

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия: все в одном.



Нечунаев А.С.

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации ФГБУЗ «ЦМСЧ-21»
ФМБА России

Итак, в этой статье речь пойдет об одном интересном методе регионарного обезболивания. По сути это комбинация хорошо всем известной спинальной и эпидуральной анестезий. Сразу возникает вопрос: а зачем такие сложности? Вроде бы можно обойтись одним из методов не смешивая их?!

Итак, в этой статье речь пойдет об одном интересном методе регионарного обезболивания. По сути это комбинация хорошо всем известной спинальной и эпидуральной анестезий. Сразу возникает вопрос: а зачем такие сложности? Вроде бы можно обойтись одним из методов не смешивая их?! Но! Давайте вспомним недостатки каждого:

- **Спинальная анестезия:**

1. Ограничение по продолжительности действия.
2. Невозможность длительного послеоперационного обезболивания.

- **Эпидуральная анестезия:**

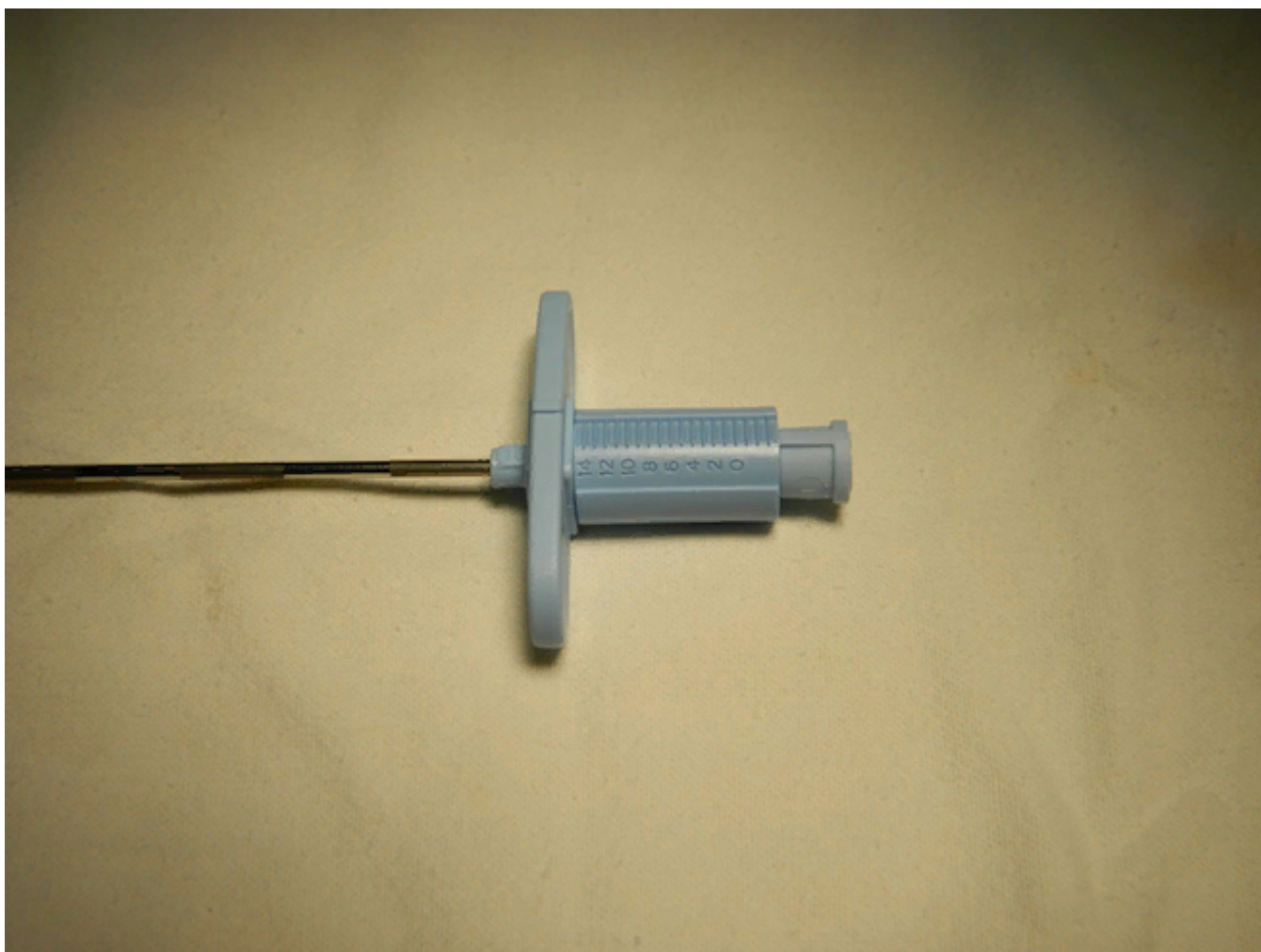
1. Относительно высокая частота неудачных блокад (мозаичность, односторонность).
2. Длительность наступления достаточной глубины анестезии.
3. Слабая миорелаксация относительно спинальной анестезии.
4. Относительно высокая доза местного анестетика.

