

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Назаров Ф.Ю.¹, Ярматов С.Т.²

¹Назаров Феруз Юсупович - ассистент;

²Ярматов Суворн Тотлибоевич – ассистент,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, лечебный факультет,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: послеоперационная боль остается актуальной проблемой современной хирургии. Каждое оперативное вмешательство сопровождается травматическим повреждением тканей и приводит к возникновению острого болевого синдрома, устранение которого является основной задачей в период оперативного вмешательства и послеоперационном периоде. Применение в до- и послеоперационном периоде габапентина при абдоминальных операциях, сопровождаемых общей анестезией, позволяет снизить уровень боли намного эффективнее в сравнении с НПВС – кетоналом.

Ключевые слова: послеоперационная боль, габапентина (тебантина), применение НПВС, хирургические вмешательства.

Хирургические вмешательства на органах брюшной полости доминируют в общей структуре операций различных хирургических клиник [2, 9, 15, 18]. В современном развитии абдоминальной хирургии, не смотря на развитие операций, выполняемых с применением эндоскопической техники, все еще широкое распространение имеют расширенные радикальные вмешательства, затрагивающих ряд стрессогенных органов и тканей [5, 9, 16, 20]. Важно, то, что чем массивнее повреждение тканей, тем более выражены сопровождающая его воспалительная реакция и интенсивность послеоперационного болевого синдрома [4, 6, 8, 11, 14]. Применение НПВС, в частности кетонала как базового препарата послеоперационного обезболивания недостаточно изучено как у нас в Республике, так и за рубежом [1, 3, 7, 10, 13, 21]. Также отсутствует информация по применению нового препарата Габапентина (тебантина), показавшего высокую терапевтическую активность при лечении нейропатического болевого синдрома.

Цели исследования: оценить адекватность различных методов обеспечения до и послеоперационной анальгезии при абдоминальных хирургических вмешательствах.

Материалы и методы исследования Для оценки эффективности различных методик интра и послеоперационного обезболивания за период 2017-2020 гг. на базе отделения II-терапии (кардиологии) клиники СамМИ в до и послеоперационном периоде было обследовано 79 пациента хирургического отделения, которым были проведены операции на брюшной полости, различной степени травматичности. Следует отметить, что в структуре произведенных хирургических вмешательств наибольший процент составила операция по поводу холецистэктомии (35,4%). Основной причиной холецистэктомии послужил калькулезный холецистит, который в 5% случаев от общего количества наблюдаемых больных сопровождался острым холециститом, осложненный местным перитонитом. У одного больного острый холецистит сопровождался желчным перитонитом, у одной пациентки сочетался с эхинококком печени на фоне беременности 12-13 недель, у другого пациента параллельно холецистэктомии удаляли гигантскую гемангиому печени.

Вторым по частоте являлись оперативные вмешательства по поводу эхинококка печени (13,9%), который у 2 больных сопровождался эхинококком лёгкого, операции по поводу гигантских вентральных или пупочных грыж (12,6%), паховые грыжи (13,9%), экстирпация или ампутация матки наблюдалась в 7,5% случаев, которая в половине случаев сопровождалась удалением яичников и придатков. Наименьший процент оперативного вмешательства составили операции по поводу грыжи пищеводного отверстия и острый аппендицит осложнённый перитонитом по 1,3% каждый. Из наблюдаемых больных 3 (3,8%) больных были с эпицистолитотомией и нефротомией. Наибольшую степень травматичности имели оперативные вмешательства по поводу резекции желудка которые наблюдались в 6,3% случаев и эхинококкоза печени. Физический статус больных оценивали в соответствии с «Классификацией степени риска общей анестезии» утвержденной Американской ассоциацией анестезиологов (ASA), и основанной на градации физического состояния больных. Физический статус больных в подавляющем большинстве соответствовал классу II –III ASA, т.е. у основного процента больных имелись определенные факторы анестезиологического риска.

Высокий анестезиологический риск у данной категории больных был обусловлен сопутствующими заболеваниями. Доминировали заболевания сердечно-сосудистой системы - атеросклероз, ИБС, в трех случаях наблюдался постинфарктный кардиосклероз, у 3 (3,8%) наблюдались аритмии различного типа, почти у одной трети пациентов наблюдалась гипертоническая болезнь (30,3%), различной степени

