

© 2014 С.А. Пряников, И.Г. Лещенко, Н.А. Додонова, А.Б. Демурчиев

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У ВЕТЕРАНОВ ВОЙН В СИСТЕМЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

В статье рассмотрены методы купирования послеоперационной боли у ветеранов войн в системе интенсивной терапии. Установлено, что послеоперационное обезболивание следует начинать до возникновения болевого синдрома, с внутримышечного введения НПВП (кетонал 100 мг) сразу после поступления в ОРИТ, затем в плановом порядке, каждые 8-12 часов с сочетанным применением парацетамола по 1 г 2-3 раза в сутки. Послеоперационное обезболивание у ветеранов войн необходимо проводить в условиях обязательного мониторингового наблюдения за параметрами гемодинамики, вариабельности сердечного ритма, дыхания, газообмена, а при использовании опиоидных анальгетиков – с обязательной пульсоксиметрией. Предлагаемая тактика терапии болевого синдрома у ветеранов войн повышает качество послеоперационного обезболивания за счет высокого уровня безопасности и способствует ранней послеоперационной адаптации.

*Ключевые слова:* боль, интенсивная терапия, послеоперационное обезболивание

**Актуальность проблемы.** Демографические показатели, опубликованные ООН, указывают, что в XXI веке 590 млн человек (9,65% планируемого населения Земли) будут в возрасте старше 60 лет. Приблизительно половина этой популяции в течение дальнейшей жизни нуждается в оперативных вмешательствах. Ближайший послеоперационный период является важнейшим этапом лечения, где значимую роль занимает послеоперационное обезболивание [7,8]. В большинстве развитых стран неадекватное послеоперационное обезболивание рассматривается как нарушение прав человека, в том числе и в РФ.

Статистические данные, посвященные эффективности и безопасности послеоперационного обезболивания в современной практике убедительно доказывают, что проблема адекватности анальгезии продолжает существовать. По данным литературы, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75% пациентов [1,2,3]. Примечательно, что низкое качество лечения острой боли характерно не только для хирургических отделений, но и для отделений реанимации и интенсивной терапии, где, казалось бы, есть все условия для адекватного обезболивания. У пациентов отделений РИИТ особенно велико значение психологических факторов, усиливающих интенсивность послеоперационного болевого синдрома [15,16]. По мнению ряда авторов [21,22,23] причины неадекватного послеоперационного обезболивания следующие: организационные проблемы — 62,5%, дефицит времени медперсонала — 61,9%, отсутствие мотивации медперсонала — 38,8%, несоблюдение принципа мультимодального лечения боли — 37,7%, трудность оценки боли — 37,0% и недостаток знаний медперсонала — 30,1%. Сама по себе боль, представляя значительную часть проблемы, является первопричиной развития патологического послеоперационного синдромокомплекса, характеризующегося дисфункцией сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, гемостаза и центральной нервной системы [4,5,6].

Современная концепция формирования болевого ощущения предполагает многоуровневую ноцицептивную систему [9,10,11], включающую в себя:

- трансдукцию – повреждающее воздействие, вызывающее электрическую активацию свободных нервных окончаний афферентных аксонов, расположенных в тканях (т.е. формирование первичного ноцицептивного импульса);
- трансмиссию – передачу ноцицептивных импульсов по афферентным аксонам из зоны повреждения в спинной мозг;
- модуляцию – подавление интернейронами II пластины задних рогов спинного мозга высвобождения нейротрансмиттеров из ноцицептивных нейронов, т.е. препятствие активации нейронов 2-го порядка;

•перцепцию – обработку ноцицептивной информации в коре головного мозга, формирование ощущений и эмоционально-аффективных компонентов боли.

В настоящее время не существует идеального анальгетика или метода лечения острой послеоперационной боли. Приблизиться к решению проблемы послеоперационного обезбоживания можно лишь реализовав концепцию мультимодальной анальгезии, предусматривающей одновременное назначение двух и более анальгетиков и/или методов обезбоживания, обладающих различными механизмами действия и позволяющих достичь адекватной анальгезии при минимуме побочных эффектов, присущих назначению больших доз одного анальгетика в режиме монотерапии (см. рисунок) [10,12,13].

