

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ

Алексей Леонидович Чарышкин, Сергей Александрович Яковлев, Владимир Юрьевич Бекин
(Ульяновский государственный университет, ректор – д.ф.-м.н., проф. Б.М. Костишко, Институт медицины, экологии и физической культуры, директор – д.м.н., проф. В.И. Мидленко, кафедра факультетской хирургии, зав. – д.м.н., проф. А.Л. Чарышкин)

Резюме. В исследование включены 42 больных с перитонитом (средний возраст $63,2 \pm 3,1$ года), которым выполнена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Все больные были рандомизированы на 2 группы. В 1-й группе ($n=12$) использовали катетеризацию предбрюшинного пространства с введением в послеоперационном периоде 0,5% раствора новокаина, по разработанной методике (патент №2400259, приоритет от 17.02.2009 г.). Во 2-й группе ($n=30$) применялась только системная анальгезия (промедол внутримышечно 4 раза в сутки). Разработанный способ преперитонеальной блокады у больных после лапаротомии в сравнении с традиционной системной анальгезией характеризуются адекватным обезболиванием, ранней активизацией больных и снижением риска возникновения послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: преперитонеальная блокада, лапаротомия, анальгезия.

POSTOPERATIVE ANALGESIA IN PATIENTS AFTER LAPARATOMY

A.L. Charyshkin, S.A. Jakovlev, V. Ju. Bekin
(Ulyanovsk State University)

Summary. 42 patients are included in research (average age $63,2 \pm 3,1$ years), who underwent laparotomy, sanitation and drainage of abdominal cavity. All patients were divided into 2 groups. In the 1st group ($n=12$) the catheterization of preperitoneum spaces with introduction of 0,5% of a solution Novocain in postoperative period, on the developed methods (the patent № 2400259, a priority from 2/17/2009) was used. In the 2nd group ($n=30$) only the system analgesia (Promedol intramuscularly 4 times a day) was used. The developed way of preperitoneum blockade in patients after laparotomy in comparison with traditional systemic analgesia is characterized by adequate anesthesia, early activation of patients and decrease of risk of occurrence of postoperative complications.

Key words: preperitoneum blockade, laparotomy, analgesia.

Оперативные вмешательства на органах брюшной полости всегда сопровождаются болевым синдромом в послеоперационном периоде, боль вызывает ряд физиологических изменений, которые способны влиять на функции большинства органов и систем [3,4]. Данные влияния особенно значимо проявляются у пожилых больных и больных высокого риска. Стандартным методом послеоперационной анальгезии является внутримышечное введение наркотических анальгетиков [1]. Для данного обезбоживания характерна высокая частота развития ряда побочных эффектов, которые способны значительно ухудшить послеоперационный период. Одним из наиболее перспективных методов послеоперационной анальгезии в современной хирургической клинике является катетеризация операционной раны с введением растворов местных анестетиков [1,2,4].

Основная цель нашего исследования заключалась в определении эффективности и безопасности методики продленного введения местных анестетиков через катетер, установленный в предбрюшинном пространстве.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 42 больных с перитонитом (средний возраст $63,2 \pm 3,1$ года), которым выполнена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, из них аппендэктомия ($n=22$), ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы ($n=20$). Все больные были прооперированы в условиях тотальной внутривенной анестезии кетаминот/или пропифолот/и фентанилот/и ИВЛ кислородно-воздушной смесью. Больные были рандомизированы на 2 группы. Между группами не было выявлено значимых различий по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии и виду оперативных вмешательств. В 1-й группе ($n=12$) больных использовали катетеризацию предбрюшинного пространства с введением в послеоперационном периоде 0,5% раствора новокаина. Для введения местного анестетика были использованы стандартные центральные венозные катетеры малого диаметра, которые укладывали предбрюшинное пространство перед ушивани-

ем раны, по разработанной методике (патент №2400259, приоритет от 17.02.2009 г.). Заключение этического комитета ИМЭиФК УлГУ от 12.11.2008 г. проведение клинических исследований по применению местных анестетиков в предбрюшинное пространство, путем его катетеризации, предполагаемая эффективность и безопасность научно обоснованны. Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Способ осуществляют следующим образом (рис. 1 (а, б)).