Таким образом, объединив методы можно сплюсовать их положительные стороны, одновременно устранив недостатки. Методика особенно актуальна в травматологии и ортопедии, урологии, сосудистой хирургии. Мы добиваемся скорости наступления удовлетворительного блока, глубокой миорелаксации, имеем возможность пролонгировать анестезию, как на этапе операции, так и в послеоперационном периоде. Существуют два основных типа:

1. **Разноуровневая спинально-эпидуральная анестезия.** Сперва выполняется пункция и катетеризация эпидурального пространства с помощью стандартного, катетер туннелизуется, затем выполняется пункция субарахноидального пространства спинальной иглой на один межпозвоночный промежуток ниже, чем пунктировалось эпидуральное пространство. Данная модификация имеет ряд недостатков:
 - Многоэтапность.
 - Необходимость туннелизации эпидурального катетера.
 - Ограниченность в выборе межпозвоночных промежутков.
 - Повышенный риск смещения эпидурального катетера во время выполнения спинальной блокады.
 - Повышенный риск инфицирования.
2. **Одноуровневая спинально-эпидуральная анестезия.** Выполняется пункция эпидурального пространства, через эпидуральную иглу выполняется пункция субарахноидального пространства спинальной иглой увеличенной длины, спинальная игла фиксируется в эпидуральной с помощью механизмов различной модификации, затем спинальная игла позиционируется в нужном направлении отверстия, в нее вводится анестетик, спинальная игла извлекается из эпидуральной, выполняется катетеризация эпидурального пространства, катетер фиксируется. Звучит длинно, но выполняется легко и быстро. Достоинства модификации:
 - Малое количество этапов выполнения.
 - Нет необходимости туннелизации эпидурального катетера.
 - Выполняется в любом удобном межпозвоночном промежутке (от S1 до L2).
 - Надежная фиксация игл относительно друг друга.

Подробнее этапы, методология и некоторые особенности наборов для спинально-эпидуральной анестезии Portex представлены на фотографиях ниже.

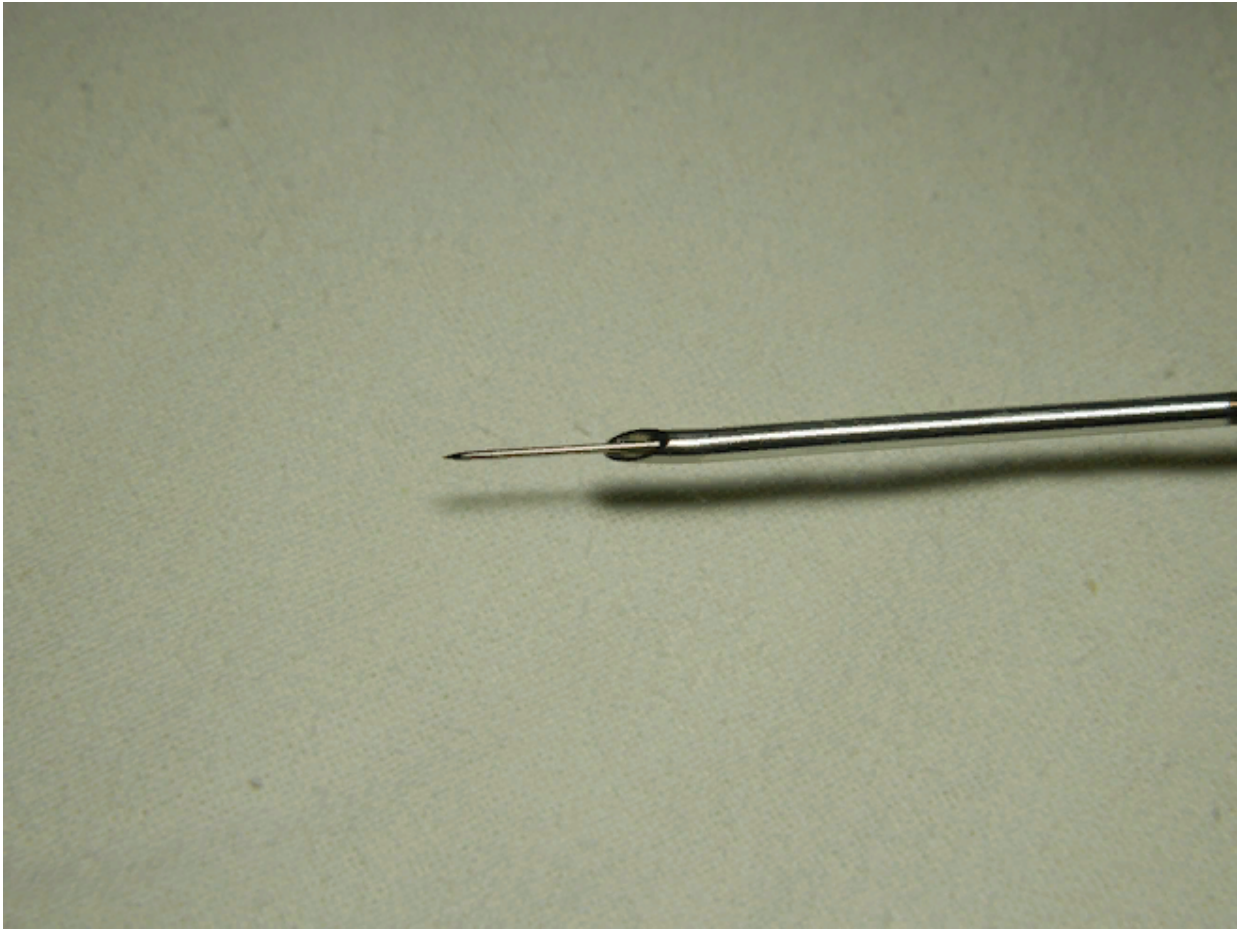
1. Павилион эпидуральной иглы. Хорошо виден байонетный механизм фиксации игл, разметка глубины введения спинальной иглы в миллиметрах.



2. Иглы фиксированы. Синяя стрелка указывает направление поворота спинальной иглы для фиксации ее в эпидуральной-по часовой стрелке.