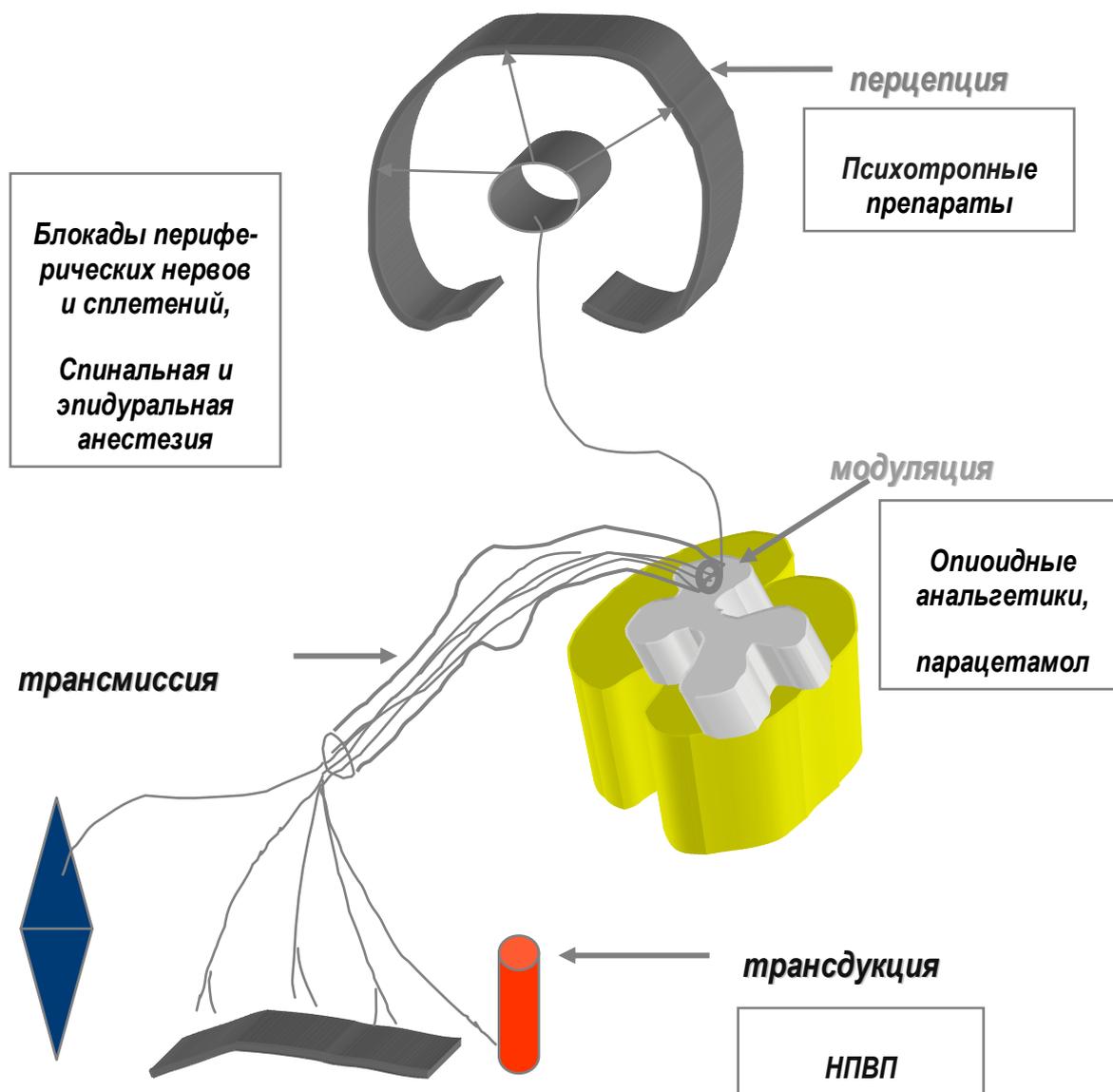


Рис. Принципиальная схема многоуровневой антиноцицепции (по Ф.М.Ферранте, 1998)

Современные возможности лечения послеоперационной боли предусматривают использовать только те анальгетики и анестетики, эффективность и безопасность назначения которых подтверждена доказательствами I (систематизированные обзоры и метаанализы) и II (рандомизированные контролируемые исследования с определенными результатами) уровня. На сегодняшний день к ним относятся нестероидные противовоспалительные препараты, парацетамол, антагонисты NMDA-рецепторов, опиоидные анальгетики и регионарная (эпидуральная) анальгезия [10,13,20].

