

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Файзиев О.Я., Юсупов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Боль и ее эквиваленты – одна из самых частых причин обращения детского населения за медицинской помощью. Послеоперационное болевой синдром связан с действием патогенного раздражителя и характеризуется субъективно неприятными ощущениями, а также существенными изменениями в организме вплоть до серьезных нарушений его жизнедеятельности [3-9]. Воздействующие боль на организм детского организма как феномен соматосенсорной сферы может сопровождаться моторными, вегетативными, аффективными и другими проявлениями. Почти для каждого перенесшие абдоминальные операции характерно возникновения послеоперационного болевого синдрома, купирования которого улучшает качество жизни пациентов [10-13].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повысить эффективность и безопасность в послеоперационном периоде переносящие абдоминальные операции путем внедрения эпидуральной анальгезии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили в послеоперационном периоде у 34 пациентов после урологических операций. Дети 7-10 лет составили 70,6 % от общего количества пациентов. Детей от 11 до 15 лет было 29,4 %. Из всех пациентов мальчиков было 55,9 %, а девочек – 44,1 %. Для объективной оценки эффективности анестезии использовали такие методы исследования, как клиническое исследование с определением интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)

В первой группе, пациентов послеоперационном периоде проводилась эпидуральная анальгезия бупивакаином в дозе 0,5%-1мг/кг, каждые пять часов при болевых симптомах.

В второй группе при возникновении боли каждые шесть часов использовали промедол в дозе 1 мг/кг массы тела, плановом порядке.

Изучалось клиническое течение состояния больных с субъективной оценкой интенсивности боли по ВАШ. Гемодинамику фиксировали на первом этапе – при болевом синдроме, втором и третьем – через 30 минут и 60 минут после обезболивания соответственно, а также на четвертом – через два часа после обезболивания и пятом – через пять часов.



РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе детей в раннем послеоперационном периоде болевой синдром не развивался в течение $5,3 \pm 0,5$ часа, это связана с интраоперационным обезболиванием бупивакаином методом мультимодальной анестезии и аналгезии. При клиническом течении первой группы ЭА+бупивакаином можно судить по таблице 1. Через полчаса после введения бупивакаина в эпидуральное пространства, не один ребенок не жаловался на боль. В ране боли не было, безболезненными были кашель и глубокое дыхание. Не было в поведении пациентов никаких реакций, говорящих о боли. Оценка интенсивности боли по ВАШ составляла $1,28 \pm 0,16$ балла. Это статистически достоверно по отношению к предыдущему этапу ($P < 0,01$). Стабильными были и клинические показатели.

Через час после обезболивания состояние стабилизировалось. Активность увеличивалась, жалоб не было, дети двигались в кроватях без всякой боли в ране. Показатели почасового диуреза повысились до $32,3 \pm 5,2$ мл/час. Пациенты чувствовали себя намного лучше, появлялись аппетит и положительные эмоции. Интенсивность боли по ВАШ снижалась до $0,5 \pm 0,05$ балла. У пациентов наблюдались неподвижное положение тела – 20,3 %, защитная реакция – 25,9 %, морщился лоб – 25,9 %, а также 20,3 % всхлипывали.

Таким образом, клиническое течение обезболивания ЭА дает явный анальгетический эффект. Эффективное и адекватное обезболивание было отмечено у 98 % детей. Во время исследования немного изменялись сердечный индекс и УИ. На пятом этапе исследования показатель СИ характеризовался тенденцией к уменьшению (5,3 %).

На протяжении всего исследования была стабильной и насосная функция сердца, почти не изменялись и показатели ФИ. Изменения СДД показали тенденцию к постепенному незначительному снижению: от $76,75 \pm 2,22$ в момент обезболивания до $71,75 \pm 1,5$ через 4 часа после обезболивания. В начале обезболивания на 12,5 %, по сравнению с исходными данными, снизилось УПС, но через час оно повысилось до $18,10 \pm 2,77$. Этот показатель на 3,1% выше аналогичных данных, полученных на предыдущем этапе.

К пятому часу УПС незначительно снизилось – на 5,9 %. Наиболее распространенными были защитные действия (44,4 % наблюдений) и неподвижное положение тела (50 %). Если анализировать выражение лица, то зубы были стиснутыми (37 %), губы – плотно сжатыми (33,3 %), морщился лоб (33,3 %). Кроме того, наблюдались плач, крики (20,3 %), всхлипывания (33,3 %). Среднее значение оценки интенсивности боли по ВАШ составляло $2,9 \pm 0,03$ балла. Через 15-20 минут после введения препарата в эпидуральную пространство у 72,2 % пациентов резко снизилась интенсивность болевого синдрома.

ВЫВОДЫ

Применение эпидуральной блокады в послеоперационном периоде для защиты с 1мг/кг бупивакаина данная доза вело к снижению фармакологической нагрузки на детский организм, снижало вероятность ранних осложнений в 2 раза, способствовало снижению стоимости хирургического лечения на 54% (в 2 раза).

Разработанная модель эпидуральной анестезия как компонента послеоперационной мультимодальной аналгезии при абдоминальных операциях у детей с применением бупивакаина оптимальна при вышеуказанных травматичных абдоминальных операциях у детей. Необходимым условием является обязательная практическая подготовка анестезиологов к выполнению регионарных блокад у детей, знание анатомо-физиологических и функциональных особенностей для безопасного ее выполнения.

В раннем послеоперационном периоде возобновление боли, в среднем, зафиксировано: через $5,3 \pm 0,5$ ч и $2,2 \pm 0,6$ ч после операции, соответственно у детей 1 и 2 групп, что также подчеркивает адекватность многоуровневого мультимодального обезболивания + длительный обезболивающий эффект эпидурально введенного бупивакаина.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:

1. Агзамходжаев, Т. С., et al. "Послеоперационное обезболивание промедолом после абдоминальных операций у детей." Вестник экстренной медицины 3 (2013): 250-251.
2. Сатвалдиева, Э., Хайдаров, М. Б., Маматкулов, И., & Бекназаров, А. (2022). Роль симуляционного обучения в подготовке врачей детских анестезиологов и реаниматологов. in Library, 22(1), 122-125.
3. Агзамходжаев, Т. С., Файзиев, О. Я., Юсупов, А. С., & Тураева, Н. Н. (2020). КОМБИНИРОВАННАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ. Детская хирургия, 24(3), 188-193.