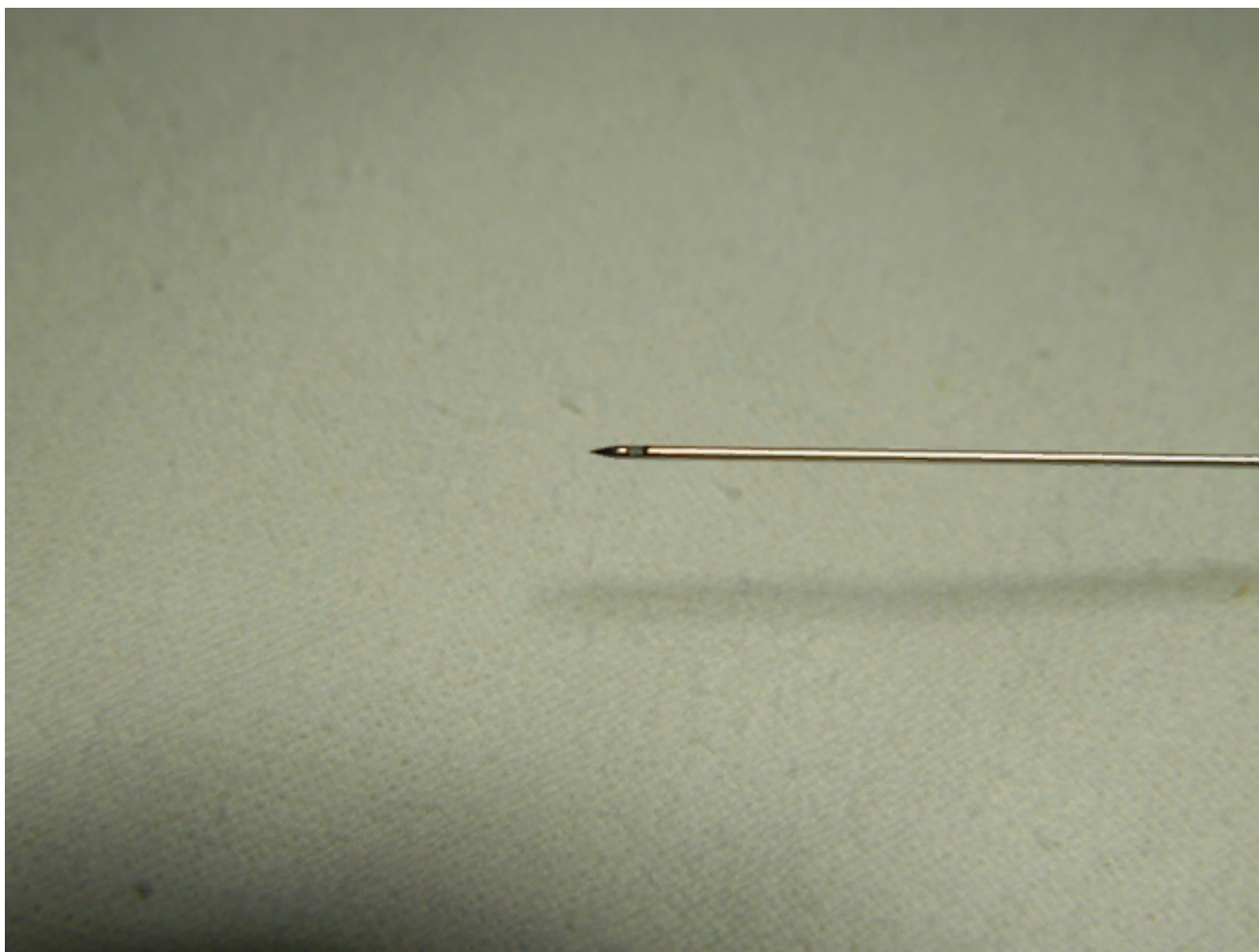
3. Кончик спинальной иглы выступает за кончик эпидуральной максимально на 15 миллиметров.



4. На павильоне спиальной иглы виден флажок, соответствующий отверстию спиальной иглы.



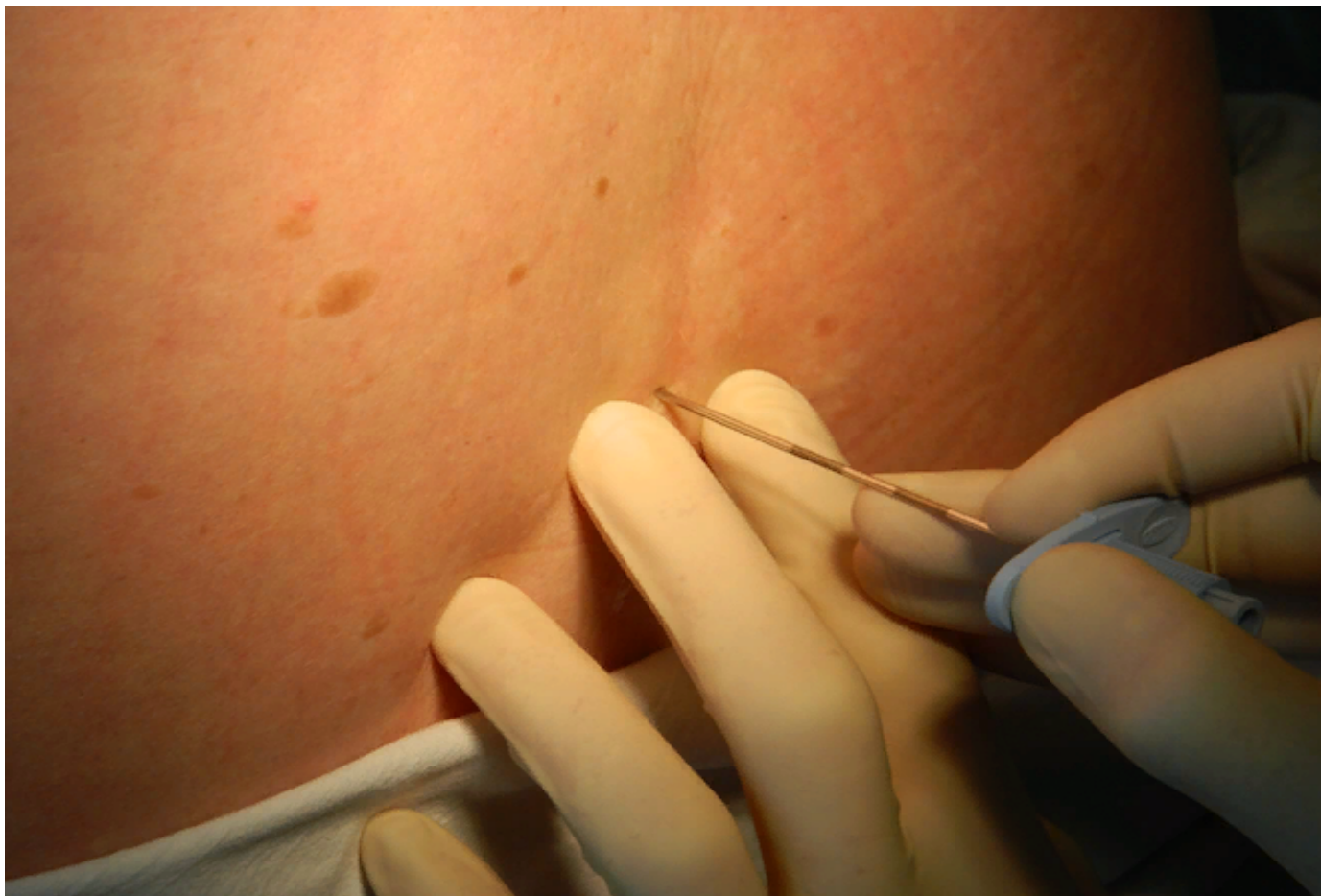
5. Кончик спинальной иглы типа Pencan.



