

Что же это такое - современный наркоз? «Доктор, а можно под местной?»

Очень даже часто не только можно, но и нужно. И даже настоятельно желательно. Иногда хирургу бывает удобно, когда пациент остается в полном сознании или, скажем так, слегка прибалдевши, но не настолько, чтобы совсем не сотрудничать с врачом и утратить способность нормально дышать. Ведь множество операций и процедур совсем не требуют полного расслабления мышц и управляемого дыхания.

Скажите на милость: если нужно вправить вывихнутый голеностоп или вскрыть панариций – за каким дьяволом отключать мозги? При несложных вмешательствах нет смысла создавать условия, потенциально опасные для жизни, а потом героическими усилиями эту самую жизнь сохранять.

Любая палка о двух концах.

Наркоз защищает организм, но он же сильно выводит его из равновесия. Когда внутренние резервы невелики (старики, ослабленные хронические больные и т.п.), восстановить это утраченное равновесие очень нелегко, а иногда и невозможно. Вот для таких ситуаций и применяются всевозможные виды частичной анестезии.

Не буду давать здесь сложную профессиональную классификацию методов. Оно вам надо? Разделим всю эту необъятность на три части:

1. Местная анестезия.

2. Проводниковая анестезия.

3. Региональная, или, красиво говоря по-научному, *нейроаксиальная* (*нейро...* понятно, а *аксис* – ось).

Пойдем по порядку.

Местная анестезия

Как следует из названия, это метод, при котором обезболивающее вещество (*местный анестетик*) действует на очень ограниченном участке – именно там, где производится разрез или другое болезненное воздействие.

Анестетик либо пропитывает ткани (инфильтрация), либо просто прикладывается к нужному месту (аппликация).

В умелых руках местная анестезия может творить чудеса. В неумелых – превращает безобидное вмешательство в пытку, иногда создавая реальную угрозу для жизни.

Когда-то местную анестезию применяли неоправданно широко. Это причинило немало вреда. (Отдельная болезненная тема, не будем на ней застревать.)

При местной анестезии пациент обычно чувствует первый укол, а потом боль замещается ощущением распирания, напряжения – это легко переносимо. Еще через короткое время – остается своеобразное «что-то делают», но не больно.

При небольших операциях на мягких тканях, вроде удаления небольших опухолей, обработке ран, не проникающих в полости, при удалении поверхностно расположенных инородных тел – словом, в «малой хирургии» – местная анестезия во всех отношениях хороша, безопасна и вполне эффективна.

Совершенно неприменима она только в случаях панического настроения больного, при аллергии на местный анестетик (самый аллергенный – новокаин), наименее – лидокаин. Но зато новокаина можно накачать «хоть ведро», а с лидокаином или маркакаином надо соблюдать осторожность.

Практически неприменима местная анестезия у детей. Но для них придумана особая фишка: мазь «EMLA».

Если ребенку предстоит что-то болезненное: поставить катетер в вену – это чаще всего, намазывают Эмлой, сверху – шикарную наклейку (не всякому такую дают!), и через четыре часа можно шпынять совершенно безболезненно (не забывая восхвалять мужество и доблесть юного героя).

Нет смысла в местной анестезии в очаге воспаления. Там в тканях кислотно-щелочное равновесие смещено в кислую сторону (тканевой ацидоз), а молекулы местных анестетиков в таких условиях не работают.

Проводниковая анестезия

Когда нужно «выключить» определенный участок, а инфильтрация неприменима (это операции на костях, глазах и т.п. органах и частях тела, куда местный анестетик не накачаешь), используется проводниковая анестезия.

Тут можно провести простую и очень наглядную аналогию.

Здание освещено множеством лампочек в разных комнатах и закутках. Часть помещений надо затемнить.

Можно бродить по комнатам и по одной выкручивать лампочки.

Можно вырубить главный рубильник – это аналогия наркоза.