Большинство нестероидных противовоспалительных препаратов являются неселективными ингибиторами фермента циклооксигеназы, подавляя действие обеих его изоформ (разновидностей) — ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Циклооксигеназа отвечает за выработку простагландинов и тромбоксана и арахидоновой кислоты, которая в свою очередь получается из фосфолипидов клеточной мембраны за счёт фермента фосфолипаза А2. Простагландины среди прочих функций являются посредниками и регуляторами в развитии воспаления.

Механизм действия парацетамола связан с угнетением образования простагландинов и снижением их действия на чувствительность нервных клеток к механическим и химическим раздражителям.

Сочетание НПВП с парацетамолом на сегодняшний день самая используемая комбинация в мире (доказательства I уровня, Кокрановская база данных) [24, 25].

**Цель исследования.** Оптимизировать протоколы послеоперационного обезболивания у ветеранов войн при оперативных вмешательствах различной травматичности.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 89 ветеранов войн в возрасте от 49 до 84 лет (средний возраст  $76 \pm 6,7$  года), прооперированных в плановом порядке в хирургическом и урологическом отделениях СОКГВВ в 2011-2013 гг. В зависимости от обширности, объема и зоны вмешательств операции были разделены на операции высокой, средней и низкой травматичности согласно Европейским стандартам [17] (табл. 1).

Таблица 1

Структура больных, включенных в исследование (n= 89)

Травматичность операции	Вид операции	n
Низкая (n=57)	Грыжесечение	32
	Лапароскопическая холецистэктомия	18
	Флебэктомия	7
Средняя (n= 26)	Открытая холецистэктомия	9
	ТУР предстательной железы	17
Высокая (n=6)	Ампутация бедра	6

В соответствии травматичностью проведенных хирургических вмешательств все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 57 пациентов, которым были выполнены грыжесечение (n=32), лапароскопическая холецистэктомия (n=18) и флебэктомия (n=7). Средний возраст  $69 \pm 4$  лет. Во вторую группу вошли 26 человек: 9 – после холецистэктомии лапаротомическим доступом и 17 человек после ТУР простаты. Средний возраст пациентов  $71 \pm 6$  лет. Третья группа представлена 6 пациентами, которым выполнена ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра. Средний возраст  $78 \pm 3,5$  лет. Все пациенты имели по 4 и более сопутствующих заболевания в стадии ремиссии или компенсации. Критериями исключения явились пациенты с хроническими гематологическими заболеваниями с нарушением свертываемости крови, декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний в раннем послеоперационном периоде и выраженные когнитивные нарушения.

Мультиmodalную послеоперационную анальгезию у ветеранов войн проводили с учетом современных рекомендаций [1, 4, 20].

Пациентам первой группы при поступлении из операционной назначались НПВП (кетонал 100 мг внутримышечно каждые 12 часов) + парацетамол 1 г (внутривенная инфузия в течение 15 минут) 2 раза в сутки. При недостаточной эффективности добавляли слабые опиоиды (трамадол).

Больные второй группы получали НПВП (кетонал 100 мг внутримышечно 3 раза в сутки) + парацетамол 1 г (внутривенно инфузионно в течение 15 минут) 3 раза в сутки + промедол 20 мг внутримышечно 2 раза в сутки.

В третьей группе пациентов применяли продленную эпидуральную анальгезию (поясничный уровень) с использованием эпидурально бупивакаина 0,25% 4-6 мл/час (или лидокаина 2% -1,5-2 мл/час) + фентанил 0,1-0,3 мг/сут добавлением НПВП (кетонал 100 мг в

мышцу 2 раза в сутки) + парацетамол 1 г (внутривенно инфузионно в течение 15 мин) 2 раза в сутки.