Основные этапы процедуры.



Местная анестезия.



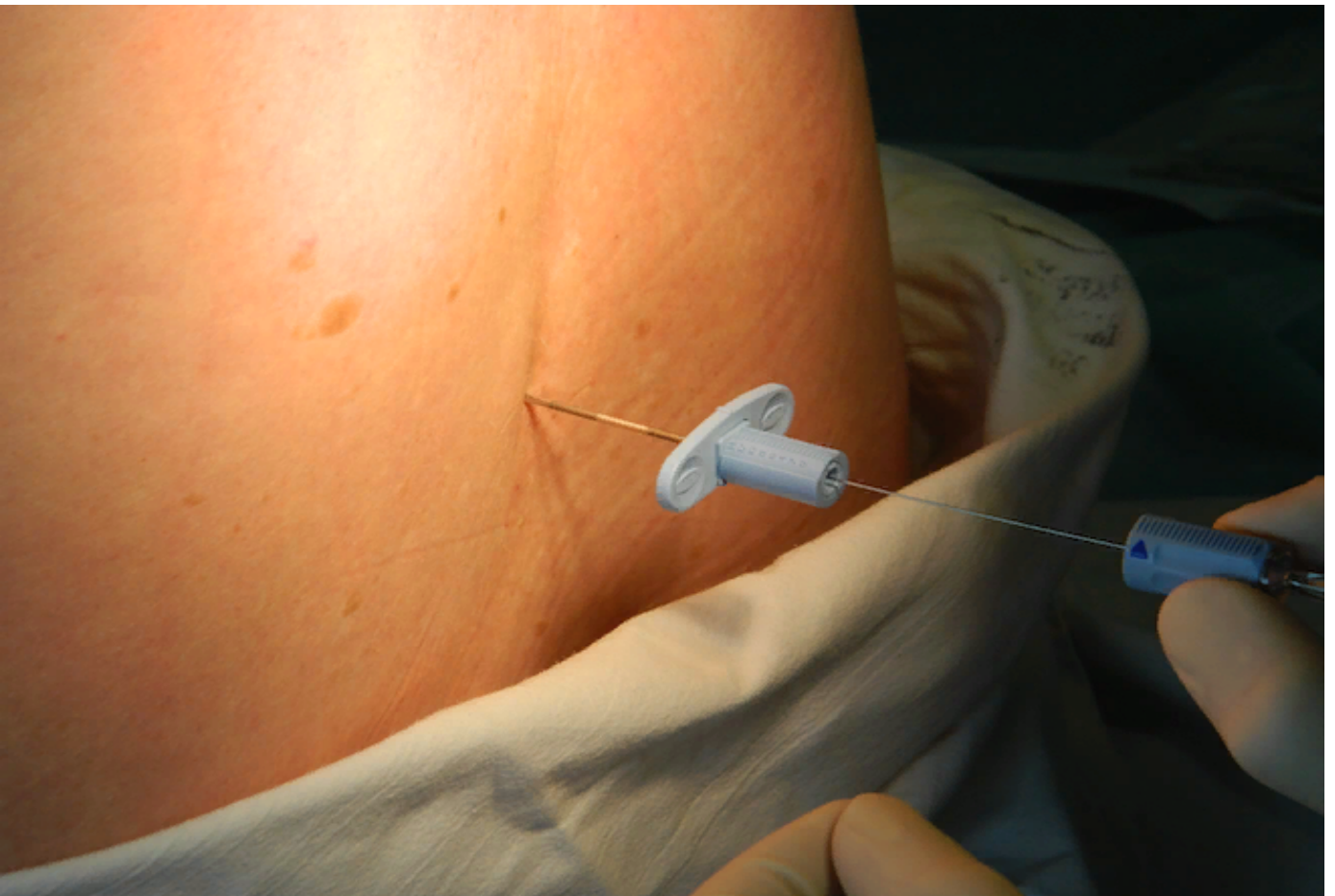
Введение эпидуральной иглы.



Извлечение мандрена.



Идентификация эпидурального пространства с помощью шприца «потери сопротивления».



