

ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +79183716772. E-mail: kfxckar@mail.ru*

В исследование включено 193 больных, оперированных по поводу некротизирующего панкреатита. Первую группу составили 108 больных, которым в послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось традиционным введением промедола в сочетании с кетоналом. Во второй группе (85 человек) послеоперационную аналгезию проводили непрерывной эпидуральной инфузией раствора нарпина. Сделан вывод, что технология непрерывной эпидуральной аналгезии нарпином является эффективным методом не только послеоперационного обезболивания, но и нормализации кровообращения в панкреатодуоденальной зоне после дренирующих операций на поджелудочной железе, позволяет в ранние сроки ликвидировать парез кишечника и активизировать больных, существенно не нарушая когнитивных способностей пациентов.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, эпидуральная аналгезия.

G. V. SOKOLENKO, V. V. NARSIYA, Yu. A. VOROPAIEVA

EPIDURAL ANALGESIA IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

*Chair of faculty surgery with the course of anesthesiology and intensive care
of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. +79183716772. E-mail: kfxckar@mail.ru*

The study included 193 patients operated on for pancreatitis complicated by pancreatic necrosis. The first group consisted of 108 patients who had postoperative analgesia was carried out by introducing traditional promedol in conjunction with ketonalom. In the second group (85) post-operative analgesia was carried out continuous epidural infusion solution naropina. It is concluded that the technology of continuous epidural analgesia naropinom is an effective method not only postoperative pain but also the normalization of blood flow in the pancreat-duodenal area after drainage operations on the pancreas, allows to eliminate the early stages of paresis of the intestine and increase the patients did not significantly disrupting the cognitive ability of patients.

Key words: acute destructive pancreatitis, epidural analgesia.

Введение

Исследованиями последних лет подтверждено, что боль высокой интенсивности является фактором, препятствующим ранней послеоперационной активации пациентов и достоверно увеличивающим частоту послеоперационных осложнений [6, 7]. Боль значительно ограничивают физиологическую активность пациентов, что приводит к венозному застою и застою крови в нижних отделах туловища, увеличению вязкости крови и времени свертывания. Стаз крови и гиперкоагуляция создают условия для венозных тромбозов с последующей эмболией [5]. В ответ на боль сегментарные висцеросоматические, висцеросимпатические и висцеро-висцеральные рефлексы способны вызывать множество патологических реакций: нарушения вентиляции и гемодикуляции, угнетение функции желудочно-кишечного тракта и мочевых путей и т. п. [2]. После операций на органах брюшной полости величина функциональной остаточной емкости и форсированная жизненная емкость легких существенно уменьшаются, и эти показатели остаются сниженными в течение многих дней после операции [4]. Неэффективное лечение боли ведет к увеличению частоты развития хронического послеоперационного болевого синдрома, составляющего, по данным литературы, от 27% до 83%. Это продлевает сроки нетрудоспособности и увеличивает стоимость лечения пациентов хирургического профиля [10].

Традиционное обезболивание наркотическими анальгетиками, в том числе и аналгезия, контролируемая пациентом, оказывает весьма слабое влияние на стрессовые реакции после операции [9]. Доказано, что назначение наркотических анальгетиков приводит к угнетению перистальтики и спазму сфинктеров желудочно-кишечного тракта [8]. В то же время исследованиями последних лет достоверно подтверждено, что эпидурально введенные местные анестетики существенно усиливают моторную функцию кишечника и устраняют спазм его сфинктеров. Расслабление сфинктера Одди при панкреатите решает важную задачу ликвидации гипертензии в желчных и панкреатических протоках [3, 12]. Учитывая все вышеизложенное, некоторые авторы предлагают включать продленную эпидуральную аналгезию в стандарт интенсивной терапии острого панкреатита [1].

Материалы и методы

Целью исследования явилась сравнительная оценка адекватности традиционного послеоперационного обезболивания наркотическими анальгетиками в сочетании с НПВС и современной технологии продленной эпидуральной аналгезии, влияния методов послеоперационной аналгезии на течение осложненного острого панкреатита. В исследование включено 193 больных, оперированных по поводу некротизирующего панкреатита. Больные разделены на две группы, сравнимые по

возрасту, тяжести патологии и степени операционно-анестезиологического риска. Первую группу составили 108 больных, которым в послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось традиционным введением промедола в сочетании с кетоналом. Во второй группе (85 человек) послеоперационную аналгезию проводили непрерывной эпидуральной инфузией 0,2%-ной раствора наропина.