**Результаты исследования.** Пациенты, которым интраоперационно применяли нейроаксилярные методики обезболивания, поступали в отделение интенсивной терапии с достаточным анальгетическим компонентом — интенсивность боли оценивалась  $5 \pm 3,5$  балла. Больным, оперированным под общим обезболиванием с ИВЛ ( $n=14$ ) оценку интенсивности боли проводили сразу после пробуждения и экстубации на фоне уже начатой в отделении интенсивной терапии мультимодальной послеоперационной анальгезии; интенсивной боли у этой категории больных составила  $46,5 \pm 4,1$  балл. Динамика интенсивности послеоперационного болевого синдрома по шкале ВАШ представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика интенсивности послеоперационного болевого синдрома по шкале ВАШ ( $n=89$ )

Часы	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
1	-	-	-
2	$27,2 \pm 2,5$	$37,8 \pm 1,6$	$21,5 \pm 1,7$
3	$42,1 \pm 3,4$	$44,6 \pm 2,1$	$20,1 \pm 2,0$
4	$37,5 \pm 2,4$	$46,4 \pm 2,4$	$22,1 \pm 2,3$
5	$42,8 \pm 2,5$	$47,7 \pm 1,9$	$27,9 \pm 3,4$
6	$39,5 \pm 2,7$	$53,3 \pm 2,2$	$32,1 \pm 3,5$
8	$36,4 \pm 1,9$	$42,4 \pm 1,9$	$30,3 \pm 2,9$
12	$38,2 \pm 2,0$	$49,4 \pm 1,5$	$29,4 \pm 2,1$
18	$36,1 \pm 1,6$	$47,3 \pm 1,4$	$33,1 \pm 4,1$
24	$36,4 \pm 1,1$	$43,2 \pm 1,2$	$35,1 \pm 3,3$
30	$35,2 \pm 1,3$	$35,3 \pm 1,2$	$30,3 \pm 2,1$
36	$31,8 \pm 1,7$	$37,1 \pm 2,1$	$31,5 \pm 2,0$
42	$31,4 \pm 1,2$	$36,1 \pm 1,9$	$37,0 \pm 2,8$
48	$29,4 \pm 1,2$	$36,5 \pm 1,4$	$37,0 \pm 2,1$

Интенсивность боли исходно несколько выше в группе пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства средней травматичности. Пациенты третьей группы поступали в отдРиИТ из операционной с достаточным эпидуральным блоком, обеспечивающим эффективную анальгезию. Эффективный анальгетический эффект, кроме того, был обусловлен и применением опиоидных анальгетиков. Постулаты доказательной медицины, касающиеся назначения опиоидных анальгетиков, свидетельствуют, что частота клинически значимых побочных эффектов опиоидов имеет дозозависимый характер и у пациентов старших возрастных групп возраст в большей степени, чем масса тела, определяет требуемую дозу опиоидов. Кроме того, нарастание уровня седации является более ранним признаком угнетения дыхания опиоидами, чем снижение частоты дыхания [1, 24, 25]. Мы применили опиоидные анальгетики у 23 пациентов (25,8 %), из них при операциях низкой травматичности — у 12 больных (21 %), при оперативных вмешательствах средней травматичности — у 6 пациентов (23,1 %) и при операциях высокой травматичности — у 4 больных (66,6 %). Суточная потребность в наркотических анальгетиках отражена в таблице 3.

Таблица 3

Суточная потребность в наркотических анальгетиках

Травматичность операции	Наркотические анальгетики	Число пациентов $n$ (%)	Периодичность назначения
Низкая	Промедол 20 мг	5 (8,77%)	1 раз в сутки
	Промедол 20 мг	8 (14%)	2 раза в сутки
Средняя	Промедол 20 мг	4 (15,4%)	1 раз в сутки
	Промедол 20 мг	1 (3,8%)	2 раза в сутки
	Фентанил 0,1 мг	1 (3,8%)	1 раз в сутки
Высокая	Промедол 20 мг	2 (33,3%)	1 раз в сутки
	Промедол 20 мг	2 (33,3%)	2 раза в сутки

Таким образом, применение методики мультимодального послеоперационного обезболивания с воздействием на процессы модуляции опиоидными анальгетиками у 25 % наших пациентов подтверждает ее опиоид-сберегающий эффект [Peduto V.A. et al., 1998]

### Выводы

• Послеоперационное обезболивание следует начинать до возникновения болевого синдрома, с внутримышечного введения НПВП (кетонал 100 мг) сразу после поступления в ОРИТ, затем в плановом порядке, каждые 8-12 часов с сочетанным применением парацетамола по 1 г 2-3 раза в сутки.