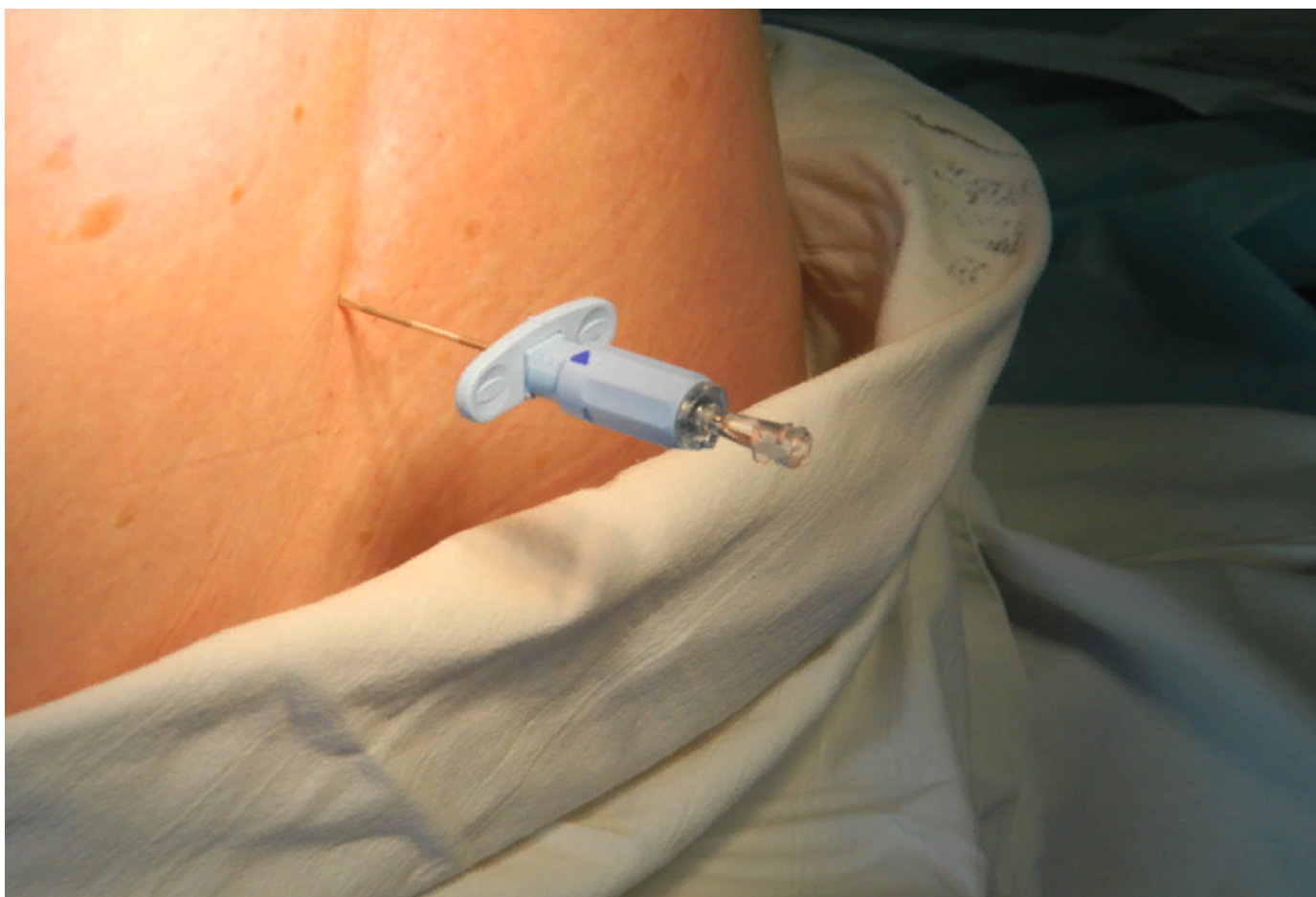
Введение спинальной иглы в эпидуральную. Прокол твердой мозговой оболочки хорошо ощутим, как прокол тонкой пленочки.



Фиксация спинальной иглы в эпидуральной с помощью байонетного механизма. Поворот спинальной иглы по часовой стрелке.



Спинальная игла фиксирована.



