



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.66-089.5

Мягков Ю.А. (*andro-myagkov@mail.ru*)¹, **Самойлов А.А.** (*alalsam@rambler.ru*)¹, **Казанцев С.Н.**², **Мягкова А.Ю.**³ — О преимуществах спинальной анестезии при оперативных вмешательствах на половом члене.

¹Филиал № 2 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва; ²Филиал № 3 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, г. Одинцово, Московская область; ³Институт медико-социальных технологий Московского государственного университета пищевых производств

Спинальная анестезия является оптимальным методом при операциях на половом члене. Эта методика защищает от интраоперационного стресса, ранней послеоперационной боли, проста в исполнении вне зависимости от конституциональных и анатомических особенностей пациента, способствует профилактике послеоперационных осложнений.

К л ю ч е в ы е с л о в а: спинальная анестезия, оперативные вмешательства на половом члене, профилактика послеоперационных осложнений.

Myagkov Yu.A., Samoilov A.A., Kazantsev S.N., Myagkova A.Yu. — On advantages of spinal anesthesia during penile surgery. Spinal anesthesia is the best method for penile surgery. This technique prevents an intraoperative stress, early postoperative pain, easy to perform, regardless of the constitutional and anatomical features of the patient and helps to prevent postoperative complications.

К е у w o r d s: spinal anesthesia, penile surgery, prevention of postoperative complications.

Важным направлением современной уроandroлогии является хирургическое лечение эректильной дисфункции, врожденных и приобретенных (болезнь Пейрони, последствия ранений) деформаций полового члена. Хирургические вмешательства на этом органе проводятся на всем протяжении кавернозных тел от головки полового члена до места прикрепления к седалищным костям, что делает нецелесообразным применение при данном вмешательстве проводниковой анестезии, поскольку требуется блокада не только дорзальных нервов, но и срамных нервов полового члена. Также отсутствует необходимость в продленной послеоперационной анальгезии вследствие незначительно го послеоперационного болевого синдрома.

Мы убедились (в самом начале работы с данной патологией), 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, 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, а также и осложнений (внутрикостное введение анестетика с быстрым попаданием его в кровь и развитием системной токсичности). Дополнительные трудности в использовании данной методики вызывает анатомическая вариабель-

ность строения крестцового канала вплоть до его отсутствия.

Таким образом, из всего арсенала анестезиологических возможностей мы отдали 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 способами анестезиологического обеспечения: надежно защищает от интраоперационного стресса, имеет среднюю длительность действия (4–8 ч), обеспечивает профилактику ранней послеоперационной боли, проста для исполнения вне зависимости от конституциональных и анатомических особенностей пациента с учетом использования современных безопасных тонких игл.

Методика позволяет без риска развития постпункционной головной боли проводить раннюю активизацию пациентов, что является профилактикой не только кардиальных осложнений, но и послеоперационной задержки мочи, не сопровождается послеоперационной гипералгезией, свойственной наркотическим анальгетикам.

За 16 лет в уроandroлогическом отделении Филиала № 2 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского (ранее 6 ЦВКГ МО РФ) и Филиале № 3 этого госпиталя выполнено 306 оперативных вмешательств на половом члене, которые проводились под спинальной анесте-



зией. В их числе: 195 фаллоэндопротезирований современными моделями пластических и надувных (2- и 3-компонентных) протезов при *эректильной дисфункции* (ЭД) органического генеза, 37 оперативных вмешательств при васкулогенной форме ЭД с перевязкой вен полового члена по методу Т.Лу, 57 операций при врожденных и приобретенных эректильных деформациях полового члена, 15 вмешательств по поводу болезни Пейрони, 2 операции по поводу перелома полового члена. Средний возраст пациентов – 47,5 года. Продолжительность спинальной анестезии составила от 60 до 180 мин.

Техника проведения спинальной анестезии осуществлялась по стандартизированной методике, которая включала предоперационную подготовку, премедикацию, прединфузию, собственно манипуляцию пункции субарахноидального пространства и введение в него местного анестетика без адывантов, интраоперационный мониторинг, сопровождение в послеоперационный период. Предоперационная подготовка представляла собой ограничение в питании (голод с 18 ч накануне, запрет питья в день операции) и назначение анксиолитиков (транквилизаторов) на ночь.

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

Прединфузия заключалась в струйном (90–200 мл/мин) внутривенном введении кристаллоидов для восполнения дефицита жидкости в связи с ограничением питья в предоперационный период.

Субарахноидальная пункция выполнялась согласно канонам седельного блока иглами карандашного типа калибра 27 G. 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 была в пределах от 7,5 до 15 мг в зависимости от конституции и массы тела.

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; неинвазивное измерение артериального давления; определение частоты дыхания при помощи реографии либо капнометрии). Гемодинамических инцидентов на фоне проведения анестезии и оперативного вмешательства интраоперационно не отмечено.

В ранний послеоперационный период после регресса моторного блока пациенты активизировались без наблюдения каких-либо постпункционных или послеоперационных осложнений в последующем. Послеоперационное купирование болевого синдрома осуществлялось НПВС и не требовало применения наркотических анальгетиков.

На основании нашего опыта считаем спинальную анестезию оптимальным методом анестезиологического обеспечения при оперативных вмешательствах на половом члене.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.361-006.6-037

Жариков Ю.О. (*deadmaster_89@mail.ru*), **Коваленко Ю.А.** (*kovalenkoya@rambler.ru*), **Чжао А.В.** (*chzhaohao@ixv.ru*) – Клинико-патологические и молекулярные факторы прогноза воротной холангиокарциномы.

Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Москва

Проведен анализ клинико-патологических и молекулярных факторов риска у 36 пациентов с воротной холангиокарциномой (опухолью Клатскина). Показано, что степень дифференцировки клеток опухоли ($p=0,0137$) и распространение опухолевой ткани на протоки S1 печени (резекция S1 печени) ($p=0011$) являются достоверно влияющими на прогноз заболевания. Между экспрессией молекулярного маркера N-cadherin и общей выживаемостью установлена умеренная корреляционная связь ($p=0,032$), между остальными маркерами – слабая ($p>0,05$), однако посредством последних возможна окончательная верификация типа клеток опухоли.

К л ю ч е в ы е с л о в а: воротная холангиокарцинома, хирургическое лечение, общая выживаемость, клинико-патологические факторы, молекулярные факторы.