• Послеоперационное обезболивание у ветеранов войн необходимо проводить в условиях обязательного мониторингового наблюдения за параметрами гемодинамики, вариабельности сердечного ритма, дыхания, газообмена, а при использовании опиоидных анальгетиков — с обязательной пульсоксиметрией.

• Предлагаемая тактика терапии болевого синдрома у ветеранов войн повышает качество послеоперационного обезболивания за счет высокого уровня безопасности и способствует ранней послеоперационной адаптации.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Овечкин А.М. Обезболивание и седация в послеоперационном периоде: реалии и возможности / А.М. Овечкин, Д.В. Морозов, И.П. Жарков // Вестник интенсивной терапии. - 2001. - №4. - С. 47-60.
2. Dolin S., Cashman J., Bland J. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data // Br.J.Anaesth. - 2002. - V.89. - P. 409-423.
3. Мейсснер В. Эпидемиология послеоперационной боли / В. Мейсснер // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Вып. 18. - Архангельск, 2012. - С. 146-151.
4. Современные тенденции лечения послеоперационной боли: материалы заседания круглого стола, посвященного проблеме послеоперационной боли и способам ее решения. - М., 2005. - адрес доступа: [www.con-med.ru/conferences/93/2923/2918.html](http://www.con-med.ru/conferences/93/2923/2918.html).
5. Халикова Е.Ю. Новые возможности в послеоперационном обезболивании / Е.Ю. Халикова, Т.М. Алексева, И.В. Лапкина // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2012. - Т.2. - №2. - С. 62-66.
6. Осипова Н.А. Боль в хирургии. Средства и способы защиты / Н.А. Осипова, В.В. Петрова. - М.: «Медицинское информационное агентство», 2013. - 464 с.
7. Лист В. Анестезия у пожилых / В. Лист // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Вып. 5. - Архангельск, 1998. - С. 67-70.
8. Руководство по анестезиологии / Под ред. Ф.С. Глумчера, А.Й.Трещинского. - Киев: Медицина, 2008. - 608 с.
9. Николаев А.В. Актуальная проблема послеоперационного периода / А.В. Николаев. - адрес доступа: [www.painstudy.ru](http://www.painstudy.ru)
10. Послеоперационная боль. Руководство / Пер. с англ под ред. Ф. Майкла Ферранте, Тимоти Р. ВейдБонкора. - М.: Медицина, 1998. - 640 с.
11. Морган Дж.Э., Михаил М.С. Клиническая анестезиология: книга 1 / Изд. 4-е, испр. - пер. с англ. - М.: Изд-во БИНОМ, 2011. - С. 406-411.
12. Анестезиология и интенсивная терапия: 21 взгляд на проблемы XXI века / Под ред. А.М. Овечкина. - М.: Изд-во БИНОМ, 2011. - С. 90-107.
13. Муляр А.Г. Патфизиологические аспекты болевого синдрома и его фармакологическая коррекция / А.Г. Муляр, С.А. Рабинович, Е.В. Зорян, М.Т. Гасанов, В.В. Михайлов. - М.: МГМСУ, 2005. - 112 с.
14. Ежевская А.А. Проблема обезболивания у пациентов пожилого и старческого возраста / А.А. Ежевская // Тольяттинский медицинский консилиум. - Тольятти, 2013. - №3-4. - С. 120-127.
15. Овечкин А.М. Боль в Европе: обзор материалов 2-го конгресса Европейской ассоциации по изучению боли [текст] // А.М. Овечкин, А.В. Гнездилов. - Анестезиология и реаниматология, 1998. - №5. - С. 64-71.
16. Yang R., Wolfson M., Lewis M.C. Unique Aspects of the Elderly Surgical Population. An Anesthesiologists Perspective Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2011 March; 2: 56-64.
17. European Minimum Standards for the Management of Postoperative Pain. - 1998.
18. Шейх-Заде Ю.Р. Альтернативный подход к оценке вариабельности сердечного ритма / Ю.Р. Шейх-Заде, В.В. Скибицкий, А.М. Катханов // Вестник кардиологии. - 2001. - №22. - С. 49-61.
19. Уваров Д.Н. Методические рекомендации «Протоколы периоперационного обезболивания» / Д.Н. Уваров, Э.Э. Антипин, Н.П. Антипина, А.В. Левин и др. // Тольяттинский медицинский консилиум. - Тольятти, 2011. - №5-6. - С. 43-54.