Мандрен спинальной иглы извлечен. Флажок спинальной иглы позиционирован вниз-значит и отверстие спинальной иглы направлено вниз. Прозрачный павильон спинальной иглы легко вращается на 360 градусов

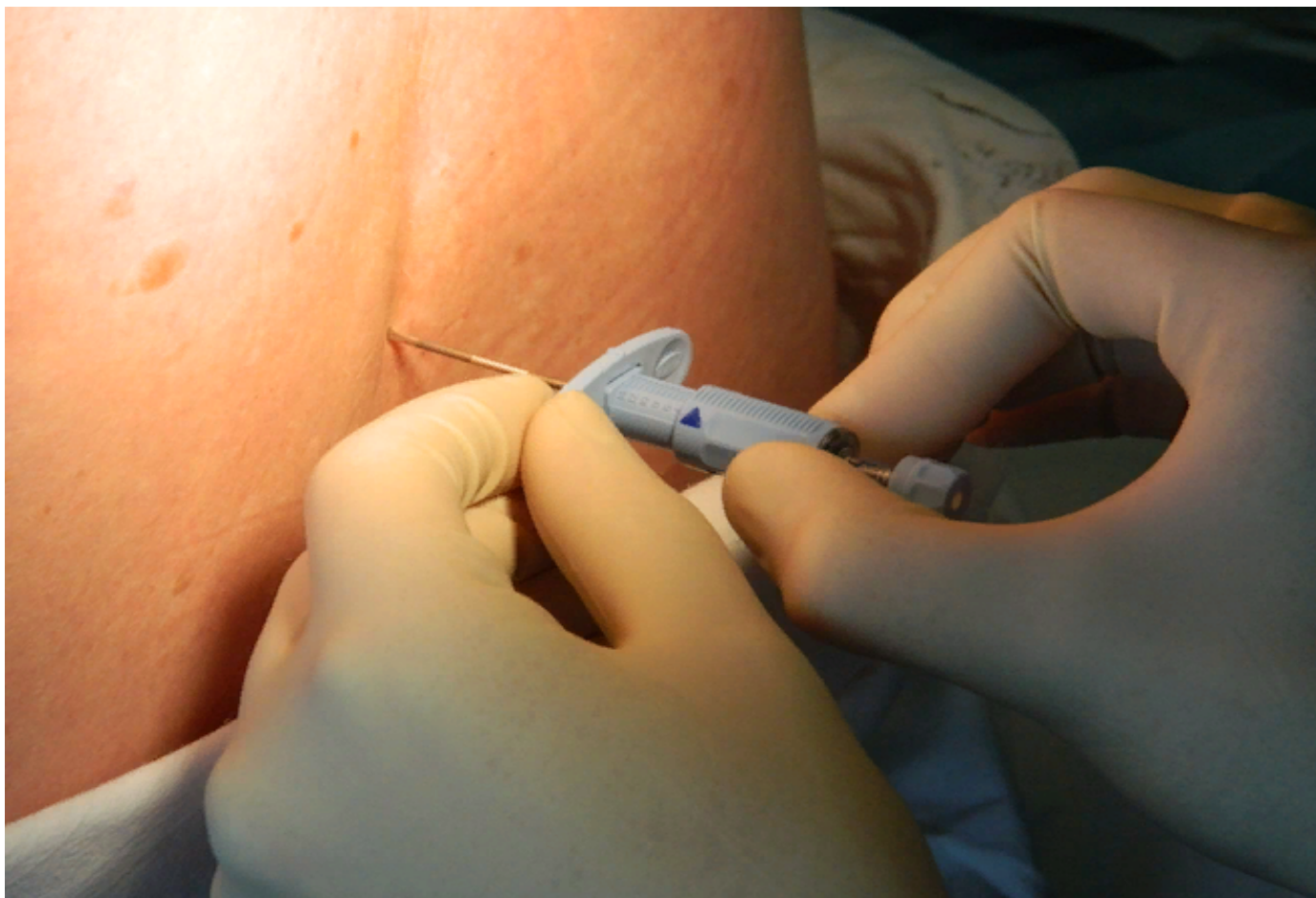
внутри байонетного механизма. Виден поступающий ликвор.