выраженности, у 3 (3,8%) пациентов наблюдалось варикозное расширение вен нижних конечностей. Нередко сопутствовали заболевания органов дыхания из них наиболее часто встречалась бронхиальная астма, хронический бронхит, в том числе бронхит курильщика. Из заболеваний ЦНС у 4 (5%) больных наблюдалась мигрень и перенесённый инсульт у 3 (3,8%). Хронический пиелонефрит и эндокринные заболевания являлись прерогативой женского пола, из них сахарный диабет II типа наблюдался у 11 (13,9%) больных, а ожирение I и II степени у 15 (18,9%) (таблица 2.1.3). Анализируя возрастной уровень исследованных больных было выявлено, что основную массу составили больные в возрасте от 31 до 45 лет, (31,6%), довольно большую часть больных составили пациенты пожилого возраста от 56-70 лет (18,9%) и больные старческого возраста старше 70 лет (6,3%), что значительно повышало анестезиологический риск. В тоже самое время количество молодых пациентов составило 16,4%, а известно, что болевой синдром более выражен в молодом возрасте. В обследованных группах в основном преобладали женщины (62%). В терапевтической практике весьма важна масса тела, так как люди с избыточной массой тела и ожирением нуждаются в повышенных дозах анестетиков. Так, масса тела пациентов перенесших лапаротомию составила у женщин в среднем $80,8 \pm 6,7$ кг/м², а у мужчин $90,6 \pm 8,8$ кг/м². При анализе массы тела всей выборки было выявлено, что нормальная масса тела наблюдалась у 37,9% женщин и 13,9% мужчин, избыточную массу тела в основном имели женщины, тогда как у мужчин больше наблюдалось больше случаев ожирения I и II степени.

Результаты исследования. Все больные были обследованы с применением общеклинических методов исследования, с определением ЧД, ЧСС, АД. Общие лабораторные методы исследования включали в себя: общий анализ крови и общий анализ мочи, свертываемость по Сухареву, ПТИ, ПТВ которые были проведены по общепринятым методикам. Биохимический анализ крови включал в себя определение содержания общего белка крови по унифицированному методу, при котором белки сыворотки крови реагируя в щелочной среде с серноокислой медью и образуют соединения, окрашенные в фиолетовый цвет.

Общий, прямой и непрямой билирубин определяли колориметрическим методом по Йендрашику [12]. Уровень трансаминаз (АлАТ и АсАТ определяли колориметрическим динитрофенилгидразиновым методом по Райтману, Френкелю). Остаточный азот был определён гипобромитным методом Раппопорта Эйхгорна. Мочевина в сыворотке крови и моче определялась по цветной реакции с диацетилмонооксимом. Уровень креатинина крови и мочи был определен по цветной реакции Яффе. Клиренс креатинина был определен по формуле

$$X = (C_{ст} \cdot E_{оп} \cdot D) / E_{ст} \cdot a$$

Где X количества креатинина в суточной моче

$C_{ст}$ – количество креатинина в стандартной пробе (0,5мг)

$E_{оп}$ – экстинция опытной пробы

D – суточное количество мочи

A – количество мочи, взятой для анализа (0,5мл)

Определение глюкозы крови натошак проводили глюкозооксидазным методом с помощью наборов «Новоглюк – К.М., ЗАО «Вектор – Бест». Уровень сахара в крови натошак более 5,6 ммоль/л но менее 6,1 ммоль/л оценивали как гипергликемию

Дополнительно была определена щелочная фосфатаза на биохимическом анализаторе. Инструментальные исследования включали электрокардиографию (Электрокардиограф ЮКАРД-100, Украина). Эхокардиографию (Ультразвуковой сканер SSI - 5000). Всем больным было проведено ультразвуковое исследование на аппарате (Ультразвуковой сканер SSI - 5000).

По показаниям были проведены специальные методы исследования: контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, ЭФГДС. Все больные были проконсультированы терапевтом по показаниям гастроэнтерологом, эндокринологом. Осуществлялся непрерывный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ с интерпритацией сегмента S-T, SaO₂, посредством монитора «Nikon-Kohden» (Япония).

Обсуждение. Для определения качества обезболивания после операции нами была применена визуальная аналоговая шкала. Больной ставит на линии вертикальную отметку, соответствующую уровню боли. Обезболивание признается адекватным, если больной не отмечает болей в покое, а при движении, кашле возникает умеренная боль, не ограничивающая их. Эффективность обезболивания определяется оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии. В хирургических отделениях периодичность оценки интенсивности боли составляет 4–8 часов, что зависит как от выраженности боли, так и от эффективности обезболивания.

При решении вопроса о необходимости обезболивания необходимо ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли (пороги вмешательства). В частности, по 10–балльной визуально–рейтинговой шкале максимально допустима интенсивность боли 3 балла в покое и 4 балла при движении (кашле). Внезапное усиление интенсивности боли, особенно связанное с появлением таких признаков, как гипотензия, тахикардия, лихорадка, требует немедленной комплексной оценки

состояния пациента, поскольку может быть связано с развитием хирургических осложнений, тромбоза глубоких вен и т.д.

Выводы исследования: 1. Применение в до и послеоперационном периоде габапентина при абдоминальных операциях, сопровождаемых общей анестезией, позволяет снизить уровень боли намного эффективнее в сравнении с НПВС – кетоналом. 2. На фоне применения габапентина при абдоминальных операциях, сопровождаемых общей анестезией, не отмечается существенных сдвигов основных гемодинамических и гуморальных показателей, что служит критерием адекватности до и после операционного обезболивания.