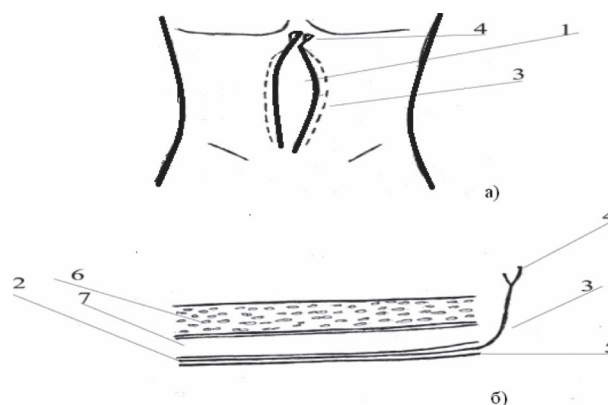


Рис. 1 (а, б). Преперитонеальная блокада.
1-край лапаротомной раны. 2-предбрюшинное пространство. 3-катетер. 4- канюля. 5-брюшина.

Перед ушиванием лапаротомной раны 1, в предбрюшинном пространстве 2 слева и справа на расстоянии 1,5-2,0 см от краев лапаротомной раны 1 формируют туннели на всем протяжении лапаротомной раны 1. В туннеле слева и справа устанавливают пластмассовые катетеры 3, которые имеют несколько отверстий. Канюля 4 (наружное отверстие) катетера 3 выводится на переднюю брюшную стенку. Катетеры 3 фиксируют к брюшине 5 рассасывающим шовным материалом. В послеоперационном периоде по катетеру 3 вводят местные анестетики для обезбоживания каждые 3 часа

на протяжении 3 суток, что обеспечивает сокращение сроков послеоперационного пареза кишечника, уменьшение количества осложнений. Первое введение новокаина в объеме 80 мл осуществляли при пробуждении больного. В последующем новокаин у этих больных вводили болюсами по 80 мл каждые 4-6 ч. При необходимости послеоперационную анальгезию у больных 1-й группы дополняли внутримышечным введением промедола. Во 2-й группе (n=30) применялась только системная анальгезия (промедол внутримышечно 4 раза в сутки). Оценка адекватности анальгезии проводилась в покое и при кашле с помощью 3-балльной оценочно-рейтинговой шкалы (ОРШ) при восстановлении ясного сознания через 3, 6, 12 и 24 ч от начала обезболивания. Оценка частоты возникновения и выраженности побочных эффектов была направлена на регистрацию случаев развития кожного зуда, задержки мочи, появления тошноты и рвоты. Кроме того, сравнивалась среднесуточная доза промедола и общая удовлетворенность больных качеством обезболивания.

При сравнении полученных параметров нами использовался t-критерий Стьюдента для независимых парных выборок и χ^2 -тест. Значимыми признавались различия с уровнем достоверной вероятности не менее 95% с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты и обсуждение

При оценке качества анальгезии по 3-балльной шкале (неудовлетворительно, удовлетворительно, хорошо) было выявлено, что большинство больных 1-й группы (11 из 12-91,7%) отметили качество обезболивания как хорошее и удовлетворительное. Во 2-й группе 14 (46,7%) больных отметили, что уровень обезболивания в 1-е сут. после операции был недостаточным ($p<0,05$). При опросе больных 1-й группы все они (100%) еще раз выбрали бы данный метод обезболивания в случае необходимости проведения им операции. Расход промедола в течение первых 24 ч после операции в 1-й группе составил 20 мг против 80 мг во 2-й группе ($p<0,05$). Во 2-й группе чаще наблюдали такие побочные эффекты анальгезии, как кожный зуд и диспептический синдром, что очевидно было связано с большей дозой использованного

промедола. Эти отличия носят достоверный характер и свидетельствуют о высокой степени безопасности методики продленного введения местных анестетиков через катетер, установленный в предбрюшинном пространстве.