Эффективность обезболивания оценивалась больными по вербальной шкале каждые 2 часа, а затем рассчитывался средний балл за сутки наблюдения. Учитывались физическая и когнитивная активность пациентов, сроки восстановления перистальтики, характер и частота послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение

Как показал анализ, в первой группе больных доза промедола составила 1,5 мг на кг массы в сутки. Наропин во второй группе использовался в суточной дозе 5,5 мг/кг массы тела. В таблице 1 представлены результаты определения больными эффективности послеоперационного обезболивания по шкале вербальной оценки.

Как видно из таблицы, в первые сутки достаточно интенсивную боль в первой группе отмечали более

боль появлялась при интенсивных движениях и при грубой пальпации операционной раны.

Больные первой группы были недостаточно активными, у большинства пациентов при выполнении тестовых заданий выявлялось нарушение памяти, концентрации и внимания. У 34 больных (31,5%) отмечались симптомы делирия, проявлявшиеся немотивированными действиями: удаление желудочных зондов, венозных и мочевых катетеров, пациенты непрерывно обращались к персоналу с несущественными просьбами, провоцировали конфликтные ситуации и т.п. Во второй группе пациентов, у которых в послеоперационном периоде наркотические анальгетики не применялись, отмечено более активное и адекватное поведение, когнитивная дисфункция наблюдалась значительно реже – у шести больных (7,1%).

Динамика восстановления пассажа кишечного содержимого в послеоперационном периоде представлена в таблице 2. У подавляющего большинства больных второй группы уже в первые сутки отмечено наличие перистальтических шумов, в то время как при обезболивании наркотическими анальгетиками, несмотря на стимуляцию кишечника антихолинэстеразными препаратами, перистальтика начинала восстанавливаться на 3–4-е сутки после операции.

Таблица 1

Оценка больными адекватности послеоперационного обезболивания в %

Интенсивность боли	1-я группа (n=108)			2-я группа (n=85)		
	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки
Сильная	10,2	7,4	1,9	-	-	-
Умеренная	65,7	64,8	57,3	17,6	14,1	8,2
Слабая	22,2	25,9	38,0	30,6	29,4	22,4
Боли нет	1,9	1,9	2,8	51,8	56,5	69,4

Таблица 2

Сроки восстановления перистальтики в зависимости от метода послеоперационного обезболивания

Характер перистальтики	1-я группа (n=108)			2-я группа (n=85)		
	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки
Отсутствует	105 97,2%	99 91,7%	29 26,7%	3 3,5%	2 2,4%	-
Вялая	3 2,8%	9 8,3%	77 71,3%	78 91,8%	30 35,3%	4 4,7%
Активная	-	-	2 1,9%	4 4,7%	53 62,3%	75 88,2%
Самостоятельный стул	-	-	-	-	-	6 7,1%

75% пациентов, в то время как умеренные болезненные ощущения испытывали только 17,6% больных второй группы. Обращает внимание, что сильные болезненные ощущения, несмотря на регулярное введение промедола, испытывал каждый десятый больной первой группы. Эпидуральная аналгезия позволила полностью исключить послеоперационную боль у половины больных второй группы, у остальных пациентов

Как считает большинство исследователей, усиление двигательной активности кишечника после эпидурального введения местных анестетиков связано с развивающейся симпатической блокадой, при которой отключается эфферентное звено патологических спинальных рефлексов [11]. Кроме этого симпатический блок способствует увеличению пропульсивной эффективности перистальтики и повышает силу мышц кишеч-

Осложнения раннего послеоперационного периода

Характер осложнений	1-я группа (n=108)		2-я группа (n=85)	
	Количество	%	Количество	%
П/о пневмония	11	10,2	6	7,1
Гепаторенальный синдром	9	8,3	4	4,7
Острая кишечная непроходимость	2	1,9	-	
Инфаркт миокарда	1	0,9	-	
ОНМК	2	1,9	1	1,2
Тромбофлебит н/к	5	4,6	2	2,3
Прочие	2	1,9	2	2,3
Всего	32	29,6	15	17,6

ной стенки [13]. В то же время, по мнению L. E. Mather и H. Owen, введенные парентерально наркотические анальгетики связываются с опиоидными рецепторами кишечника, нарушая его движение и функцию сфинктеров ЖКТ [8].

