестезии не было случаев гипотензии и брадикардии. Препараты с вазотоническим эффектом не вводились.

При изучении выраженности анальгезии за достаточный уровень принимали 3 и менее баллов. Все пациентки отмечали полную потерю чувствительности в области оперативного вмешательства.

При изучении развития и выраженности моторного блока по шкале Bromage был установлен у всех пациенток полный блок. Моторная блокада отмечалась в соответствии с зонами сегментарной иннервации и включала в себя зону промежности, что позволило проводить оперативное вмешательство.

При изучении удовлетворенности пациенток качеством обезболивания получены высокие оценки, что также положительно влияет на выбор данного метода обезболивания у данной категории пациенток.

**Выводы.** СА у пациенток с риском по ASA III-IV может быть рекомендована в качестве приоритетного метода обезболивания при проведении ГРС.