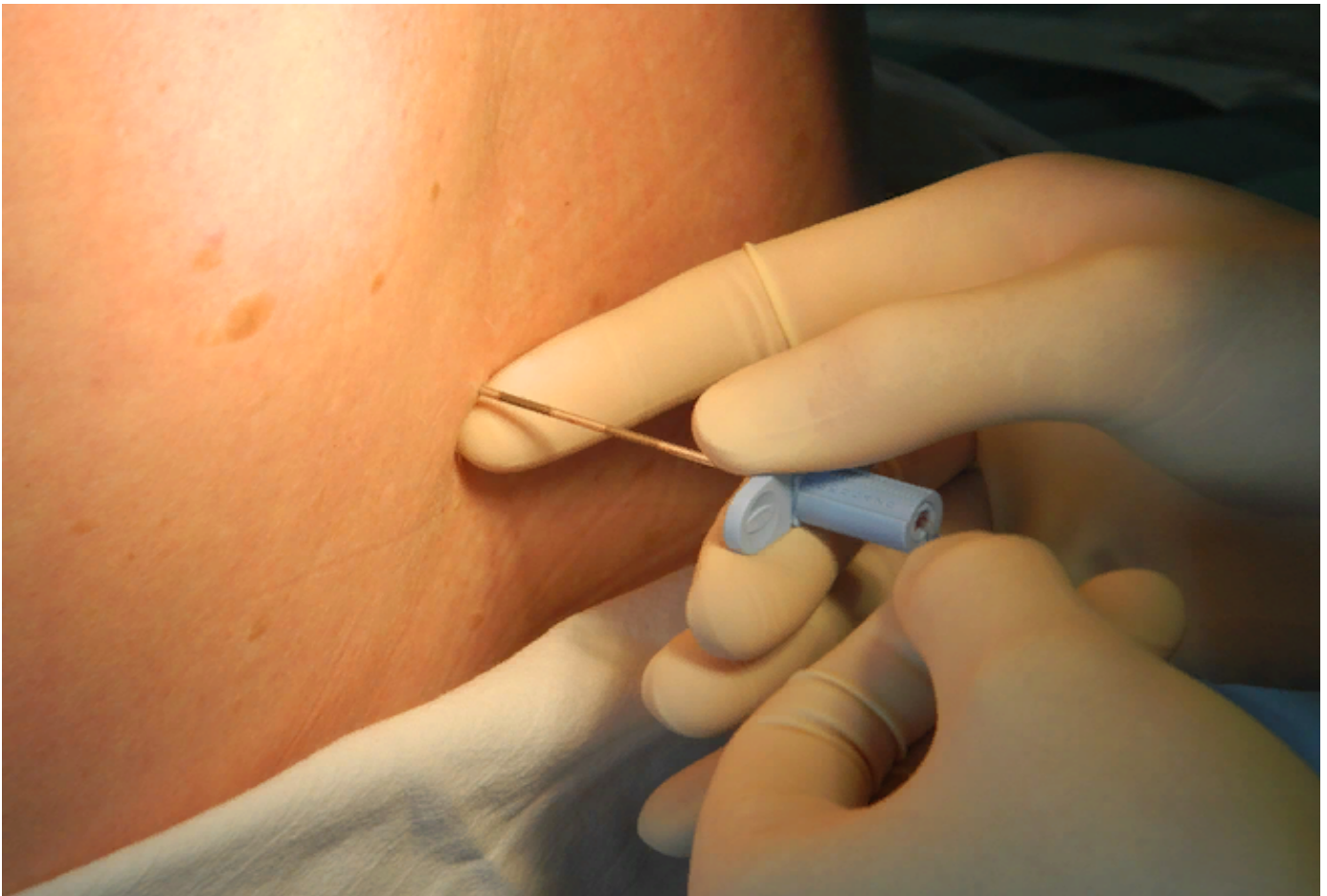
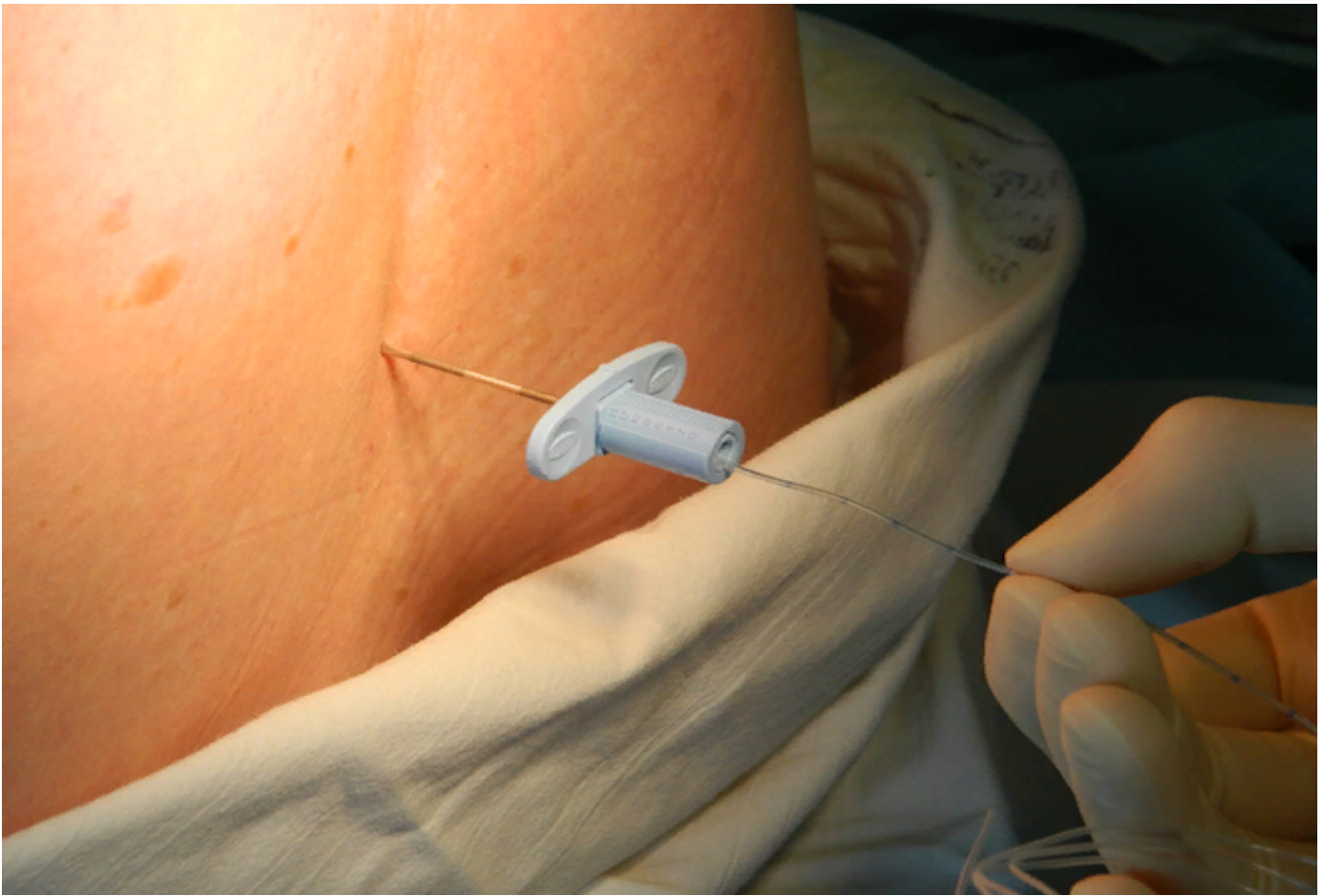
Введение местного анестетика в субарахноидальное пространство.

