

Белевский Е. В.

аспирант кафедры хирургических болезней ФПДО

Федерякин Д. В.

д.м.н., доц., зав. каф. Хирургических болезней ФПДО

Козачук А. В.

к.м.н., ассистент каф. хирургических болезней ФПДО

Государственное Бюджетное Учреждение

Высшего Профессионального Образования

Тверской Государственный Медицинский Университет

ЭЛЕКТРОАНАЛЬГЕЗИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СХЕМЕ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ВЫСОКОЙ ТРАВМАТИЧНОСТИ НА ОРГАНАХ ЖКТ

ELECTROANALGESIA IN COMBINED REGIMENS POSTOPERATIVE PAIN IN PATIENTS UNDERGOING SURGERY HIGHLY TRAUMATIC GASTROINTESTINAL ORGANS

Аннотация. Исследованы альтернативные методики мультимодальной анестезии у пациентов, перенесших операции высокой травматичности на органах ЖКТ.

Ключевые слова: боль; нефопам; электроанальгезия.

Summary. Explore alternative methods of a multimodal anesthesia anetsezii in patients undergoing surgery of high trauma to the digestive tract.

Keywords: pain; electroanalgesia; nefopam.

Введение. Лечение послеоперационной боли относится к числу наиболее важных проблем хирургии. Эта проблема не теряет своей актуальности, несмотря на значительный прогресс в создании новых анальгетиков и схем обезболивания. Купирование послеоперационной боли не только уменьшает страдания пациента, снижает частоту послеоперационных осложнений, а также ускоряет реабилитацию пациентов и выписку их из клиники, что, помимо всего прочего, имеет важное экономическое значение.

Цели данного исследования. Разработка и оценка эффективности мультимодальной схемы послеоперационного обезболивания на основе метода электроанальгезии в раннем послеоперационном периоде у больных перенесших операции высокой травматичности на органах ЖКТ.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты рандомизированного, проспективного, исследования которое носит клинический характера,

выполненного у 79 хирургических больных, оперированных в плановом порядке. Всем пациентам за 2–3 дня до операции выполнен единый комплекс клинико-биохимических и инструментальных методов исследования. Средний возраст больных составил 66 ± 13 лет, где 5 человек (6,3%).

Группа 1 — 26 пациентов (17 женщин и 9 мужчин), которым в послеоперационном периоде выполнялась анальгезия с применением опиоидных анальгетиков, нпвс и парацетамолом.

Группа 2 — 29 пациента (19 женщин и 10 мужчин), которым в послеоперационном периоде выполнялась электроанальгезия с применением НПВС и центрального ненаркотического анальгетика нефопама.

Во всех группах исследования проводили интраоперационный мониторинг по Гарвардскому стандарту безопасности пациентов. У всех больных был выполнен стандартный комплекс обследования, предусматривающий оценку таких показателей, как: выра-

женность ПБС и степени ограничения физической активности; исследование параметров ЦГД и типа регуляции кровообращения; исследование клинико-биохимических показателей крови и КОС.

Результаты. В группе пациентов № 1 в послеоперационном периоде через два часа отмечается достоверно значимое усиление болевого синдрома. Так показатель ВАШ вырос на 77% ($p < 0,001$), а значения ВШБ увеличились на 84% ($p < 0,001$). Данная динамика прослеживается и через 24 часа с момента окончания оперативного вмешательства. Значения ВАШ были на 73% ($p < 0,001$) выше исходных значений (непосредственно после операции), а показатель ВШБ на 77% ($p < 0,001$) больше исходных значений.

При изучении показателей стресс-ответа в группе 1, было выявлено следующее, что через 2 часа после операции показатель кортизола составил $345,3 \pm 13,81$ нмоль/л, что на 22% ($p < 0,001$) выше исходных значений. Через 24 часа показатель кортизола был выше уже на 32% ($p < 0,001$) исходных показателей. Уровень С-реактивного белка после операции был выше на 58,5% ($p < 0,001$) через два часа от исходных значений и на 52% ($p < 0,001$) через 24 часа соответственно.

У больных группы № 3 так же отмечено нарастание послеоперационного болевого синдрома уже через 2 часа после операции по шкалам ВАШ и ВШБ на 29% ($p < 0,001$) и 50% ($p < 0,001$) соответственно. Через 24 часа прослеживается данная динамика, однако прирост показателей оказался меньше чем через 2 часа после операции, и составил по шкале ВАШ 15% ($p < 0,001$), а по шкале ВШБ 22% ($p < 0,001$).

При исследовании значений стресс-ответа в группе № 2 нами отмечено достоверно значимый прирост кортизола чрез 2 часа после операции на 18% ($p < 0,001$), а С-реактивного белка на 43% ($p < 0,001$). Через 24 с момента окончания операции данные показатели составили $325,7 \pm 7,21$ нмоль/л, и $29,6 \pm 0,85$ мг/л, что на 30% ($p < 0,001$) и 31% ($p < 0,001$) выше исходных значений.

Выводы. Таким образом, наиболее адекватной анальгезией в послеоперационном периоде следует считать группу пациентов № 2, при этом динамика послеоперационного болевого синдрома, а так же динамика маркеров стресс ответа говорит о благоприятном воздействии выбранных методов послеоперационной анальгезии.

Литература

1. Вовк А. В., Кирьянова В. В. Эффективность ТЭС-терапии в ведении послеоперационного периода после плановых гинекологических операций // Транскраниальная электростимуляция. Экспериментально-клинические исследования. Сборник статей. Том 3. Санкт-Петербург: ИПК «Вести», 2009. С. 183–189.
2. Кривский Л. Л., Молчанов И. В., Алексеева Г. В. Лечение острого болевого синдрома // Анестезиология и реаниматология. 2002. № 3. С. 20–24.
3. Печенкина В. А., Удалов В. С., Ковальчук В. П., Леоско В. А., Кацнельсон Я. С. М.Т.В. Транскраниальная стимуляция при лечении болевого синдрома у больных, оперированных на органах брюшной полости и малого таза // Эфферентная терапия. 2009. Т. 1–2. С. 163.
4. Brown C. C. Electroanesthesia and electrosleep. // Am. Psychol. 1975. Т. 30. № 3. С. 402–410. Francis J., Dingley J. Electroanaesthesia – from torpedo fish to TENS. // Anaesthesia. 2015. Т. 70. № 1. С. 93–103.