Список литературы

1. Бекмурадова М.С., Гаффоров Х.Х., Ярматов С.Т. Значение определения мозгового натрийуретического пептида в процессе диагностики хронической сердечной недостаточности // Достижения науки и образования, 2020. № 4 (58).
2. Давлатов С.С., Хакимов Н. Обоснование мининвазивных симультанных операций в абдоминальной хирургии // Сборник научных трудов одарённых студентов СамМИ. 29 мая 2009 г. С. 94-95.
3. Давлатов С.С., Норбоева Р.Ш., Баласанян А.Ю. Минилапаротомная холецистэктомия у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // Сборник научных трудов одарённых студентов и резидентов магистратуры СамМИ. 25 мая- 2010 года. С. 189-190.
4. Давлатов С.С., Кан С.А., Абдураимов З.А., Усаров Ш.Н. Пути устранения послеоперационных осложнений при герниопластике вентральных грыж у больных сопутствующим ожирением// Медицинский журнал Узбекистана, 2017. № 3. С. 28–33.
5. Давлатов С.С., Рашиди С. Минилапаротомная холецистэктомия у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // «Актуальные вопросы медицины» Материалы конференции молодых ученых. Ургенч - 2010 й. С. 31-32.
6. Исмаилов А.О., Давлатов С.С. Обоснование минилапаротомных операций при желчнокаменной болезни, осложненной гнойным холангитом// Материалы 80-ой Юбилейной Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием. г. Иркутск. 22-24 апреля 2013 г. С. 421.
7. Махмудов Т.Б., Давлатов С.С. Мининвазивные ассистированные операции при сочетанной патологии щитовидной железы и желчекаменной болезни // Сборник Научно-практической конференций молодых ученых СамМИ. 2 марта 2010 года. С. 137-138.
8. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Зайниев А.Ф., Бердиев У. Обоснование минилапаротомных операций при желчекаменной болезни, осложненной гнойным холангитом// Сборник научных трудов одарённых студентов и резидентов магистратуры СамМИ. 25 мая 2010 года. С. 378.
9. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Юлдашев П.А., Марданов Ж.Н., Хасанжонов А.У. Способ выбора оперативного доступа при холецистэктомии у больных экстракостальными и ретрокостальными расположениями желчного пузыря // Сборник научно-практической конференции молодых ученых СамМИ. 2 марта 2010 года. С. 163-164.
10. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Значение эхокардиографии в прогнозе исхода операций при желчекаменной болезни // «Завадские чтения» материалы V научно-практической конференции молодых ученых с международным участием 20 марта 2010 года. Ростов-на-Дону. С. 163.
11. Рахимов А.У., Давлатов С.С., Сулейманова Н., Холбеков Б.К. Способ предоперационной подготовки больных с большой вентральной грыжей // Ихтиролар. Расмий ахборотнома. № 4. 29.04.2016. С. 8.
12. Самиев У.Б., Гаффоров Х.Х., Махмудова Х.Д. Спирографическая эффективность внутривенного введения изосорбита динитрат (изокет) у больных с хронической сердечной недостаточностью // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53).
13. Самиев У. Б. и др. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. Особенности клинического течения и диагностики // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53).
14. Сулаймонова Н., Муратова С.Р., Рахимов А.У., Давлатов С.С. Предоперационная подготовка больных с большими вентральными грыжами// Материалы конференции Анестезиологов и реаниматологов Узбекистана. 28-29 апрель, 2016. С. 74.
15. Хамдамов Б.З., Тешаев О.Р., Мардонов Ж.Н. Пути профилактики послеоперационных осложнений при лечении синдрома диабетической стопы // Журнал теоретической и клинической медицины, 2015. № 2. С. 48-50.
16. Хамдамов Б.З., Тешаев Ш.Ж., Хамдамов И.Б., Тешаев У.Ш. Пути профилактики послеоперационных осложнений при лечении синдрома диабетической стопы // Международная научно-практическая конференция. Местное и медикаментозное лечение ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых. Сочи. Россия, 2015. С. 236-237.

17. *Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А.* Место лазерной фотодинамической терапии в профилактике послеоперационных осложнений синдрома диабетической стопы // Проблемы биологии и медицины, 2019. № 1. С. 112-115.
18. *Ярмухамедова Г.Х. и др.* Особенности полиморфизма гена NO-синтазы у больных узбекской национальности с хронической сердечной недостаточностью // Журнал теоретической и клинической медицины, 2017. № 3. С. 36-37.
19. *Ярмухамедова С.Х., Бекмурадова М.С.* Развитие сердечной недостаточности у больных с гипертонической болезнью по показателям натрийуретического пептида // Евразийский кардиологический журнал, 2019. № s2. С. 283-284.
20. *Davlatov S.* Ways to eliminate early postoperative complications in plastic ventral hernias in patients with obesity grade III-IV // III International Medical and Pharmaceutical Congress. Чернівці, 2016. С. 593.
21. *Ihtiyarova G.A.* Modern and differentiated approaches to the management of pregnant with a dead fetus // International Journal of Applied and Fundamental Research, 2013. № 2. С. 191-191.