А можно найти распределительные щитки и аккуратненько обесточить на расстоянии именно те помещения, где должно быть темно.

Вот именно это и делают анестезиологи и сами хирурги.

Из анатомии отлично известно, какие нервы обеспечивают чувствительностью те или иные участки тела и как они идут там, в глубине. Вот там, на почтительном расстоянии от будущего операционного поля, к нерву подводят весьма умеренную порцию местного анестетика.

И всё, провод обесточен, рука-нога-глаз-ухо-зуб или даже «самое деликатное» – ничего не чувствуют. Режь его ножом. И режут, абсолютно безболезненно.

Проводниковая анестезия всем хороша, слов нет. Но... Она не всегда срабатывает. Даже если врач безукоризненно знает топографическую анатомию – это непременное условие – и имеет большой опыт, сама эта анатомия иногда преподносит сюрпризы в виде всяких аномалий.

Всегда существует шанс промахнуться и не заблокировать нужный нерв. Или поранить нерв иглой, что намного хуже. Или поранить кровеносный сосуд... Что тоже не сахар.

Поэтому проводниковая анестезия применяется не так часто, как надо бы, исходя из её замечательных достоинств.

Положение изменилось в последние годы, когда стали применять **специальную аппаратуру**.

Это изолированные (кроме самого кончика) иглы и электронейростимуляторы. Подавая на иглу слабые электрические импульсы, можно достаточно точно определить положение иглы относительно нерва.

Другое новшество – ультразвуковой сканер – «УЗИ». (Не автомат, упаси, Господи!). На экране этого прибора видны все нужные анатомические структуры: сосуды, нервы,

связки... и сама игла.

Сочетание электронейростимуляции с ультразвуком обеспечивает почти стопроцентную эффективность – при условии высокой квалификации врача.

Исключение составляют **операции на сонной артерии**. Тут крайне важно знать: больной в полном сознании или нет. Это надежнее любых приборов показывает, достаточно ли кровоснабжение мозга. К счастью, именно в этом месте никаких аномалий никогда не видывали, а проводниковая анестезия выполняется стандартно, легко и просто, без всяких технических забот, и работает всегда.

То же самое относится к проводниковой анестезии **на кисти и стопе**. Простой шприц, обычная игла – и полный кайф на несколько часов.

Теперь понятно, где **неприменима проводниковая анестезия**: у детей, у больных с паническим настроением и при отсутствии перечисленного оснащения и умеющего им пользоваться персонала.

Правда, у детей и боязливых взрослых можно (и нужно!) проводить блок в конце операции под наркозом. Потом долго нет никакой боли.

Иногда в том месте, где проводилась блокада, оставляют тонюсенькую (0,8 мм) трубочку, и по ней потом добавляют местный анестетик по мере надобности в течение нескольких дней.

Получается уже абсолютно безболезненная хирургия.

Региональная анестезия

Речь пойдет о спинальной и эпидуральной анестезии.

Что же это такое - современный наркоз

Автор: admin

29.05.2014 17:04 -

Вокруг этих во всех отношениях замечательных методов обезболивания накручено страшилок и прочей чепухи едва ли не больше, чем вокруг наркоза.

Не буду тратить время на перечисление лично мне известных, а просто расскажу, что это такое на самом деле.

Как известно, чувствительность всего тела (кроме лица) обеспечивается нервами, идущими из спинного мозга. Каждый спинномозговой нерв образуется от слияния двух корешков, передающих чувствительные и двигательные сигналы.

Тело вполне реально разделено на сегменты, соответственно иннервации (обеспечению чувствительности соответствующим нервом).

Понять обозначения на иллюстрации очень просто: С – шейный отдел, Т – грудной, L – поясничный и S – крестцовый.

Вполне естественно воспользоваться такой замечательной возможностью для обезболивания.

Продолжение следует...

Автор - **Аркадий Голод**

[Источник](#)