20. Овечкин А.М. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины / А.М. Овечкин, Т.Л. Романова // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т.14.-№ 10. - С. 3-10.
21. Meissner W., Ullrich K., Zwacka S. Quality management in postoperative pain therapy // *Anaesthesist*. 2001; 50 (9): 661-670.
22. Klopfenstein C.E., Herrmann F.R., Mamie C. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients reported assessments and nurses and physicians observations // *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000; 44: 58-62.
23. Nolli M., Apolone G., Nicosia F. Postoperative analgesia in Italy. National survey on the anaesthetists beliefs, opinions, behaviour and techniques in postoperative pain control in Italy // *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997; 41: 573-580.
24. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zeland College of Anaesthetists, 2-nd edition, 2005 (endorset Royal College of Anaesthetists, UK) - 310S.
25. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zeland College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 3-rd edition, 2010; 491S.

#### REFERENCES

1. Ovechkin, A.M. Analgesia and sedation in the postoperative period: Realities and Opportunities [text] / A.M. Ovechkin, D.V. Morozov, I.P. Zharkov // *Bulletin of the ICU*. - 2001. - № 4. - p. 47-60.
2. Dolin S., Cashman J., Bland J. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data // *Br.J.Anaesth*. - 2002. - V. 89. - P. 409-423.
3. Meissner, V. Epidemiology of postoperative pain [text] / B. Meissner // *Actual problems of anesthesiology and resuscitation*. Issue 18. - Archangel, 2012. - p. 146-151.
4. Modern trends in the treatment of postoperative pain: Proceedings of a round table meeting on the problem of postoperative pain and how to solve it. ~ M., 2005. ~ Access address: [www.con-med.ru/conferences/93/2923/2918.html](http://www.con-med.ru/conferences/93/2923/2918.html).
5. Khalikova E.J. New opportunities for postoperative analgesia [text] / E.J. Khalikova, T.M. Alekseeva, I.V. Lapkina / *Regional anesthesia and treatment of acute pain*. - 2012. - V.2. - № 2. - p. 62-66.
6. Osipova, N.A. Pain in surgery. Means and methods of protection [text] / N.A. Osipova, V.V. Petrova. - M.: «Medical Information Agency», in 2013. - 464.
7. List B. Anesthesia in elderly [text] / B. List // *Actual problems of anesthesiology and resuscitation*. MY. 5. - Arkhangelsk, 1998. - S. 67-70.
8. Guide anesthesiology [text] / Edited F.S. Glumchera, A.J. Treschinskogo. - Kiev: Medical, 2008.-608 p.
9. Nikolaev, A.V. The actual problem of the postoperative period [text] / AV Nikolaev. - Access address: [www.painstudy.ru](http://www.painstudy.ru)
10. Postoperative pain. Manual [text] / Translated from English edited by F. Michael Ferrante, Timothy R. Veydbonkora. - M.: Medicine, "1998. - 640.
11. Morgan J, E., Mikhail M.S. Clinical Anesthesiology: Book 1. / Ed. 4th, rev. - Ln. from english. - M.: Publishing house BINOM 2011. - p. 406-411.
12. Anesthesiology and intensive therapy: 21 look at the problems of XXI century / ed. A.M. Ovechkin. - M.: Publishing house BINOM 2011. - S. 90-107.
13. Mulyar, A.G. Pathophysiological aspects of pain and its pharmacological correction [text] / A.G. Mulyar, S.A. Rabinovich, E. V. Zorian, M.T. Hasanov, V.V. Mikhailov. - M.: MSMSU 2005. - 112.
14. Ezhevskya, A.A. The problem of anesthesia in patients elderly [text] / A.A. Ezhevskya // *Togliatti medical consultation*. - Togliatti, 2013. - № 3-4. -p. 120-127.
15. Ovechkin, A..M. Pain in Europe: an overview of the materials of the 2nd Congress of the European Association for the Study of Pain [text] // A.M. Ovechkin, A.V. Gnezdilov. - *Anesthesiology and Intensive Care*, 1998. - № 5. - p. 64-71.
16. Yang R., Wolfson M., Lewis M.C. Unique Aspects of the Elderly Surgical Population. *An Anesthesiologists Perspective Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2011 March; 2: 56-64.
17. European Minimum Standards for the Management of Postoperative Pain. - 1998.
18. Sheikh-Zade, Yu. R. An alternative approach to the assessment of heart rate variability [text] / Yu. R. Sheikh-Zade, V.V. Skibitskiy, A.M. Kathanov // *Journal of Cardiology*. - 2001. - № 22.-S. 49-61.
19. Uvarov, D.N. Guidelines "Protocols of perioperative analgesia" [text] / D.N. Uvarov, E.E. Antipin, N.P. Antipina, A.V. Levin and other // *Togliatti medical consultation*. - Togliatti, 2011. - № 5-6. - p. 43-54.
20. Ovechkin, A.M. Postoperative analgesia: optimization approaches in terms of evidence-based medicine [text] / A.M. Ovechkin, T.L. Romanova // *Russian Journal of Medicine*. - 2006. - Т.14. - № 10. - P. 3-10.
21. Meissner W., Ullrich K., Zwacka S. Quality management in postoperative pain therapy // *Anaesthesist*. 2001; 50 (9): 661-670.