В 1-ой группе диспептические явления купировались на $3,2\pm 0,3$ сутки, моторика кишечника полностью восстанавливалась на $3,1\pm 0,4$ сутки, во 2-ой группе – на $6,5\pm 0,2$ сутки и на $6,3\pm 0,3$ суток соответственно ($p<0,05$).

В исследуемой 1-ой группе больных осложнений и летальных исходов не было.

Во 2-ой группе больных возникли следующие осложнения: кровотечение – у 1 (3,3%), нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка – у 3 (10,0%), нагноение послеоперационной раны – у 3 (10,0%), пневмония выявлена у 2 (6,7%) больных. Летальных исходов нет.

Местные анестетики, вводимые в предбрюшинное пространство, способны блокировать как парietальные, так и тканевые ноцицептивные афференты, предотвращая поступление болевой информации к спинальным структурам. Действие местного анестетика на соматическую природу болевого синдрома, процесс трансмиссии боли из операционной раны и обуславливает мощный анальгетический эффект достаточно простой методики. Данную методику можно рассматривать как вариант продленной инфильтрационной анестезии.

Таким образом, вышеуказанные данные подтверждают, что даже локальное использование местных анестетиков при лапаротомии обладает значительно большей эффективностью, чем системная анальгезия. Введением местных анестетиков в предбрюшинное пространство, путем преперитонеальной блокады обеспечивает адекватное обезболивание после операций на органах брюшной полости, что позволяет рекомендовать ее к широкому внедрению в клиническую практику. Преперитонеальная блокада позволяет снизить расход наркотических анальгетиков и, соответственно, риск развития их побочных эффектов. Разработанный способ преперитонеальной блокады у больных после лапаротомии в сравнении с традиционной системной анальгезией характеризуются ранней активизацией больных и снижением риска возникновения послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горобец Е.С., Гаряев Р.В. Одноразовые инфузионные помпы – перспектива широкого внедрения продленной регионарной анальгезии (обзор проблемы) // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2007. – Т. 1. №4. – С.46-53.
2. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Кукушкин М.А. и др. Профилактика послеоперационной боли, патогенетические основы и клиническое применение // Анестезиология и ре-

ниматология. – 2000. – №5. – С.71-76.

3. Овечкин А. М., Гнездилов А.В., Морозов Д.В. Лечение и профилактика послеоперационной боли. Мировой опыт и перспективы // Боль и ее лечение. – 1999. – №11. – С.7-11.

4. Axelsson K., Johansson E., Gupta A. Intrarticular administration of ketolorac, morphine, and ropivacaine combined with patient-controlled regional analgesia (PCRA) for pain relief during shoulder surgery // Reg Anesth Pain Med. – 2001. – Vol. 26. – A35.

Информация об авторах: 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ, канцелярия: 8 (8422) 41-20-88, e-mail: charyshkin@yandex.ru, Чарышкин Алексей Леонидович – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Яковлев Сергей Александрович – аспирант; Бекин Владимир Юрьевич – аспирант

© ТИРСКАЯ Ю.И., БЕЛКОВА Т.Н., ДОЛГИХ Т.И., РУДАКОВА Е.Б., ШАКИНА И.А., МИНАКОВА Е.Ю., ШЕЛЕВ М.В., СЕРБАЕВ Д.А. – 2011
УДК 616.9-053

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Юлия Игоревна Тирская, Татьяна Николаевна Белкова, Татьяна Ивановна Долгих,
Елена Борисовна Рудакова, Ирина Александровна Шакина, Елена Юрьевна Минакова,
Михаил Валерьевич Шелев, Дмитрий Александрович Сербеев

(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. – д.м.н., проф. Е.Б. Рудакова, центральная научно-исследовательская лаборатория, зав. – д.м.н., проф. Т.И. Долгих)

Резюме. Цель: выявление диагностических и прогностических критериев внутриутробной инфекции. На основании ретроспективного исследования 302 историй родов были выявлены клиничко-анамнестические критерии