Адекватное обезбоживание, раннее устранение пара-реза кишечника позволили больным второй группы более активно вести себя в послеоперационном периоде, предотвращали застойные явления в легких, желчных путях, печени и поджелудочной железе, что положительно отразилось на течении послеоперационного периода (табл. 3).

Как видно из таблицы, у больных первой группы значительно чаще развивались осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, в большей степени страдала функция печени и почек.

Приведенные данные, по нашему мнению, свидетельствуют о том, что эпидуральная аналгезия обеспечивает значительно более эффективное послеоперационное обезбоживание, чем наркотические анальгетики, позволяет в ранние сроки восстановить адекватное кровообращение в кишечнике и органах брюшной полости, что способствует снижению количества послеоперационных осложнений.

Современные технологии непрерывной эпидуральной аналгезии наротином являются не только достаточно эффективным методом послеоперационного обезбоживания, но и методом ранней нормализации функции панкреатодуоденальной зоны после дренирующих операций на поджелудочной железе, позволяют в ранние сроки ликвидировать парез кишечника и активизировать больных, существенно не нарушая когнитивных способностей пациентов.

Рутинное назначение наркотических анальгетиков не обеспечивает достаточно адекватной послеоперационной аналгезии, нарушает функцию ЖКТ и снижает когнитивную продуктивность больных, приводя у каждого третьего пациента, оперированного по поводу некротизирующего панкреатита, к развитию соматогенного психоза.

Внедрение регионарных технологий послеоперационного обезбоживания в повседневную практику позволяет сократить количество послеоперационных ослож-

нений при деструктивном панкреатите как со стороны внутренних органов, так и со стороны центральной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Недашковский Э. В., Бобовник С. В. Протокол интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита в стадии острой ферментативной токсемии // Вестник интенсивной терапии. – 2006. – № 5. – С. 60–61.
2. Bing H. I. Viscerocutaneous and cutaneovisceral thoracic reflexes // Acta med. scand. – 1936. – Vol. 89. – P. 57.
3. Bredtmann R. D., Herden H. N., Teichmann W. et al. Epidural analgesia in colonic surgery: results of a randomized prospective study // Br. j. surg. – 1990. – Vol. 77. – P. 638.
4. Craiq D. B. Postoperative recovery of pulmonary function // Anesth. analg. – 1981. – Vol. 60. – P. 46.
5. Dreyfuss F. Coagulation time of the blood, level of blood eosinophiles and thrombocytes under emotional stress // J. psychosom. res. – 1956. – Vol. 1. – P. 252.
6. Kehlet H., Holte R. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome // Br. j. anaesth. – 2001. – Vol. 87. № 1. – P. 62.
7. Kehlet H. Labat lecture 2005: surgical stress and postoperative outcome – from here to where? // Reg. anesth. pain. med. – 2006. – № 31. – P. 47–52.
8. Mather L. E., Owen H. Patient-controlled analgesia. Blackwell scientific. – Boston, 1990. – P. 27.
9. Moller I. W., Dinesen K., Sondergard S. et al. Effect of patient-controlled analgesia on plasma catecholamine, cortisol and glucose concentrations after cholecystectomy // Br. j. anaesth. – 1988. – Vol. 61. – P. 160.
10. Perkins F. M., Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors // Anesthesiology. – 2000. – Vol. 93. – P. 1123.
11. Petri G., Szenohradszky J., Porszasz-Gibizer K. Sympatholytic treatment of «paralytic» ileus // Surgery. – 1971. – Vol. 70. – P. 359.
12. Schnitzler M., Kilbride M. J., Senaqore A. Effect of epidural analgesia on colorectal anastomotic healing and colonic motility // Reg. anesth. – 1992. – Vol. 17. – P. 143.
13. Tverskoy V., Cozacov C., Ayache M. et al. Postoperative pain after inguinal herniorrhaphy with different types of anesthesia // Anesth. analg. – 1990. – Vol. 70. – P. 29.

Поступила 14.02.2013