22. Klopfenstein C.E., Herrmann F.R., Mamie C. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients reported assessments and nurses and physicians observations // Acta Anaesthesiol Scand. 2000; 44: 58-62.
23. Nolli M., Apolone G., Nicosia F. Postoperative analgesia in Italy. National survey on the anaesthetists beliefs, opinions, behaviour and techniques in postoperative pain control in Italy // Acta Anaesthesiol Scand. 1997; 41: 573-580.
24. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2-nd edition, 2005 (endorset Royal College of Anaesthetists, UK) - 310S.
25. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 3-rd edition, 2010; 491S.

*Статья принята в печать 21 января 2014 г.*

**Рецензент Попов В.С.** доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры реабилитологии и сестринского дела НОУ ВПО «Медицинский институт «РЕАВИЗ».

УДК 617.55-001.45-089.168/.168.1 «313» (045)

© 2014 В.В. Масляков, С.А. Куликов

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Проведен анализ течения ближайшего послеоперационного периода 30 больных с открытыми повреждениями селезенки. Основной причиной открытых повреждений селезенки явились колото-резанные раны брюшной полости. При открытых травмах селезенки применялись следующие операции: спленэктомия у 15 (50 %) пациентов, спленэктомия с аутолиентрансплантацией в 8 (26,6 %) наблюдениях, органосохраняющие операции с использованием лазерной техники удалось выполнить в 7 (23,3 %) наблюдениях. При проведении анализа ближайшего послеоперационного периода пациентов оперированных по поводу открытых повреждений селезенки, выявлено, что в 25 (83,3 %) наблюдениях отмечено развитие осложнений. Анализ причин возникновения послеоперационных осложнений показал, что их развитие зависело от наличия сочетанных повреждений, а не от характера выполненной операции. В ближайшем послеоперационном периоде летальный исход зарегистрирован у 9 (30 %) больных.

*Ключевые слова:* селезенка, спленэктомия, аутолиентрансплантация, ближайший послеоперационный период, летальность.

**Введение.** Небольшие размеры селезенки и топографо-анатомические особенности расположения ее в глубине левого подреберья служат причинами редкости колото-резаных повреждений этого органа [2]. По имеющимся данным на долю открытых повреждений селезенки приходится всего 2,6 % наблюдений от всех травм брюшной полости [1]. Причем, в большинстве случаев повреждения селезенки отмечаются при торакоабдоминальных ранах. В настоящее время большинство хирургов при открытых повреждениях селезенки отдают предпочтение спленэктомии. В то же время в литературе описаны осложнения, вызванные спленэктомией, самым тяжелым из которых считается постспленэктомический сепсис [4].

Целью исследования явилось изучение течения ближайшего послеоперационного периода больных, оперированных по поводу открытых повреждений селезенки.

**Объекты и методы исследования.** Работа основана на анализе течения ближайшего послеоперационного периода 30 больных с открытыми повреждениями селезенки. Из общего числа оперированных мужчин было 26 человек, женщин – 4. Средний возраст больных со-