
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В МАЛОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

*Зинченко О.В.**Ставропольский государственный медицинский университет
Россия***OPTIMIZATION OF METHODS OF PERIOPERATIVE PAIN IN PATIENTS AFTER HEMORRHOIDECTOMY***Zinchenko O.V.**Stavropol state medical University
Russia***АННОТАЦИЯ**

Проведена сравнительная оценка эффективности методов периоперационного обезбоживания в малой колопроктологии. При анализе полученных результатов, было установлена несостоятельность традиционной схемы обезбоживания на основе системного введения опиоидных анальгетиков, применение мультимодальной схемы обезбоживания: эпидуральная анальгезия в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами, позволяет обеспечить адекватное послеоперационное обезбоживание у больных после геморроидэктомии.

ABSTRACT

A comparative evaluation of the effectiveness of methods of perioperative analgesia in small Coloproctology. At the analysis of obtained results it was installed insolvency of the traditional scheme of anesthesia on the basis of the systemic administration of opioid analgesics, the use of multimodal scheme of anesthesia: epidural analgesia in combination with non-steroidal anti-inflammatory drug, allows adequate postoperative analgesia in patients after hemorrhoidectomy.

Ключевые слова: геморроидэктомия, эпидуральная анестезия.

Keywords: hemorrhoidectomy, epidural anesthesia.

Сложившееся мнение, что интенсивность боли в послеоперационном периоде исходно определяется видом хирургического вмешательства и чем обширнее операция, тем выраженнее болевой синдром не всегда состоятельно. Малые хирургические вмешательства в колопроктологии, вызывают выраженный послеоперационный болевой синдром, который приносит страдания и ухудшает качество жизни оперированных больных. К данной категории оперативных вмешательств следует отнести операции, выполняемые по поводу геморроя.

Геморроидэктомия непродолжительна по времени, но сопровождается интенсивной ноцицептивной стимуляцией во время операции и выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде. Компактная зона иннервации аноректальной зоны делает возможным проведение низкого спинального блока для обеспечения интраоперационной анальгезии, однако спинальный блок имеет определенные временные рамки и распространяется только на первые часы периоперационного периода, а в дальнейшем требуется применение опиоидных анальгетиков. Все это и послужило основанием для проведения данного исследования.

Клиническая часть работы основана на результатах комплексного обследования и лечения 80 больных находящихся на лечении в отделении колопроктологии городской клинической больницы, в возрасте от 28 до 65 лет, с хроническим геморроем 3-4 степени, которым в условиях

нейроаксиальной анестезии была выполнена геморроидэктомия. Средний возраст больных составил 46,5 лет.

В зависимости от способа проведения периоперационного обезбоживания все пациенты вошедшие в исследование были разделены на две группы:

Первая группа (основная, n=40), проводилась мультимодальная схема обезбоживания: эпидуральная анальгезия (Рационализаторское предложение № 1246 от 29.06.2010 г. СтГМА) - 0,375% раствором Ропивакаина гидрохлорида (Наропин) вводимого в эпидуральный катетер с помощью эластомерной инфузионной помпы EasyPump II LT 400-40-S 10 (B.Braun), Германия, в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена (Кетонал 5%) 100 мг два раза в сутки. Катетеризацию эпидурального пространства выполняли на уровне L₃-L₄, либо L₄-L₅ с каудальным направлением катетера до уровня L₅-S₁ стандартным набором "Minipack" (SIMS Portex).

Вторая группа (контрольная, n=40) применялась традиционная схема обезбоживания принятая в данном лечебном учреждении - Промедол 2% - 20 мг внутримышечно 4 раза в сутки.

Уровень адекватности обезбоживания определяли по 10 бальной цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), удовлетворенности пациентом качеством обезбоживания. Для объективизации степени выраженности болевого синдрома в периоперационном периоде проводилось определение уровня нейропептида- субстанции Р

(Subst P), как основного маркера стресса и выраженности уровня боли. Исследование проводилось с помощью неконкурентного твёрдофазного иммуоферментного анализа.

Динамику показателей Subst P определяли путем сравнения его концентраций в сыворотке крови на 1, 2 и 3 сутки после проведенной геморроидэктомии. Анализ полученных данных проводился с использованием возможности лицензионного пакета Statistica 6,0.

Результаты исследования и их обсуждение

В периоперационном периоде в контрольной группе исследования длительность анальгетического эффекта после однократного внутримышечного введения наркотического анальгетика составляла $2,8 \pm 1,1$ часа, а интенсивность боли оценивалась пациентами в 8 баллов по ЦРШ в 75% случаев, в 25% случаев в 6-5 баллов, что требовало сокращения времени между введением анальгетика, либо дополнительного введения нестероидных противовоспалительных средств (кетопрофен).

В основной группе исследования в 69 % случаев уровень болевых ощущений оценивался в 0 баллов по ЦРШ, в 20 % случаев в 1 балл и в 11% случаев в 2 балла. Результаты субъективной оценки уровня адекватности обезболивания по ЦРШ были подтверждены объективными статистически значимыми различиями между пациентами основной и контрольной групп наблюдения.

Динамическое сравнение изменений показателей исследуемого нейропептида как маркера объективной оценки выраженности уровня послеоперационного болевого синдрома, в основной и контрольной группе выявило следующие закономерности: уровень Subst P (основная группа - 0,22 нг/мл и 0,23 нг/мл - контрольная) постоянно снижался у пациентов основной группы наблюдения, медиана показателя при этом составляла к третьим суткам послеоперационного периода 0,07 нг/мл, межквартильный интервал (25%-75%) равен 0,069-0,71 нг/мл, в контрольной же группе уровень нейропептида возрастал и составил 3,72 нг/мл при интервале 25%-75% равном 1,47-5,94 нг/мл ($p < 0,05$).

Послеоперационное обезболивание в контрольной группе исследования в 85% случаев было признано как «неудовлетворительное» и лишь в 15% случаев как «удовлетворительное», В основной группе исследования все пациенты

отметили хороший уровень послеоперационного обезболивания.

Выводы:

1. Системное применение опиоидных анальгетиков не позволяет обеспечить адекватный уровень обезболивания у больных после геморроидэктомии.

2. Длительная эпидуральная анальгезия 0,375% раствором ропивакаина в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена позволяет обеспечить адекватное послеоперационное обезболивание, психический и эмоциональный комфорт больных после геморроидэктомии, что в конечном итоге приводит к улучшению качества жизни больных в послеоперационном периоде.

Литература:

- [1] Никола В.В., Бондаренко А.В., Брусин В.И. Постоянная эпидуральная инфузия ропивакаина в послеоперационном периоде. // Анестезиология и реаниматология 2000 №5, с.76-79
- [2] Овечкин А.М., Свиридов С.В. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы // Регионарная анестезия и лечение острой боли, 2006; 1(0);61-75.
- [3] Овечкин А.М. Современные местные анестетики: клиническое значение и безопасность применения // Клиническая анестезиология и реаниматология, 2006. 3(1):23-31
- [4] Овечкин А.М., Романова Т.Л. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины // Русский медицинский журнал, 2006. 14(10);3-10
- [5] Овечкин А.М. Послеоперационный болевой синдром: клиничко-патфизиологическое значение и перспективные направления терапии. // Consillium Medicum 2005г., т. 7, №6, с.486-490
- [6] Осипова Н.А.. Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков. // Российский консенсус "Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений". - М., 2000.
- [7] Осипова Н.А, Вереснев В.А, Петрова В. В. Опыт использования анальгетиков периферического действия в системе комплексной защиты пациента от операционной травмы. // Анестезиология реаниматология 2002 г., №4, с. 23-26.