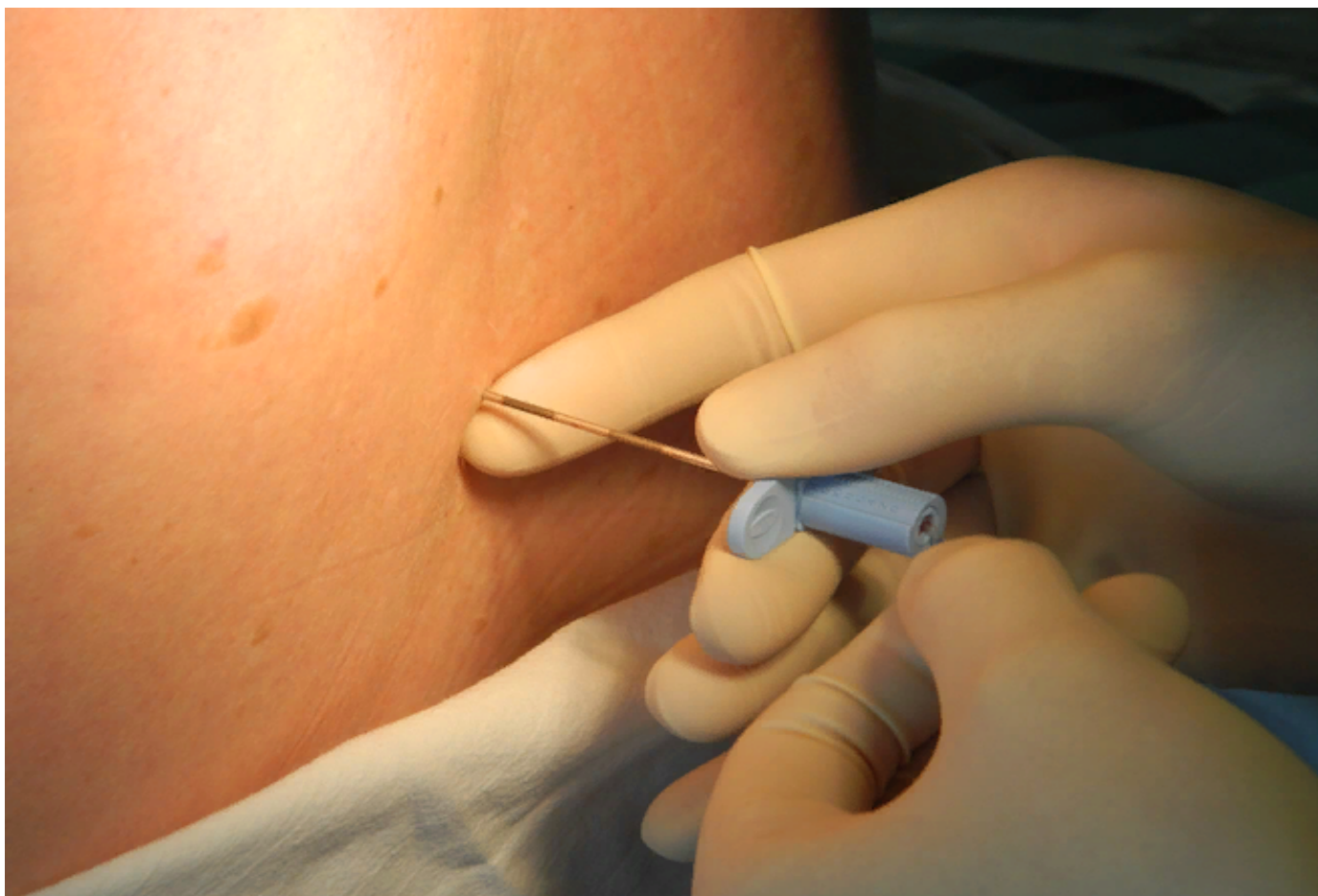


Введение мандрена в спинальную иглу перед извлечением ее, с целью профилактики постпункционной головной боли.



Извлечение спинальной иглы из эпидуральной. Поворот против часовой стрелки.

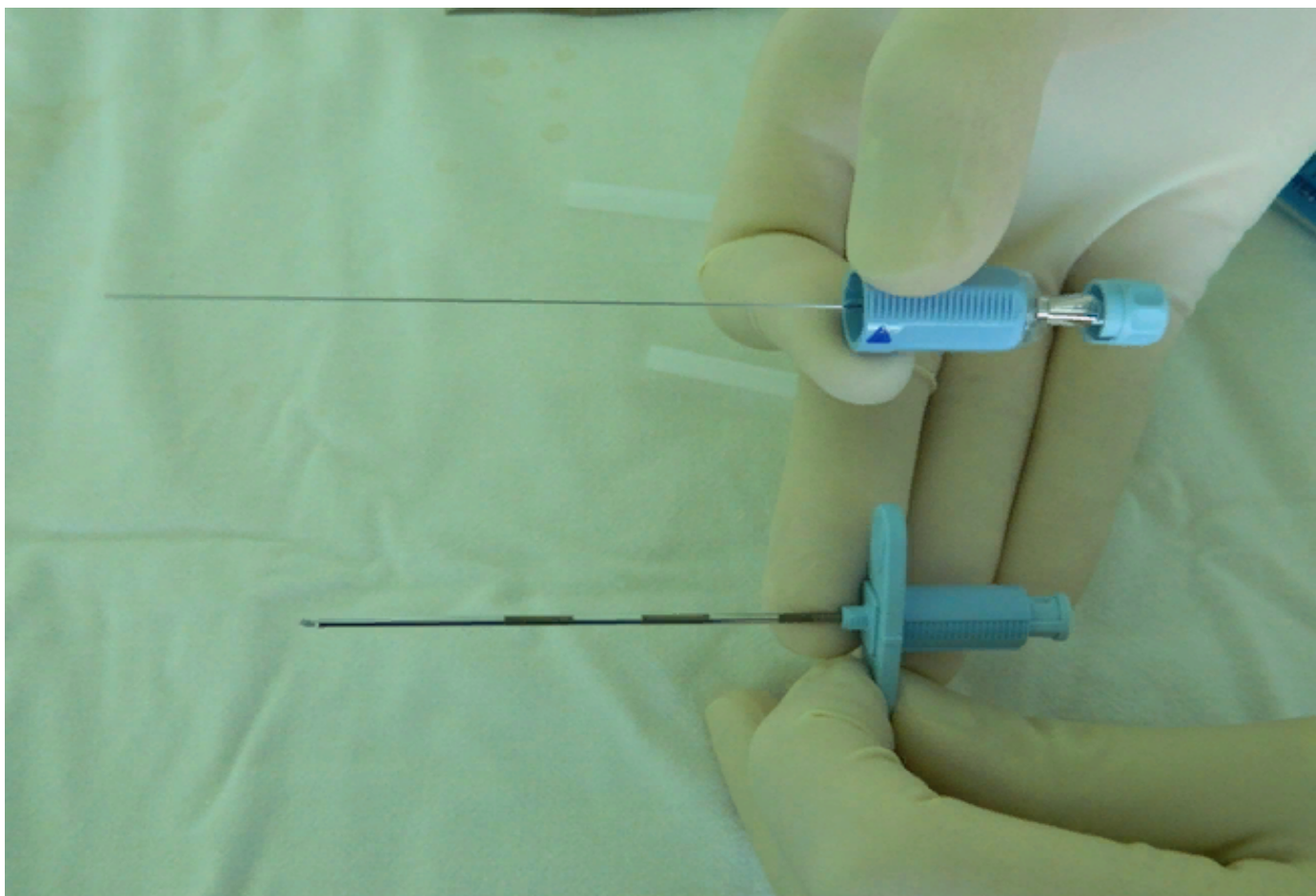




Катетеризация эпидурального пространства.



Эпидуральная игла извлечена.



И снова иглы.

Коллеги, помните наш главный девиз: Делай что должно и будь что будет!

Заведующий отделением
анестезиологии-реанимации
ФГБУЗ «ЦМСЧ-21» ФМБА России
Нечунаев А.С.

10.06.2016